اعتیاد پژوهی

فصلنامه علمی

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵

۸۰ اعتیاد پژوهی

شاپا: ۴۳۰۷-۲۰۰۸

- **نقش میانجی سرمایه روان‌شناختی در رابطه بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی و گرایش به اعتیاد در دانش آموزان** ۷-۳۲
  سجاد اسدی رحمانی، سعید موسوی پور
- **ویژگی های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس تحمل درد ذهنی در افراد مصرف‌کننده مواد و بهبودیافته** ۳۳-۷۴
  محمدجواد بگیان کوله مرزی
- **نقش میانجی نشاط ذهنی در رابطه جو اخلاقی مدرسه و هوش اخلاقی با آمادگی به مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان** ۷۵-۹۸
  هوشنگ گراوند، هدی لاجوردی، آرمین فرجی
- **نقش میانجی ذهن آگاهی در رابطه استرس شغلی و جو سازمانی با فرسودگی شغلی در کارکنان مراکز درمان اعتیاد** ۹۹-۱۱۸
  سید موسی طباطبایی، مجتبی رجب پور، مهناز زرگرانی، هانیه برابادی قادرابادی
- **پیش بینی گرایش به مصرف‌مواد بر اساس الگوی ارتباط والد-فرزندی، کنترل عاطفی و پردازش هیجانی در نوجوانان** ۱۱۹-۱۴۴
  کیمیا نحوی، علیرضا شکرگزار، مریم مشایخ
- **اثربخشی درمان فراشناختی بر تحمل پریشانی، کارکردهای اجرایی و گرایش به مصرف مواد در نوجوانان پرخاشگر** ۱۴۵-۱۶۸
  اکبر جدیدی محمدآبادی ، فاطمه کمال زاده
- **مقایسه کنش‌های اجرایی، حافظه فعال و توجه انتخابی بین نوجوانان با و بدون مصرف کانابیس** ۱۶۹-۱۸۶
  پرستو صنعتگرماهانی، فرزاد فرهودی
- **اثربخشی برنامه توان‌بخشی شناختی بر حافظه، عملکرد اجرایی و سرعت پردازش در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد** ۱۸۷-۲۱۲
  زهرا اسماعیل‌زاده، محمدهادی صافی
- **انفعال و پرخاشگری؛ تقابل زنان با اعتیاد همسر: یک تحقیق کیفی** ۲۱۳-۲۳۶
  سید علی عدالت، محمد رضا زربخش بحری، فلورا رحیم آقایی
- **تحلیل کیفی شکل‌گیری مسیر عود مصرف مواد: واکاوی تجربهٔ زیستهٔ مردان در دورهٔ پرهیز** ۲۳۷-۲۶۰
  سلمان زارعی

ریاست جمهوری
ستاد مبارزه با مواد مخدر
دفتر آموزش و تحقیقات

بسم الله الرحمن الرحیم

اعتیاد پژوهی

فصلنامه علمی

سال بیستم، شماره هشتاد، تابستان ۱۴۰۵

صاحب امتیاز: ستاد مبارزه با موادمخدر ریاست جمهوری
مدیر مسئول: محمود مینویی
سردبیر: دکتر حسن احدی
ناشر: دفتر آموزش و تحقیقات 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 موادمخدر ریاست جمهوری، دفتر آموزش و تحقیقات
صندوق پستی: ۱۴۶۹۹۱۵۸۳۴
تلفن و دورنگار: ۴۷۳۶۱۷۰۳-۴۷۳۶۱۷۰۱
پست الکترونیک: info@etiadpajohi.ir

فصلنامه مطابق مجوز کمیسیون نشریات علمی وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری در ارزیابی سال ۱۴۰۳موفق به کسب رتبه‌ی علمی "ب" و در آخرین ارزیابی موسسه استنادی و پایش علم و فناوری جهان اسلام (ISC)موفق به کسب رتبه Q1 با ضریب تاثیر ۱/۲۶۷و عنوان نشریه هسته (نشان کاپ طلا) 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 زرین‌دست	**استاد علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی تهران**
دکتر محمدتقی جغتایی	**استاد تشریح‌گری دانشگاه علوم پزشکی تهران**
دکتر علیرضا محسنی‌تبریزی	**استاد جامعه شناسی دانشگاه تهران**
دکتر مهرداد نوابخش	**استاد جامعه شناسی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات**
دکتر پروانه محمدخانی	**استاد روان شناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی**
دکتر آفرین رحیمی‌موقر	**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 انوشیروان کاظم نژاد	**استاد آمار زیستی، دانشگاه تربیت مدرس**
دکتر علی محمدزاده	**استاد روانشناسی، دانشگاه پیام نور**
دکتر علی شیخ الاسلامی	**استاد روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی**
دکتر هوشنگ گراوند	**دانشیار روانشناسی، دانشگاه لرستان**
دکتر علی تقوایی نیا	**دانشیار روانشناسی، دانشگاه یاسوج**
دکتر اسماعیل سلیمانی	**دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه ارومیه**
دکتر عزت اله کردمیرزانیکوزاده	**دانشیار روانشناسی، دانشگاه پیام نور**
دکتر یاسر رضاپور میرصالح	**دانشیار مشاوره، دانشگاه اردکان**
دکتر شیرکوه محمدی	**استادیار مدیریت آموزشی، دانشگاه سمنان**
افضل اکبری بلوطبنگان	**استادیار روانشناسی، دانشگاه فرهنگیان**
دکتر حمیدرضا سعادت اظهر	**استادیار روانشناسی، پژوهشگاه علوم انتظامی**
دکتر علی رضا ماردپور	**استادیار روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یاسوج**
دکتر سولماز دبیری	**استادیار روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال**
دکتر حمید رضا صرامی فروشانی	**دکترای مدیریت و برنامه ریزی امور فرهنگی**
دکتر صفورا سالمی	**دکترای روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز**

راهنمای تنظیم مقالات فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی

- پس از ذکر عنوان و اسامی نویسنده (گان)، چارچوب چکیده به صورت هدف، روش، یافته‌ها، نتیجه‌گیری و کلید واژه‌ها ارائه شود.
- چکیده‌های فارسی و انگلیسی (حداکثر ۱۵۰کلمه) و کلید واژه‌ها (حداقل۳ 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 پانوشت گردد.
- اطلاعات کتاب‌شناسی در انتهای مقاله به ترتیب حروف الفبا و با توجه به نکات زیرآورده شود: در متن مقاله طبق اصول APA، زمانیکه نام یک نویسنده را برای اولین بار ذکر می‌کنید، عنوان لاتین آن را پانوشت کنید. اگر نویسنده دارای همکار است (تا پنج نفر) عنوان خانوادگی آن‌ها را نوشته و آن‌ها را پانوشت کنید. درصورتی‌که 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 زمانی‌که 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، پانوشت 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 (تیتر) 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 پوینت۱۳ تایپ شده باشند و فایل مربوطه نیز همراه مقاله ارسال شود.
- لازم است نام نویسنده یا نویسندگان به‌طور کامل بیان شود. ذکر وابستگی سازمانی نویسنده، درجه علمی و پُست الکترونیکی (e-mail) نیز در زیر نام پدیدآورندگان الزامی است. همچنین، نام نویسنده مسؤول، با ذکر نشانی کامل، در پایین هر مقاله آورده شود.

مقاله‌های مروری

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

یادآوری:

۱. مطالب مندرج در فصلنامه، الزاماً بیانگر نظر ستاد مبارزه با موادمخدر 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 ارایه مقاله‌های تحقیقی در زمینه‌های اعتیاد و موادمخدر دعوت به عمل می‌آورد.
۴. فصلنامه در ویرایش، اصلاح و هماهنگ‌سازی اصطلاحات علمی مقاله، به‌گونه‌ای که مفاهیم آن تغییر نیابد، آزاد است.

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
نقش میانجی سرمایه روان‌شناختی در رابطه بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی و گرایش به اعتیاد در دانش آموزان سجاد اسدی رحمانی، سعید موسوی‌پور	۷-۳۲
ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس تحمل درد ذهنی در افراد مصرف‌کننده مواد و بهبودیافته محمدجواد بگیان کوله‌مرزی	۳۳-۷٤
نقش میانجی نشاط ذهنی در رابطه جو اخلاقی مدرسه و هوش اخلاقی با آمادگی به مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان هوشنگ گراوند، هدی لاجوردی، آرمین فرجی	۷۵-۹۸
نقش میانجی ذهن آگاهی در رابطه استرس شغلی و جو سازمانی با فرسودگی شغلی در کارکنان مراکز درمان اعتیاد سید موسی طباطبایی، مجتبی رجب‌پور، مهناز زرگرانی، هانیه برابادی قادرابادی	۹۹-۱۱۸
پیش بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس الگوی ارتباط والد-فرزندی، کنترل عاطفی و پردازش هیجانی در نوجوانان کیمیا نحوی، علیرضا شکرگزار، مریم مشایخ	۱۱۹-۱٤٤
اثربخشی درمان فراشناختی بر تحمل پریشانی، کارکردهای اجرایی و گرایش به مصرف مواد در نوجوانان پرخاشگر اکبر جدیدی محمدآبادی ، فاطمه کمال‌زاده	۱٤٥-۱٦۸
مقایسه کنش‌های اجرایی، حافظه فعال و توجه انتخابی بین نوجوانان با و بدون مصرف کانابیس پرستو صنعتگرماهانی، فرزاد فرهودی	۱٦۹-۱۸٦
اثربخشی برنامه توان‌بخشی شناختی بر حافظه، عملکرد اجرایی و سرعت پردازش در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد زهرا اسماعیل‌زاده، محمدهادی صافی	۱۸۷-۲۱۲
انفعال و پرخاشگری؛ تقابل زنان با اعتیاد همسر: یک تحقیق کیفی سید علی عدالت، محمدرضا زربخش بحری، فلورا رحیم آقایی	۲۱۳-۲۳٦
تحلیل کیفی شکل‌گیری مسیر عود مصرف مواد: واکاوی تجربهٔ زیستهٔ مردان در دورهٔ پرهیز سلمان زارعی	۲۳۷-۲٦۰

Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 20, No. 80, P 7-32, Summer 2026

Research Article

The Mediating Role of Psychological Capital in the Relationship Between Basic Psychological Needs and Addiction Proneness in Students

Sajjad Asadirahmani[1], Saeed Moosavipour[2]

Received: 2026/05/05 Accepted: 2026/08/27

Abstract

Objective: The present study aimed to develop a structural model by examining the mediating role of psychological capital in the relationship between basic psychological needs and addiction proneness among high school students. **Method:** This study was a descriptive-correlational research employing a structural equation modeling design. The statistical population of the study comprised all male high school students across three districts of Tehran during the 2024–2025 academic year, of whom 700 individuals as the study' sample were selected using multi-stage cluster sampling. Participants completed the addiction potential scale, the psychological capital questionnaire, and the basic needs satisfaction in general scale. The statistical data were analyzed using Pearson's correlation and structural equation modeling. **Results:** The findings of structural equation modelingindicated that basic psychological needs had a significant negative direct correlation with addiction proneness. Furthermore, the results of bootstrapping showed that psychological capital played a significant mediating role in the indirect relationship between basic psychological needs and addiction proneness. **Conclusion:** The results of the present study indicate that enhancing psychological capital can strengthen the protective effect of basic psychological needs against addictive behaviors and lead to a sustained reduction in substance use proneness among adolescents.

Keywords: Addiction proneness, Basic psychological needs, Psychological capital, Students

1. MA, Department of Psychology, Arak University, Arak, Iran.

2. Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Arak University, Arak, Iran. Email: s-moosavipour@araku.ac.ir

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال بیستم، شماره هشتاد، ص۳۲-۷، تابستان ۱۴۰۵

مقاله پژوهشی

نقش میانجی سرمایه روان‌شناختی در رابطه بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی و گرایش به اعتیاد در دانش‌آموزان

سجاد اسدی رحمانی[۱]، سعید موسوی‌پور[۲]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۲/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۵

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تدوین یک مدل ساختاری با بررسی نقش میانجی سرمایه روان‌شناختی در رابطه بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی و گرایش به اعتیاد در دانش‌آموزان دبیرستانی بود. **روش:** مطالعه حاضر از نوع توصیفی-همبستگی و مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این مطالعه شامل همه دانش‌آموزان دبیرستانی پسر سه منطقه در شهر تهران بود که در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳ در حال تحصیل بودند که از بین آن‌ها تعداد ۷۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای به عنوان نمونه این مطالعه انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان مقیاس گرایش به اعتیاد، مقیاس سرمایه‌های روان‌شناختی و مقیاس ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی را تکمیل کردند. داده‌ها آماری با استفاده از همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان داد که نیازهای بنیادین روان‌شناختی ارتباط مستقیم منفی معناداری با گرایش به اعتیاد داشت. به علاوه، نتایج بوت استرپ نشان داد که سرمایه‌های روان‌شناختی در رابطه غیر مستقیم بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی و گرایش به اعتیاد نقش میانجی معناداری داشت. **نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تقویت سرمایه‌های روان‌شناختی می‌تواند اثر محافظتی ارضای نیازهای روان‌شناختی در برابر رفتارهای اعتیادگونه را تقویت کرده و به کاهش پایدار گرایش به مصرف مواد در نوجوانان منجر شود.

کلیدواژه‌ها: سرمایه‌های روان‌شناختی، نیازهای بنیادین روان‌شناختی، گرایش به اعتیاد، دانش‌آموزان

۱. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه اراک، اراک، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه اراک، اراک، ایران. پست الکترونیک: s-moosavipour@araku.ac.ir

مقدمه

پدیده مصرف مواد در سراسر کشورهای جهان در حال رشد است که اوج مصرف آن از اوایل نوجوانی تا اوایل جوانی است و کشور ایران هم از این مسئله مستثنی نبوده و آخرین آمارها نشـــان می‌دهد که گرایش به اعتیاد و مواد مخدر در بازه زمانی ۱۳۸۳ تا ۱۴۰۳ روندی افزایشی داشته است (عشایری و همکاران، ۱۴۰۳؛ مردیس[1] و همکاران، ۲۰۱۸). در دهه‌های اخیر کاهش ســـن مصـــرف مواد مخدر از مهم‌ترین دغدغه‌های جوامع بشـــری محسوب می‌شود (مانریک - میلونز[2] و همکاران، ۲۰۲۱) و می‌توان گفت افزایش گرایش نوجوانان به مصرف مواد مخدر بسیار نگران کننده است، زیرا بیشتر افرادی که مصرف مواد را در ســـال‌های نوجوانی آغاز می‌کنند به مصـــرف آن در ســـال‌های آینده نیز ادامه می‌دهند (گاروفیلی[3]، ۲۰۲۰). نوجوانی دوره تحولی حساس و مهمی است که با تغییرات مختلف روان‌شناختی و زیستی- عصب‌شناختی مشخص می‌شود و این تغییرات در مغز نوجوانان آن‌ها را مستعد پرداختن به رفتارها و تصمیمات پرخطر مانند مصرف مواد مخدر می‌ســـازد و آغاز مصـــرف مواد مخدر در دوران نوجوانی پیامدهای نامطلوب فردی و اجتماعی بسیاری را در طول زمان به همراه خواهد داشت. بنابراین، نوجوانی حساس‌ترین بخش زندگی برای شـــروع مصـــرف مواد مخدر می‌باشـــد (ماگز[4] و همکاران، ۲۰۲۳؛ گوردون[5] و همکاران، ۲۰۲۰؛ ولی‌زاده ــ اردلان و همکاران، ۲۰۱۹).

در این راستا، نظریه خود تعیین‌گری[6] (رایان و دسی[7]، ۲۰۲۴) استدلال می‌کند که همه انسان‌ها نیازهای بنیادین روان‌شناختی[8] دارند که که عدم ارضا صحیح این نیازها عملکرد آن‌ها را تغییر می‌دهد و آن‌ها را از نظر روانی آسیب‌پذیر می‌سازد و عدم ارضا این نیا بالقوه موجب ایجاد مشکلات در مدرسه و گرایش به مصرف مواد می‌شود (ادانه[9] و همکاران، ۲۰۲۴). در زمینه مصـــرف مواد و ارتباط آن با ارضـــاء و یا عدم ارضـــاء نیازهای بنیادین روان‌شناختی پژوهش‌هایی صورت گرفته است و این پژوهش‌ها به صورت جدی نشان از

1. Meredith
2. Manrique-Millones
3. Garofoli
4. Maggs
5. Gordon
6. self-determination theory
7. Ryan & Deci
8. basic psychological needs
9. Edane

رابطه‌ی عدم ارضـــاء نیازهای بنیادین روان‌شـــناختی با مصـــرف مواد دارد (ریچاردز[1] و همکاران، ۲۰۲۳). نظریه خود تعیین‌گری یک نظریه انسان گرایانه بر اساس دیالکتیک بین انســان و محیط اطرافش بنا شــده اســت که برای عملکرد کامل، بهینه، رشــد، یادگیری و بهزیستی انسان‌ها لازم است که افراد نیازهای روان‌شناختی پایه‌ای خود را ارضاء کنند. این نیازهای بنیادین عبارتند از شــایســتگی[2]، خودمختاری[3] و ارتباط[4] که عدم برآورده شــدن آن‌ها به افزایش ناراحتی و مشکلات عملکردی آن افراد منجر می‌شود (رایان و همکاران، ۲۰۲۳؛ نیمیک[5] و همکاران، ۲۰۱۰؛ رایان و دســی، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها نشــان می‌دهند که عدم ارضـا نیازهای بنیادین روان‌شـناختی در نمونه دانش‌آموزان نوجوان دبیرسـتانی به طور مثبت با مصـرف زیاد الکل، احتمال بیشـتر مصـرف حشـیش و اعتیاد به آن‌ها ارتباط دارد (ادانه و همکاران، ۲۰۲۴؛ اینگولیا[6] و همکاران، ۲۰۱۹). نشـان داده شـده اسـت که برآورده شـدن نیازهای روان‌شـناختی با اسـتفاده بیشـتر از اسـتراتژی‌های محافظ در برابر رفتارهای مرتبط با مصـرف حشـیش و پیامدهای منفی کمتر مرتبط اسـت، در حالی که ناکامی بیشـتر در برآوردن نیازهای اساسـی روان‌شـناختی با پیامدهای منفی بیشـتر و شـدت بالاتر مصـرف حشـیش مرتبط است (ریچاردز و همکاران، ۲۰۲۳). ارضـاء شـدن یا نشـدن نیازهای بنیادین روان‌شـناختی به تنهایی عاملی تعیین‌کننده در تصـمیم‌گیری برای ادامه مصـرف مواد مخدر یا عدم مصــرف آن در بزرگســالان وابســته به مواد اســت (چان[7] و همکاران، ۲۰۱۹). در پژوهش‌های دیگر نیز اشاره شده است که عدم ارضاء نیازهای بنیادین روان‌شناختی اساسا با رفتارهای اعتیاد گونه مانند اعتیاد به قمار و اسـتفاده مشـکل‌سـاز از رسـانه‌های اجتماعی و اینترنـت مرتبط اســت (گوگلیاندولو[8] و همکـاران، ۲۰۲۰؛ میلز[9] و همکـاران، ۲۰۲۱). در طرف مقابل، ارضـای نیازهای بنیادین روان‌شـناختی موجب افزایش عزت نفس و سـلامت روان‌شناختی مطلوب در افراد شده و چنین شرایطی به افزایش تاب‌آوری[10] در برابر حالات خلقی خطرسـاز و گرایش به اعتیاد می‌انجامد (شـالچی و همکاران، ۱۳۹۶). در واقع، نتایج

1. Richards
2. competence
3. autonomy
4. relatedness
5. Niemiec
6. Inguglia
7. Chan
8. Gugliandolo
9. Mills
10. resilience

نشان می‌دهد ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی نقش مهمی در جلوگیری از گرایش به رفتارهای پر خطر دارد و می‌تواند موجب کاهش رفتارهای پرخطر و افزایش سلامت روان شود (دسی و رایان، ۲۰۱۱).

بر اساس ادبیات پژوهشی مورد بحث، مشخص است که ارتباط نزدیکی بین نیازهای روان‌شناختی بنیادین و گرایش به اعتیاد وجود دارد، به طوری که ارضای نیازهای بنیادین روان شناختی عاملی محافظتی در برابر گرایش به اعتیاد می‌باشد. با وجود این ارتباط هنوز مکانیسم‌های زیربنایی این رابطه به طور کامل مشخص نیست. در این زمینه سرمایه روان‌شناختی[1] می‌تواند به عنوان یک عامل زیربنایی در این رابطه مطرح باشد. سرمایه روان‌شناختی به نوعی منبع مثبت یا وضعیت روانی سالم در فرایند رشد، پیشرفت و تکامل فرد اشاره دارد (ژنگ و وی[2]، ۲۰۲۳). بر اساس ادبیات پژوهشی، سازه‌های روانشناسی مثبت[3] همچون سرمایه روان‌شناختی جزو منابعی محسوب می‌شوندکه می‌توانند در تبیین و فهم بهتر رفتارهای اعتیادی و پرخطر نقش داشته باشد (تیمورزاده و همکاران، ۱۴۰۰). مطالعات متعددی بیان کرده‌اند که مولفه‌های سرمایه روان‌شناختی ارتباط تنگاتنگی با گرایش به اعتیاد و مصرف مواد دارند (ژنگ و وی، ۲۰۲۳؛ ژنگ و تان[4]، ۲۰۲۱). همچنین، مطالعات نشان داده‌اند که سرمایه روان‌شناختی می‌تواند به خوبی مصرف مواد را پیش‌بینی کند و احتمال گرایش به مصرف مواد را کاهش دهد (جیا[5] و همکاران، ۲۰۲۱؛ کراسیکوآ[6] و همکاران، ۲۰۱۵). لوتانز[7] و همکاران (۲۰۰۷) چهار مؤلفه را برای سرمایه روان‌شناختی شناسایی کردند که عبارت است از امیدواری[8](پایبندی به اهداف و توانایی تغییر مسیر برای دستیابی به آن‌ها در صورت نیاز)، تاب‌آوری (پشتکار و تلاش در مواجهه با مشکلات یا شکست‌ها)، خوش‌بینی[9] (تعبیر مثبت از موفقیت‌های حال و آینده) و خودکارآمدی[10] (اعتماد به توانایی برای انجام موفق کارهای چالش‌برانگیز) (لوتانز و یوسف[11]، ۲۰۰۷).

1. psychological capital
2. Zeng & Wei
3. positive psychology constructs
4. Tan
5. Jia
6. Krasikova
7. Luthans
8. hope
9. optimism
10. self-efficacy
11. Youssef

خوش‌بینی و امید عوامل تعیین‌کننده مهمی در اجتناب از مصرف مواد هستند و افرادی که سطح امید بالاتری دارند احساس خودکارآمدی قوی‌تر و انگیزش بیشتری برای دوری از مواد دارند. افزون بر این، تاب‌آوری یک عامل محافظ در برابر مصرف مواد به خصوص در نوجوانان است (ژنگ و وی، ۲۰۲۳؛ ژنگ و تان، ۲۰۲۱؛ آقاجانی و همکاران، ۱۴۰۴). همچنین، با توجه به اینکه آشفتگی روان‌شناختی عاملی مرتبط با آمادگی برای اعتیاد در نوجوانان می‌باشد (آقاجانی و همکاران، ۱۴۰۳) و از آنجا که وجود سرمایه روان‌شناختی در افراد مانع از آشفتگی روان‌شناختی می‌شود (حافظ و همکاران، ۱۴۰۱)، سرمایه روان‌شناختی جزء عوامل محافظتی موثر در برابر گرایش به اعتیاد و مواد مخدر است (تسفایی[1]، ۲۰۱۶). نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که همبستگی منفی معناداری بین سرمایه روان‌شناختی و تمایل به عود اختلالات مصرف مواد مخدر و گرایش به آن در بزرگسالان وابسته به مواد در مراکز بازپروری وجود دارد (ژنگ و وی ۲۰۲۳؛ ژنگ و تان، ۲۰۲۱). پژوهش جیا و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان داد که بین سرمایه روان‌شناختی و رفتارهای پرخطر دوران نوجوانی مانند مصرف مواد مخدر همبستگی منفی معناداری برقرار است. پژوهش کراسکوا و همکاران (۲۰۱۵) با استفاده از داده‌های نمونه‌ای از سربازان ارتش ایالات متحده آمریکا دریافتند که سربازانی که پیش از اعزام سطوح بالاتری از سرمایه روان‌شناختی داشتند احتمال کمتری داشت که پس از اعزام تشخیص مشکلات بهداشت روانی و اختلالات مصرف مواد دریافت کنند.

با توجه به نقش کلیدی سرمایه روان‌شناختی در پیشگیری از رفتارهای پرخطر، شناسایی بسترهای تحولی و روان‌شناختی که زمینه را برای ارتقای این سرمایه فراهم می‌کنند از اهمیت بالایی برخوردار است. در این میان، نظریه‌پردازان معتقدند که تحقق ظرفیت‌های مثبت روان‌شناختی در گرو برآورده شدن نیازهای بنیادین فرد است و در راستای تبیین این ارتباط، مطالعات گذشته نشان داده‌اند که بین ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی و سرمایه روان‌شناختی یک رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (سونگ و یان[2]،

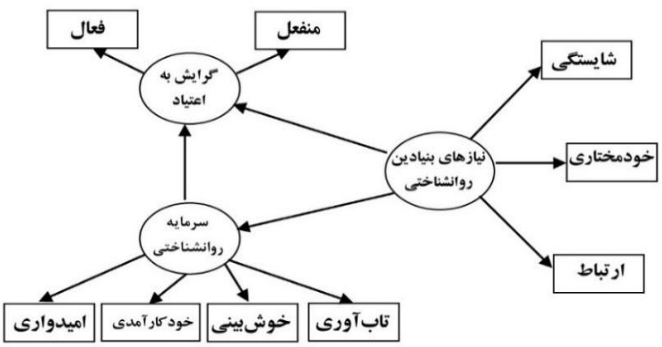
1. Tesfai
2. Song & Yan

۲۰۲۵؛ حافظ و همکاران، ۱۴۰۱؛ کارمونا هالتی[1] و همکاران، ۲۰۱۹؛ پیرمرادی و همکاران، ۱۳۹۷). در پژوهش کارمونا هالتی و همکاران (۲۰۱۹) نتایج نشـان داد که برآورده شـدن نیازهای روان‌شـناختی بنیادین در دانش‌آموزان دبیرسـتانی منجر به افزایش سـرمایه روان‌شـناختی می‌شـود. اگرچه سـرمایه روان‌شـناختی می‌تواند در رابطه بین نیازهای روان‌شناختی و گرایش به اعتیاد مکانیسم زیربنایی بالقوه باشد، اما در این رابطه مخصوصا در نوجوانان هنوز تحقیقی انجام نشده است که نیازمند بررسی می‌باشد.

در مجموع، نیازهای بنیادین روان‌شناختی از عوامل مرتبط و موثر بر گرایش به اعتیاد و مصرف مواد است اما شکاف پژوهشی در این بعد از پژوهش این است که ادبیات پژوهشی در این زمینه به خصوص در نمونه دانش‌آموزان نوجوان دبیرستانی در کشور ایران بسیار محدود اسـت و فقط یک پژوهش به این مسـئله پرداخته اسـت که از حجم نمونه کمی برخوردار است. به علاوه، پژوهش‌های محدودی در خارج از کشور نیز این موضوع را در نمونه دانش‌آموزان نوجوان بررسی کرده‌اند و اکثرا متمرکز بر نمونه بزرگسالان و جوانان بوده که عموما به بررسی ولع مصرف و یا مصرف یک ماده اعتیادآور خاص پرداخته‌اند و به سازه گرایش به اعتیاد به عنوان یک سازه کلی نپرداخته‌اند. این نشان از ضعف ادبیات پژوهشی در این زمینه است. همچنین، یکی از عوامل مرتبط و موثر بر گرایش به اعتیاد و مصرف مواد سرمایه روان‌شناختی است اما شکاف پژوهشی در این بُعد از پژوهش این است که پژوهش‌هایی که به بررسی این رابطه در نمونه دانش‌آموزان نوجوان دبیرستانی پرداخته‌اند بسیار محدود بوده و حتی هیچ پژوهشی در داخل ایران در این نمونه صورت نگرفته است و پژوهش‌های محدود انجام شده در داخل و یا خارج از کشور نیز عموما بر روی نمونه‌های بزرگسال و جوانان متمرکز بوده‌اند. همچنین، با توجه به مطالب ذکر شده متوجه می‌شویم که یک شکاف تحقیقاتی دیگری در ارائه یک مدل مفهومی ساختار یافته از متغیرهای این پژوهش وجود دارد، به طوری که هیچ مطالعه‌ای به بررسـی نقش میانجی سـرمایه روان‌شـناختی در رابطه نیازهای بنیادین روان‌شـناختی با گرایش به اعتیاد در دانش آموزان دبیرستانی نپرداخته است. بنابراین، هدف این پژوهش بررسی نقش میانجی سرمایه

1. Carmona-Halty

روان‌شناختی در رابطه بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی و گرایش به اعتیاد در دانش‌آموزان دبیرستانی بود. پژوهش حاضر با بررسی این هدف به دنبال پاسخگویی به این سوال بود که آیا سرمایه روان‌شناختی در رابطه بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی و گرایش به اعتیاد در دانش‌آموزان دبیرستانی دارای نقش میانجی می‌باشد؟ نمودار ۱ مدل پیشنهادی این پژوهش را نشان می‌دهد.



نمودار ۱: مدل پیشنهادی پژوهش

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

روش

جامعه، نمونه، روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر توصیفی– همبستگی و مبتنی بر مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه سه منطقه شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ بود. در این پژوهش نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شد. بدین منظور، ابتدا سه منطقه شهر تهران به صورت تصادفی انتخاب شد و سپس از میان مدارس دوره دوم متوسطه پسرانه در آن منطقه تعدادی مدرسه به صورت تصادفی برگزیده شدند. در مرحله بعد، از هر مدرسه کلاس‌هایی به طور تصادفی انتخاب گردید. در نهایت، دانش‌آموزان واجد شرایط کلاس‌های منتخب در پژوهش شرکت کردند. با توجه به پیچیدگی مدل معادلات ساختاری و تعداد متغیرهای مکنون، حجم نمونه ۷۰۰ نفر بر پایه توصیه‌های کلاین[1] (۲۰۲۳) انتخاب شد که نمونه‌ای بیش از حداقل ۲۰۰ مورد پیشنهاد شده و در دامنه مناسبی برای برآورد دقیق پارامترها قرار دارد.

1. Kline

این حجم نمونه که بیش از استانداردهای مطالعات کلاسیک (تاباچنیک و فیدل[1]، ۲۰۱۳) و توصیه‌های رایج برای مدل‌های معادلات ساختاری (کلاین، ۲۰۲۳) است، نسبت مشاهدات به پارامترهای مدل را در سطح مطلوبی حفظ کرده و موجب افزایش پایداری برآوردها و توان آماری در مدل‌های چندمتغیره می‌شود. در نهایت، این تعداد نمونه ارتقای دقت آماری و امکان کشف الگوهای پیچیده در داده‌ها را با اطمینان بیشتری میسر می‌سازد (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۱۳؛ کلاین، ۲۰۲۳). معیارهای ورود به پژوهش شامل اشتغال به تحصیل در مقطع متوسطه دوم در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳، قرار داشتن در دامنه سنی ۱۶ تا ۱۸ سال، رضایت آگاهانه دانش‌آموز و اخذ رضایت کتبی از اولیا، توانایی خواندن و درک پرسش‌نامه‌ها، و پاسخگویی کامل به گویه‌های پرسش‌نامه‌های پژوهش بود. پرسش‌نامه‌های ناقص، پاسخ‌های غیر معتبر و موارد انصراف از ادامه همکاری به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد.

برای شرکت‌کنندگان در ابتدا در مورد اهداف پژوهش و محرمانه بودن پاسخ‌ها به شکل کتبی بیان و فرم رضایت کتبی شرکت در پژوهش ارائه شد. برای احترام به جنبه‌های اخلاقی تحقیق، به پاسخ‌دهندگان اطلاع داده شد که حق دارند در هر مرحله‌ای از پژوهش انصراف دهند. دانش‌آموز دوره دوم متوسطه و والدین آن‌ها به صورت داوطلبانه فرم رضایت آگاهانه را امضا کرده و تصمیم به مشارکت در تحقیق گرفتند. پس از تصویب طرح پیشنهادی و اخذ کد اخلاق با کد مصوبه IR.ARAKU.REC.1403.073 از کمیته اخلاق دانشگاه اراک، با انجام هماهنگی‌های لازم برای اجرای پژوهش ابتدا لینک پرسش‌نامه‌های پژوهش به صورت آنلاین در دسترس شرکت‌کنندگان قرار گرفت. برای بررسی همبستگی بین متغیرها از همبستگی پیرسون در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد و برای بررسی مدل پژوهش روش مدل‌سازی معادلات ساختاری در نرم افزار AMOS نسخه ۲۰ مورد استفاده قرار گرفت.

1. Tabachnick & Fidell

ابزار

۱- مقیاس گرایش به اعتیاد ایرانی[1]: این مقیاس در ابتدا توسط وید[2] و همکاران (۱۹۹۲) ساخته شد و سپس توسط زرگر (۱۳۸۵) در ایران با توجه به شرایط روانی -اجتماعی جامعه ایرانی هنجاریابی و تدوین شد و ویژگی‌های روان‌سنجی آن مورد تایید قرار گرفت. این پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی شامل ۳۶ گویه به علاوه ۵ گویه دروغ سنج است. نمره گذاری هر گویه بر روی یک پیوستار از صفر (کاملا مخالفم) تا ۳ (کاملا موافقم) است. دامنه‌ی نمره کل این مقیاس از ۰ تا ۱۰۸ است و نمرات بالاتر به منزله آمادگی بیشتر فرد پاسخ دهنده برای اعتیاد می‌باشد. زرگر (۱۳۸۵) آلفای کرونباخ کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آمادگی فعال و منفعل را به ترتیب ۹۰/ ۰، ۹۱/ ۰ و ۰/۷۵ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برای مقیاس کل ۸۹/ ۰ و برای خرده‌مقیاس آمادگی فعال و منفعل به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۰ محاسبه شد.

۲- مقیاس سرمایه روان‌شناختی[3]: این پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی ۲۴ گویه‌ای توسط لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) توسعه یافته است و شامل چهار خرده‌مقیاس امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی است که در آن هر خرده‌مقیاس شامل ۶ گویه است. آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت (۱=کاملا مخالفم تا ۶ =کاملا موافقم) پاسخ می‌دهد. دامنه نمره کل این مقیاس بین ۲۴ تا ۱۴۴ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطوح بیشتر سرمایه روان‌شناختی است. لوتانز و همکاران (۲۰۰۷) آلفای کرونباخ کل مقیاس را در نمونه‌های مختلف از ۰/۸۸ تا ۸۹/ ۰ گزارش کرده‌اند. در ایران، ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس مورد تایید قرار گرفته است. آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های امیدواری ۰/۸۶، تاب‌آوری ۰/۸۶، خودکارآمدی ۰/۸۹، خوش‌بینی ۰/۸۷ بدست آمده است و آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۸ گزارش شده است (محسن‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۱؛ تمیزی و همکاران، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برای مقیاس کل ۰/۸۸ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۰ محاسبه شد.

1. Iranian addiction potential scale
2. Weed
3. psychological capital questionnaire

۳- مقیاس ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی[1]: این مقیاس خودگزارشی توسط گانیه[2] (۲۰۰۳) توسعه یافته و دارای ۲۱ گویه و شامل سه خرده‌مقیاس شایستگی، خودمختاری و ارتباط است. این مقیاس بر اساس طیف هفت درجه‌ای لیکرت (۱= اصلا درست نیست الی تا ۷ = بسیار درست است) نمره‌گذاری می‌شود. لازم به ذکر است که ده گویه معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمره کل این مقیاس بین ۲۱ تا ۱۴۷ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده میزان بیشتر ارضاء نیازهای بنیادی روان‌شناختی است. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در پژوهش‌های خارجی مورد تایید قرار گرفته است (جانستون و فینی[3]، ۲۰۱۰؛ گانیه، ۲۰۰۳). بشارت (۱۳۹۲) ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس را در ایران مورد بررسی قرار داد و نتایج تاییدکننده خصوصیات روان‌سنجی این ابزار بود. به علاوه، آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های خودمختاری، شایستگی و ارتباط به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۱ و ۰/۶۷ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برای مقیاس کل ۰/۷۶ و برای خرده‌مقیاس‌های ارتباط، شایستگی و خودمختاری به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۱ و ۰/۸۴ محاسبه شد.

یافته‌ها

میانگین سن افراد شرکت کننده ۱۶/۹۹ و انحراف معیار آن ۰/۷۳ بود. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه گردیده است.

جدول ۱: اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کشیدگی	کجی	معناداری آزمون کولموگروف-اسمیرنوف	شاخص تحمل	عامل تورم واریانس
نیازهای بنیادین روان‌شناختی	۱۰۰/۱۶	۱۵/۳۳	-۰/۲۱	-۰/۱۲	۰/۲۰	۰/۸۵	۱/۱۸
سرمایه روان‌شناختی	۹۹/۲۵	۱۷/۵۳	-۰/۱۸	-۰/۱۴	۰/۹۷	۰/۸۵	۱/۱۸
گرایش به اعتیاد	۳۲/۳۹	۱۶/۰۲	۰/۰۰۰	-۰/۲۰	۰/۲۰	–	–

1. basic needs satisfaction in general scale
2. Gagné
3. Johnston & Finney

آماره های کجی و کشیدگی[1] در جدول ۱ گزارش شده است که با توجه به اینکه مقدارهای این دو آماره بین مثبت و منفی یک هستند پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها برای معادلات ساختاری مورد تایید است. نتایج سطح معناداری آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بیشتر از ۰/۰۵ بود که تایید می‌کنند متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال هستند. پیش فرض دیگری که باید مدنظر قرار گیرد عدم وجود همخطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین است که از طریق بررسی عامل تورم واریانس و شاخص تحمل بررسی شد. نتایج در جدول ۱ نشان می‌دهد که آماره قابل قبول برای عامل تورم واریانس کمتر از ۵ هست و برای شاخص تحمل کمتر از ۰/۱۰ و بیشتر از یک نیست. بنابراین، این نتایج نشان‌دهنده عدم وجود همخطی چندگانه بود.

به‌منظور بررسی رابطه ساده خطی بین متغیرهای پژوهش، همبستگی تمام متغیرها محاسبه گردید. در جدول ۲ ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای مورد پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳
۱- نیازهای بنیادین روان‌شناختی	–		-
۲- سرمایه روان‌شناختی	۰/۳۹*	–	
۳- گرایش به اعتیاد	-۰/۵۰*	-۰/۴۷*	–

* p< ۰/۰۱.

همانگونه که یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد نیازهای بنیادین روان‌شناختی و سرمایه روان‌شناختی رابطه منفی و معنی‌داری با گرایش به اعتیاد با نشان دادند (p <۰/۰۱). به علاوه، بین متغیرهای نیازهای بنیادین روان‌شناختی و سرمایه روان‌شناختی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت (p <۰/۰۱). پیش از بررسی ضرایب مسیر مدل، برازش کلی مدل نظری مورد ارزیابی قرار گرفت. برای این منظور از شاخص‌های مختلف برازش استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه گردیده است.

1. skewness & kurtosis

جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل تحقیق

شاخص برازش	مقدار به دست آمده	مقدار ملاک	وضعیت برازش
نسبت خی دو به درجه آزادی	۸۲۶۷۲/۶۶	–	–
درجه آزادی	۲۴	–	–
نیکویی برازش	۰/۹۹	> ۰/۹۰	برازش عالی
توکر-لوئیس	۰/۹۷	> ۰/۹۰	برازش عالی
برازش تطبیقی	۰/۹۹	> ۰/۹۰	برازش عالی
ریشه میانگین مربعات باقیمانده استاندارد	۰/۰۸	<= ۰/۸	برازش عالی
ریشه خطای میانگین مجذورات تقریبی	۰/۰۸	<= ۰/۸	برازش خوب

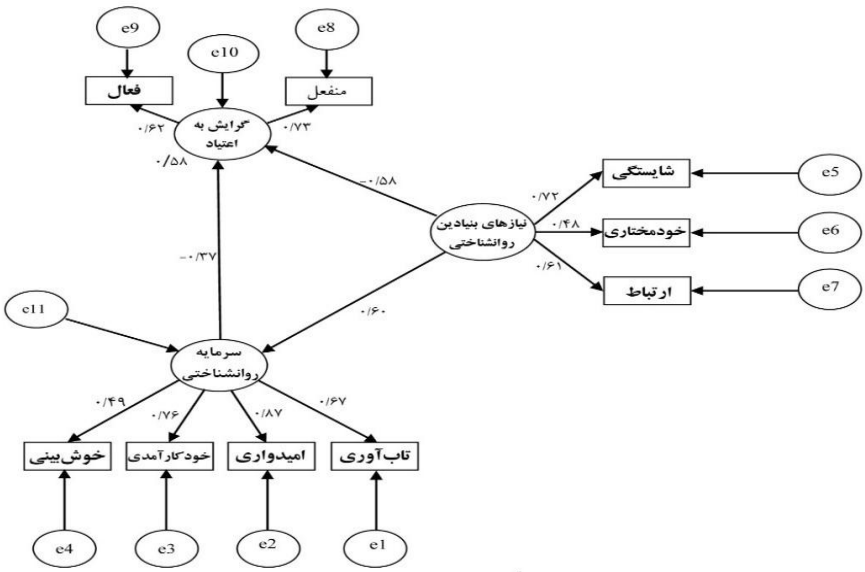
با توجه به مقادیر به دست آمده، کلیه شاخص‌های اصلی برازش (شاخص نیکویی برازش[1]، شاخص توکر-لوئیس[2]، شاخص برازش تطبیقی[3]، شاخص ریشه میانگین مربعات باقیمانده استاندارد[4] و شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریبی[5]) در دامنه قابل قبول تا عالی قرار داشتند. اگرچه آزمون کای-اسکوئر به دلیل حجم نمونه بزرگ معنادار بود، اما سایر شاخص‌ها حاکی از برازش مطلوب مدل با داده‌های تجربی بود. بنابراین، مدل تحقیق از قابلیت مناسبی برای تبیین روابط بین متغیرها برخوردار بود. برای بررسی مدل تحقیق از مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. هر یک از روابط مستقیم در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ٤: ضرایب استاندارد روابط مستقیم بین متغیرها

روابط مستقیم	ضریب مسیر	حد بحرانی	معناداری
نیازهای بنیادین روان‌شناختی ← گرایش به اعتیاد	-۰/۵۹	-۵/۴۶	<۰/۰۰۱ **
سرمایه روان‌شناختی ← گرایش به اعتیاد	-۰/۳۷	-۲/۳۶	۰/۰۰۴ *
نیازهای بنیادین روان‌شناختی ← سرمایه روان‌شناختی	۰/۶۰	۵/۹۵	<۰/۰۰۱ **

* p <۰/۰۱. ** p< ۰/۰۰۱.

1. goodness of fit index (GFI)
2. Tucker-Lewis index
3. comparative fit index (CFI)
4. standardized root mean square residual (SRMR)
5. root mean square error of approximation (RMSEA)



نمودار ۲: مدل نهایی پژوهش

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود همه روابط مستقیم در مدل تحقیق از نظر آماری معنادار بودند. نیازهای بنیادین روان‌شناختی ارتباط مستقیم منفی معناداری با گرایش به اعتیاد داشت (p<۰/۰۰۱). به علاوه، ارتباط مثبت معناداری بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی و سرمایه روان‌شناختی مشاهد شد (p<۰/۰۰۱) سرمایه روان‌شناختی نیز به نوبه خود ارتباط منفی معناداری با گرایش به اعتیاد نشان داد (p<۰/۰۱). بر اساس نتایج، مدل ۵۸ درصد از تغییرات گرایش به اعتیاد را پیش‌بینی کرد. برای بررسی معناداری روابط غیر مستقیم (نقش میانجی)، از روش بوت استرپ با ۵۰۰۰ بازنمونه‌گیری در نرم افزار ایموس استفاده شد. ضرایب مسیر استاندارد شده و فاصله اطمینان ۹۵ درصد در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: اثرات غیر مستقیم استاندارد شده در روش بوت استرپ

رابطه غیر مستقیم	ضریب استاندارد اثر غیر مستقیم	حد پایین	حد بالا	معناداری
نیازهای بنیادین روان‌شناختی ⟵ سرمایه روان‌شناختی ⟵ گرایش به اعتیاد	-۰/۲۲**	-۰/۳۵	-۰/۱۳	۰/۰۰۲ *

* p < ۰/۰۱.

با توجه به نتایج جدول ۵، سرمایه روان‌شناختی در ارتباط غیر مستقیم نیازهای بنیادین روان‌شناختی با گرایش دارای نقش میانجی معناداری بود (p< ۰/۰۱). به علاوه، از آنجایی که ۹۵ درصد فاصله اطمینان دامنه حد پایین و بالا عدد صفر را پوشش نمی‌دهد، می‌توان نتیجه گرفت که سرمایه روان‌شناختی در رابطه غیر مستقیم بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی و گرایش به اعتیاد نقش میانجی معناداری ایفا می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی نقش میانجی سرمایه روان‌شناختی در رابطه بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی با گرایش به اعتیاد در دانش‌آموزان نوجوان دبیرستانی بود. یافته‌های این مطالعه نشان داد که بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی رابطه منفی معناداری با گرایش به اعتیاد داشت. همچنین، بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی و سرمایه روان‌شناختی رابطه مثبت معنی‌دارای وجود داشت. سرمایه روان‌شناختی نیز همبستگی منفی معناداری با گرایش به اعتیاد نشان داد. به علاوه، سرمایه روان‌شناختی نقش میانجی معناداری در ارتباط غیر مستقیم بین نیازهای بنیادین روان‌شناختی و گرایش به اعتیاد داشت.

یافته‌ی این پژوهش نشان داد که بین متغیرهای نیازهای بنیادین روانشناختی و گرایش به اعتیاد رابطه منفی معنی‌داری وجود داشت که همسو با پژوهش‌های ریچاردز و همکاران (۲۰۲۳)، ادانه و همکاران (۲۰۲۴)، اینگولیا و همکاران (۲۰۱۹)، گوگلیاندولو و همکاران (۲۰۲۰)، و میلز و همکاران (۲۰۲۱) است که بیان داشتند که عدم ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی در نوجوانان و بزرگسالان با مصرف بالای الکل، گرایش به مصرف و اعتیاد به مواد مخدر و شدت پیامدهای منفی آن مرتبط است. از سوی دیگر، ارضای بیشتر این نیازها نیز با به‌کارگیری استراتژی‌های محافظتی و پیامدهای منفی کمتر همراه است. علاوه بر این، ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی به تنهایی عاملی تعیین‌کننده در تصمیم‌گیری برای ادامه یا ترک مصرف مواد مخدر در افراد وابسته به مواد می باشد و اساسا محرومیت از این نیازها با انواع رفتارهای اعتیادگونه مرتبط است. در تبیین این یافته می‌توان از نظریه خود تعیین گری (رایان و دسی، ۲۰۰۰، ۲۰۱۷) که به دلایل انتخاب یا شروع مصرف مواد

توسط افراد نیز می‌پردازند (کوپر[1] و همکاران، ۲۰۱۶) استفاده کرد. مطابق این نظریه، نیازهای بنیادین روان‌شناختی از ویژگی‌های ذاتی افراد می‌باشد و همه افراد در پی فعالیت‌هایی هستند که فرصت مناسب برای ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی را در اختیار آن‌ها قرار می‌دهد و زمانی که این نیازها ارضاء شود سبب انگیزش درونی شده و افراد به احساس استقلال، شایستگی و توانایی ارتباط با دیگران دست می‌یابند، اما زمانی که این نیازها برآورده نشده باشد افراد در پی فعالیت‌ها و راه‌هایی با انگیزه بیرونی جایگزین برای کسب احساس استقلال، ارتباط با دیگران و شایستگی می‌شوند که یکی از این راهکارهای جایگزین ممکن است گرایش به اعتیاد و مصرف مواد باشد که راهکاری است که از طریق آن افراد سعی می‌کند با مصرف مواد به احساس استقلال ناشی از داشتن حق انتخاب، اراده و ارتباط با دوستان دست یابند. در واقع، زمانی که ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی با مشکل مواجه شوند افراد راهکارهای بیرونی غیر از انگیزه درونی را راه جایگزینی برای دستیابی به ارضای نیازهای خود می‌بینند که یکی از همین راهکارهای بیرونی مصرف مواد مخدر است، چرا که وقتی کسی احساس شکست، ناکامی و کهتری دارد به سمت رفتارهای جبرانی مانند مصرف مواد سوق پیدا می‌کند تا این احساس ناکامی و کهتری را از خود دور کند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند هرچه مشکلات زندگی، آشفتگی هیجانی، درماندگی افراد افزایش یابد احتمال اینکه برای کاهش این ناراحتی‌ها و ناسازگاری‌ها از راه‌کارهای بیرونی نادرست مانند مصرف مواد مخدر استفاده کنند بیشتر می‌شود (دسی و رایان، ۲۰۰۸؛ بنت و هالوی[2]، ۲۰۱۵؛ ژائو[3] و همکاران، ۲۰۲۰). به لحاظ عصب‌شناسی، یافته‌ها بیان می‌کند که این نیازها با شبکه‌های پردازش پاداش و رفتارهای اعتیادی مرتبط توصیف شده‌اند (هایلیگ[4] و همکاران، ۲۰۱۶؛ ولکوف و بویل[5]، ۲۰۱۸). بنابراین، می‌توان فرض کرد که ارضاء یا عدم ارضاء نیازهای اساسی روان‌شناختی نیز در مسیر رفتارهای اعتیادی دخیل می‌باشند.

1. Cooper
2. Bennett & Holloway
3. Zhao
4. Heilig
5. Volkow & Boyle

یافته‌ی دیگر این پژوهش نشان داد که بین متغیرهای سرمایه روان‌شناختی و گرایش به اعتیاد رابطه منفی و معنی‌داری وجود داشت که همسو با پژوهش‌های ژنگ و وی (۲۰۲۳)، ژنگ و تان (۲۰۲۱)، کراسیکوآ و همکاران (۲۰۱۵) و جیا و همکاران (۲۰۲۱) همسو است که بیان داشتند مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی ارتباط نزدیکی با گرایش به اعتیاد و مصرف مواد دارند و می‌توانند به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ای مؤثر برای این رفتارها عمل کنند و بین سرمایه روان‌شناختی و تمایل به عود یا گرایش به مصرف مواد در افراد وابسته به مواد رابطه منفی و معناداری وجود دارد. همچنین، در میان نوجوانان سرمایه روان‌شناختی پایین با افزایش رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد مخدر همراه است و افرادی که پیش از مواجهه با شرایط تنش‌زا از سطح بالاتری از سرمایه روان‌شناختی برخوردارند کمتر در معرض ابتلا به مشکلات روانی و مصرف مواد قرار می‌گیرند. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که سرمایه روان‌شناختی می‌تواند در مقابله مؤثر با استرس که یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی مشکلات روانی است مورد استفاده قرار گیرد و اثر محافظتی قوی در برابر استرس دارد. همچنین، اثر محافظتی قوی در برابر اضطراب و افسردگی دارد که یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده مصرف الکل و مواد مخدر است و حالات مثبت (مانند شادی و هیجانات مثبت و اجزاء سرمایه روان‌شناختی) با سلامت روان بهتر مرتبط هستند و افراد مثبت‌نگر تمایل دارند روابط اجتماعی بهتری ایجاد کنند و زمان بیشتری به تعامل اجتماعی اختصاص دهند و روابط بین فردی سالم می‌تواند حس تعلق، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی را افزایش دهد و افراد را از اثرات منفی استرس محافظت کند. در نتیجه، سرمایه روان‌شناختی می‌تواند به افراد کمک کند تا مکانیسم‌های شناختی بالقوه‌ای مانند تلاش مستمر، بازیابی پس از مشکلات، انتظارات مثبت و استفاده از راه‌حل‌های جایگزین را ایجاد کنند (لوتانز و همکاران، ۲۰۱۳). این مکانیسم‌ها در حوزه سلامت هم‌افزا عمل کرده و افراد را به مدیریت خودمحور سلامت تشویق می‌کنند تا توجه بیشتری به سلامت خود داشته باشند و تمایل به انجام رفتارهای ارتقای سلامت جسمی و روانی پیدا کنند و در

نتیجه خطر گرایش به اعتیاد و مصـــرف مواد را کاهش می‌دهد (کراســـیکوآ و همکاران، ۲۰۱۵؛ تایلور[1]، ۲۰۰۰؛ بندورا[2]، ۱۹۹۹).

یافته دیگر پژوهش این بود که بین متغیرهای ارضـــاء نیازهای بنیادین روان‌شـــناختی و سرمایه روان‌شناختی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت، همسو با پژوهش‌های سونگ و یان (۲۰۲۵)، حافظ و همکاران (۱۴۰۱)، کارمونا هالتی و همکاران (۲۰۱۹)، و پیرمرادی و همکاران (۱۳۹۷). مطابق نظریه خود تعیین‌گری، ارضـــای نیازهای بنیادین روان‌شـــناختی زمینه‌ی لازم برای رشـد مثبت، شـکوفایی، عملکرد روان‌شـناختی بهینه، انگیزش درونی و احســـاس ســـلامت روانی را فراهم می‌کند (رایان و دســـی، ۲۰۰۰). از آنجا که ســـرمایه روان‌شـناختی شـامل مؤلفه‌هایی اسـت که دقیقاً نشـان‌دهنده‌ی منابع روانی مثبت هسـتند، ارضای نیازهای بنیادین می‌تواند بستر مناسب را برای شکل‌گیری سرمایه‌های روان‌شناختی فراهم آورد. به عنوان مثال، نتایج پژوهش کارمونا هالتی و همکاران (۲۰۱۹) نشـــان دادند که ارضـــای نیازهای بنیادین روان‌شـــناختی در دانش‌آموزان باعث می‌شـــود ســـرمایه روان‌شـناختی افزایش یابد که به نوبه خود عملکرد تحصـیلی را بهبود می‌بخشـد. بنابراین، می‌توان چنین اسـتدلال کرد که وقتی نیازهای بنیادین روان‌شـناختی برآورده می‌شـوند فرد احســاس خودکارآمدی بیشـتری دارد (کلر[3] و همکاران، ۲۰۲۴)، امید بیشـتری نسـبت به آینده نشـــان می‌دهد (کارمونا هالتی، ۲۰۱۹، واندلر[4]، ۲۰۱۱)، تاب‌آوری در مواجهه با دشـواری‌ها ارتقا می‌یابد (لرا و ابوالکیباش[5]، ۲۰۲۲؛ وانسـتینکیسـته[6] و همکاران، ۲۰۲۰) و خوش‌بینی افزایش می‌یابد (کارمونا هالتی و همکاران، ۲۰۱۹؛ آوچی و گونگور[7]، ۲۰۲۳) که همگی اجزای ســـرمایه روان‌شـــناختی هســـتند. بنابراین، ارضـــای نیازها به عنوان منبع روان‌شناختی عمل می‌کند که سرمایه روان‌شناختی را تقویت می‌کنند.

نهایتا، این پژوهش نشـــان داد که نیازهای بنیادین روان‌شـــناختی از طریق نقش میانجی سرمایه روان‌شناختی ارتباط غیر مستقیم معناداری با گرایش به اعتیاد داشت. یافته‌های این

1. Taylor
2. Bandura
3. Keller
4. Wandeler
5. Lera & Abualkibash
6. Vansteenkiste
7. Avci & Güngör

پژوهش همســو با نتایج پژوهش‌های ســونگ و یان (۲۰۲۵)، کارمونا هالتی و همکاران (۲۰۱۹)، و حافظ و همکاران (۱۴۰۱) اســت. به عبارت دیگر، این یافته حاکی از آن اســت که ارضـای نیازهای بنیادین روان‌شـناختی نه تنها به طور مسـتقیم و به طور منفی با رفتارهای پرخطر و گرایش به مصـرف مواد مرتبط اسـت، بلکه با تقویت منابع روانی مثبت یا سـرمایه روان‌شـناختی ارتباطی منفی با گرایش به اعتیاد برقرار می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان از نظریه خود تعیین‌گری (رایان و دسی، ۲۰۰۰، ۲۰۱۷) که به دلایل انتخاب یا شروع مصرف مواد توســط افراد نیز می‌پردازند (کوپر و همکاران، ۲۰۱۶) اســتفاده کرد. بر اســاس این نظریه، زمانی که نیازهای بنیادین روان‌شــناختی افراد به خوبی برآورده می‌شــوند افراد انگیزش درونی قوی پیدا می‌کنند و تمایل دارند رفتارهای ســازنده و مثبت را دنبال کنند. این فرایند رشـد و خودتکاملی باعث می‌شـود که افراد کمتر به دنبال راهکارهای جایگزین بیرونی مانند مصــرف مواد برای جبران ناکامی‌های ناشــی از عدم ارضــاء این نیازهای روان‌شـناختی باشـند. از سـوی دیگر، با توجه به اینکه ارضـای نیازهای بنیادین روان‌شـناختی زمینه‌ی لازم برای رشـد مثبت، شـکوفایی، عملکرد روان‌شـناختی بهینه، انگیزش درونی و احسـاس سـلامت روانی فراهم می‌کند و سـرمایه روان‌شـناختی شـامل مؤلفه‌هایی اسـت که دقیقاً نشان‌دهنده‌ی منابع روانی مثبت هستند، ارضـای نیازهای بنیادین می‌تواند بستر مناسب را برای شـکل‌گیری سـرمایه روان‌شـناختی فراهم آورد. در نتیجه، سـرمایه روان‌شـناختی می‌تواند مکانیسـم واسـطه‌ای مهمی برای رابطه بین ارضـاء نیازهای بنیادین روان‌شـناختی با گرایش به اعتیاد باشـد چرا که ارضـای نیازهای بنیادین روان‌شـناختی زمینه و منبعی مهم در جهت شـکل‌گیری و تقویت سـرمایه روان‌شـناختی را فراهم می‌کند و این منابع روانی مثبت نیز به نوبه خود ظرفیت فرد را برای مقابله با فشـارها و اسـترس‌های زندگی افزایش می‌دهند و ریسـک گرایش به اعتیاد را کاهش می‌دهند. به بیان دیگر، سـرمایه روان‌شـناختی باعث می‌شـود که اثر کاهش‌دهنده نیازهای بنیادین بر گرایش به اعتیاد قوی‌تر و پایدارتر شـود، چرا که افراد دارای سـرمایه روان‌شـناختی بالاتر اسـترس کمتر، توانایی‌های شـناختی قوی‌تر مثل مدیریت هیجانات منفی (لیو[1] و همکاران، ۲۰۲۴)، حل مســئله (وانگ[2] و همکاران،

1. Liu
2. Wang

۲۰۲۳) و اســتفاده از راهبردهای مقابله‌ای ســالم (مورنو—مونترو [1] و همکاران، ۲۰۲۴) را دارند و کمتر به مصرف مواد روی می‌آورند.

به طور خلاصــه، یافته‌های این پژوهش نشــان می‌دهد که کاهش گرایش به اعتیاد در نوجوانان تنها با ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی حاصل نمی‌شود، بلکه تقویت سرمایه روان‌شــناختی نیز ضــروری اســت. ســرمایه روان‌شــناختی با تقویت منابع روانی مثبت و توانایی‌های مقابله‌ای نوجوانان اثر محافظتی ارضای نیازهای روان‌شناختی در برابر رفتارهای اعتیادگونه را افزایش می‌دهد و زمینه‌ســاز کاهش پایدار گرایش به مصــرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر می‌شــود. تقویت ارضــای نیازهای بنیادین روان‌شــناختی همراه با افزایش سرمایه روان‌شناختی یک راهکار مؤثر در پیشگیری از گرایش به اعتیاد در نوجوانان است.

این پژوهش نیز همانند همه پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه اســت. نخســتین محـدودیت بکارگیری پرسش‌نامه به شکل خود گزارش‌دهی جهت جمع‌آوری داده‌ها بود که یکی از اشــکالات بزرگ این روش کنترل تاثیر مطلوبیت اجتماعی نهفته یا تمایل آزمودنی‌هــا بــه انتخاب گزینــه‌ای است که آنان را در وضعیت مطلوبی نشان دهد که این مســاله احتمالا بر روی دقت و صــحت نتایج اثر می‌گذارد. محدودیت دیگر این پژوهش طراحی مقطعی این مطالعه بود که انجام استنباط‌های علت و معلولی از روابط توصیف شده را غیر ممکن می‌ســازد. محدودیت دیگر این اســت که نمونه مورد مطالعه را فقط دانش‌آموزان دبیرستانی پسر تشکیل دادند که این مسئله می‌تواند بر دقت و تعمیم‌پذیری نتایج اثر گذار باشد. بنابراین، برای پرداختن به این محدودیت‌ها لازم است که پژوهشگران در تحقیقات طولی آینده پژوهش حاضــر را با تنوع بیشــتری تکرار کنند به صــورتی که نمونه‌ها شامل افراد غیر دانش‌آموز باشد و همچنین این نمونه‌ها می‌تواند از نظر جغرافیایی، فرهنگی، نژادی و جنسیتی نیز متفاوت باشند.

1. Moreno-Montero

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر اصول ملاحظات اخلاقی پژوهش از جمله رازداری، محرمانه ماندن و حریم خصوصی افراد رعایت شد و شرکت در پژوهش هیچ‌گونه آسیبی برای شرکت‌کنندگان نداشت.

منابع

آقاجانی، سیف‌الله؛ سلمانی، علی و شارعی، آیسان (۱۴۰۴). مدل‌یابی نقش میانجی باورهای خودکارآمدی در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی با تاب‌آوری در نوجوانان دارای گرایش به اعتیاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۹*(۷۶)، ۳۶-۷. https://doi.org/10.22034/ETI.19.76.7

آقاجانی، سیف‌الله؛ نوری لاسکی، شایان؛ خادمی، رقیه و زارعی نوروزی، محمد (۱۴۰۳). تدوین الگوی روابط ساختاری آمادگی به اعتیاد نوجوانان بر اساس نشخوار فکری و نقش واسطه‌ای آشفتگی‌های روان‌شناختی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۸*(۷۴)، ۸۴-۶۱. https://doi.org/10.22034/ETI.18.74.61

بشارت، محمدعلی (۱۳۹۲). مقیاس ارضای نیازهای بنیادین روان‌شناختی: پایایی، روایی و تحلیلی عاملی. *فصلنامه اندازه گیری تربیتی*، ۴(۱۴)، ۱۶۸-۱۴۷.

پیرمرادی، فرزانه؛ احمدیان، حمزه؛ کرمی، جهانگیر و یاراحمدی، یحیی (۱۳۹۷). تدوین و آزمون مدل ارتباطی نیازهای اساسی روانی بر معنای زندگی با میانجی‌گری سرمایه روان‌شناختی و ارزش‌های انسانی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۲۱(۱)، ۵۲-۴۳. https://doi.org/10.22038/jfmh.2018.12368

تمیزی، نوشین؛ ضرغام حاجبی، مجید ومیرزاحسینی، حسن (۱۴۰۰). ارائه مدلی برای پیش‌بینی طلاق عاطفی بر اساس مولفه‌های سبک دلبستگی و عملکرد جنسی در زنان با نقش میانجی‌گری هوش هیجانی. *فصلنامه خانواده درمانی کاربردی*، *۲(۷)*، *۷۲-۵۱*. https://doi.org/10.61838/kman.aftj.2.3.3

تیمورزاده، حسن؛ محمدی‌پور، محمد و بخشی‌پور، ابوالفضل (۱۴۰۰). مدل‌یابی روابط ساختاری اعتیاد به اینترنت براساس سرمایه روان‌شناختی با نقش واسطه‌ای درگیری تحصیلی. *مجله علوم روان-شناختی*، ۲۰(۱۰۲)، ۹۷۷-۹۶۷.

حافظ، علی اصغر؛ رشیدی‌پور، فاطمه و یونسیان، مازیار (۱۴۰۱). رابطه نیازهای اساسی روان‌شناختی با افسردگی، اضطراب و استرس با توجه به نقش واسطه‌ای سرمایه روان‌شناختی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۷(۶۵)، ۷۳-۶۳. https://doi.org/10.22034/jmpr.2022.15081

زرگر، یدالله (۱۳۸۵). *ساخت مقیاس ایرانی آمادگی اعتیاد*. دومین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران، تهران.

شالچی، بهزاد؛ تنگستانی‌زاده، فریده؛ پرنیان‌خوی، مریم و یاقوتی آذری، شهرام (۱۳۹۶). رابطه هوش هیجانی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و آسیب‌پذیری نسبت به اعتیاد با نقش واسطه‌ای نیازهای بنیادین روان‌شناختی در دانشجویان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۱* (۴۲)، ۹۲-۷۱.

عشایری، طاها؛ سعادتی، موسی و جهان‌پرور، طاهره (۱۴۰۳). مطالعه دلایل و عوامل موثر بر شیوع مصرف مواد مخدر (مورد مطالعه: سطح کشوری). *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، *۱۵* (۱)، ۲۱۴-۱۹۵. https://doi.org/10.22059/ijsp.2024.360390.671135

محسن‌آبادی، حمید؛ فتحی آشتیانی، علی و احمدی‌زاده، محمد جواد (۱۴۰۱). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی-۲۴ (PCQ–24) در یک واحد نظامی. *طب نظامی*، *۲۳* (۹)، ۷۴۹-۷۳۸. https://doi.org/10.30491 /JMM.23.9.738

References

Avci, M., & Güngör, A. (2023). Examining the Relationships between Basic Psychological Needs and Wellness in College Students: The Mediating Role of Stress Coping Styles. *International Journal of Psychology and Educational Studies*, *10*(1), 113-126. https://dx.doi.org/10.52380/ijpes.2023.10.1.891

Bandura, A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse: An agentic perspective. *Psychological Science*, *10*(3), 214-217. https://doi.org/10.1111/1467-9280.00138

Bennett, T. H., & Holloway, K. R. (2015). Drug use among college and university students: Findings from a national survey. *Journal of Substance Use*, *20*(1), 50-55. https://doi.org/10.3109/14659891.2013.878762

Carmona-Halty, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., & Salanova, M. (2019). Satisfaction of basic psychological needs leads to better academic performance via increased psychological capital: A three-wave longitudinal study among high school students. *Frontiers in Psychology*, *10*, 2113. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02113

Chan, G. H., Lo, T. W., Tam, C. H., & Lee, G. K. (2019). Intrinsic motivation and psychological connectedness to drug abuse and rehabilitation: The perspective of self-determination. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(11), 1934. https://dx.doi.org/10.3390/ijerph16111934

Cooper, M. L., Kuntsche, E., Levitt, A., Barber, L. L., & Wolf, S. (2016). *Motivational models of substance use: A review of theory and research on motives for using alcohol, marijuana, and tobacco*. In K. J. Sher (Ed.), Te Oxford handbook of substance use and substance use disorders, Vol. 1. (pp. 375–421). Oxford University Press.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 49*(3), 182–185. https://doi.org/10.1037/a0012801

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2011). Levels of analysis, regnant causes of behavior and well-being: The role of psychological needs. *Psychological Inquiry*, *22*(1), 17-22. https://doi.org/10.1080/1047840X.2011.545978

Edane, E., Duchesne, S., & Boisclair-Châteauvert, G. (2024). Problematic school functioning and substance use among Gabonese students: Moderating effect of basic psychological needs frustration. *International Journal of School & Educational Psychology*, *12*(4), 173-185. https://doi.org/10.1080/21683603.2024.2438400

Gagné, M. (2003). The role of autonomy support and autonomy orientation in prosocial behavior engagement. *Motivation and Emotion*, *27*(3), 199-223. https://doi.org/10.1023/A:1025007614869

Garofoli, M. (2020). Adolescent substance abuse. *Primary Care: Clinics in Office Practice,* *47*(2), 383–394. https://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2020.02.013

Gordon, M. S., Russell, B. S., & Finan, L. J. (2020). The influence of parental support and community belonging on socioeconomic status and adolescent substance use over time. *Substance Use & Misuse*, *55*(1), 23-36. https://dx.doi.org/10.1080/10826084.2019.1654513

Gugliandolo, M. C., Costa, S., Kuss, D. J., Cuzzocrea, F., & Verrastro, V. (2020). Technological addiction in adolescents: The interplay between parenting and psychological basic needs. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *18*(5), 1389-1402. https://doi.org/10.1007/s11469-019-00156-4

Heilig, M., Epstein, D. H., Nader, M. A., & Shaham, Y. (2016). Time to connect: bringing social context into addiction neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, *17*(9), 592-599. https://dx.doi.org/10.1038/nrn.2016.67

Inguglia, C., Costa, S., Ingoglia, S., & Liga, F. (2019). Associations between peer pressure and adolescents' binge behaviors: The role of basic needs and coping. *Journal of Genetic Psychology*,*180*(2–3), 144–155. https://doi.org/10.1080/00221325.2019.1621259

Jia, X., Zhu, H., Sun, G., Meng, H., & Zhao, Y. (2021). Socioeconomic status and risk-taking behavior among Chinese adolescents: the mediating role of psychological capital and self-control. *Frontiers in Psychology*, *12*, 760968. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.760968

Johnston, M. M., & Finney, S. J. (2010). Measuring basic needs satisfaction: Evaluating previous research and conducting new psychometric evaluations of the Basic Needs Satisfaction in General Scale. *Contemporary Educational Psychology*, *35*(4), 280-296. https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2010.04.003

Keller, M. V., Rinas, R., Janke, S., Dickhäuser, O., Dresel, M., & Daumiller, M. (2024). Intertwining self-efficacy, basic psychological need satisfaction, and emotions in higher education teaching: A micro-longitudinal study. *Social Psychology of Education*, *27*, 3119-3152. https://doi.org/10.1007/s11218-024-09888-1

Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.

Krasikova, D. V., Lester, P. B., & Harms, P. D. (2015). Effects of psychological capital on mental health and substance abuse. *Journal of Leadership &*

Organizational Studies, *22*(3), 280-291. https://doi.org/10.1177/1548051815585853

Lera, M. J., & Abualkibash, S. (2022). Basic psychological needs satisfaction: A way to enhance resilience in traumatic situations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(11), 6649. https://doi.org/10.3390/ijerph19116649

Liu, Z., Bao, T., Yang, Z., Ruan, Y., Gao, C., & Wu, J. (2024). Longitudinal relationship between psychological capital and anxiety in college students: the mediating effect of emotion reregulation strategy and moderating effect of parent-child relationship. *Psychology Research and Behavior Management*, *17*, 2641-2652. https://doi.org/10.2147/PRBM.S462202

Luthans, F., & Youssef, C. M. (2007). Emerging positive organizational behavior. *Journal of Management*, *33*(3), 321-349. https://doi.org/10.1177/0149206307300814

Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, *60*(3), 541-572. https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x

Luthans, F., Youssef, C. M., & Avolio, B. J. (2007). *Psychological capital: Developing the human competitive edge*. Oxford University Press.

Luthans, F., Youssef, C. M., Sweetman, D. S., & Harms, P. D. (2013). Meeting the leadership challenge of employee well-being through relationship PsyCap and health PsyCap. *Journal of Leadership & OrganizationalStudies*, *20*(1), 118-133. https://doi.org/10.1177/1548051812465893

Maggs, J. L., Calhoun, B. H., & Allen, H. K. (2023). Substance use across adolescence and early adulthood: Prevalence, causes, developmental roots, and consequences. In L. J. Crockett, G. Carlo, & J. E. Schulenberg (Eds.), *APA handbook of adolescent and young adult development* (pp. 541–556). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000298-033

Manrique-Millones, D. L., Pineda-Marin, C. P., Millones-Rivalles, R. B., & Dimitrova, R. (2021). *The 7Cs of positive youth development in Colombia and Peru: A promising model for reduction of risky behaviors among youth and emerging adults.* In R. Dimitrova & N. Wiium (Eds.), Handbook of positive youth development: Advancing research, policy, and practice in global contexts (pp. 35–48). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-030-70262-5-3

Meredith, L. S., Ewing, B. A., Stein, B. D., Shadel, W. G., Brooks Holliday, S., Parast, L., & D'Amico, E. J. (2018). Influence of mental health and alcohol or other drug use risk on adolescent reported care received in primary care settings. *BMC Family Practice*, *19*, 10. https://dx.doi.org/10.1186/s12875-017-0689-y

Mills, D. J., Li Anthony, W., & Nower, L. (2021). General motivations, basic psychological needs, and problem gambling: applying the framework of Self-Determination Theory. *Addiction Research & Theory*, *29*(2), 175-182. https://doi.org/10.1080/16066359.2020.1787389

Moreno-Montero, E., Ferradás, M. D. M., & Freire, C. (2024). Personal resources for psychological well-being in university students: the roles of psychological capital and coping strategies. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, *14*(10), 2686-2701. https://dx.doi.org/10.3390/ejihpe14100177

Niemiec, C. P., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2010). *Self-determination theory and the relation of autonomy to self-regulatory processes and personality development.* In R. H. Hoyle (Ed.), Handbook of personality and self-regulation (pp. 169–191). Wiley Blackwell. https://doi.org/10.1002/9781444318111.ch8

Richards, D. K., Greń, J. D., Pearson, M. R., Addictions Research Team, & Protective Strategies Study Team. (2023). Profiles of alcohol and cannabis protective behavioral strategies use across two large, multi-site college student samples of concurrent alcohol and cannabis users. *Addictive Behaviors*, *146*, 107789. https://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107789

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, *55*(1), 68–78. https://dx.doi.org/10.1037110003-066X.55.1.68

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness.* The Guilford Press. https://doi.org/10.1521/978.14625/28806

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2021). Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. *Rajagiri Management Journal*, *15*(1), 88-90.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2024). Self-determination theory. In *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (pp. 6229-6235). Cham: Springer International Publishing.

Ryan, R. M., Reeve, J., Kaplan, H., Matos, L., & Cheon, S. H. (2023). *Education as flourishing: Self-determination theory in schools as they are and as they might be*. In R. M. Ryan (Ed.), The Oxford handbook of self-determination theory (pp. 591–618). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197600047.013.60

Song, S., & Yan, B. (2025). The Relationship Between Basic Psychological Needs Satisfaction and Personal Growth Initiative Among Female College Students in Western China: A Chain Mediation Effect. *Frontiers in Psychology*, *16*, 1689035. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1689035

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson.

Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, *55*(1), 99.-109. https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.99

Tesfai, A. H. (2016). *Alcohol and Substance Abuse Among Students at University of KwaZulu-Natal, South Africa: The Protective Role of Psychological Capital and Health Promoting Lifestyle* (Doctoral dissertation, University of KwaZulu-Natal, Durban).

Valizadeh-Ardalan, P., Yazdanpanah, H., Servatyari, K., Mardani, N., & Parkalian, M. (2019). The frequency of substance abuse tendency and its

related factors among high school students in Divandarreh City, Iran, in year 2018. *Chronic Diseases Journal*, 7(4), 233-239. https://dx.doi.org/10.22122/cdj.v7i4.463

Vansteenkiste, M., Ryan, R. M., & Soenens, B. (2020). Basic psychological need theory: Advancements, critical themes, and future directions. *Motivation and Emotion*, *44*, 1-31. https://doi.org/10.1007/s11031-019-09818-1

Volkow, N. D., & Boyle, M. (2018). Neuroscience of addiction: relevance to prevention and treatment. *American Journal of Psychiatry*, *175*(8), 729-740. https://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17101174

Wandeler, C. A. (2011). *The development of hope at the workplace* (Doctoral dissertation, University of Zurich).

Wang, H., Ng, T. K., & Siu, O. L. (2023). How does psychological capital lead to better well-being for students? The roles of family support and problem-focused coping. *Current Psychology*, *42*(26), 22392-22403. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03339-w

Weed, N. C., Butcher, J. N., McKenna, T., & Ben-Porath, Y. S. (1992). New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: The APS and AAS. *Journal of Personality Assessment*, *58*(2),389-404. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5802_15

Zeng, X., & Tan, C. (2021). The relationship between the family functioning of individuals with drug addiction and relapse tendency: a moderated mediation model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(2), 625. https://dx.doi.org/10.3390/ijerph18020625

Zeng, X., & Wei, B. (2023). The relationship between the psychological capital of male individuals with drug abuse and relapse tendency: A moderated mediation model. *Current Psychology*, *42*(12),10334-10343. https://dx.doi.org/10.1007/s12144-021-02325-y

Zhao, H., Li, X., Zhou, J., Nie, Q., & Zhou, J. (2020). The relationship between bullying victimization and online game addiction among Chinese early adolescents: The potential role of meaning in life and gender differences. *Children and Youth Services Review*, *116*, 105261. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105261

Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 20, No. 80, P 33-74, Summer 2026

Research Article

Psychometric Properties of the Persian Version of the Tolerance for Mental Pain Scale in Substance-Using and Recovered Individuals

Mohammad Javad Bagian Koulemarzi[1]

Received: 2026/01/23 Accepted: 2026/08/27

Abstract

Objective: Objective: This study aimed to investigate the psychometric properties and cultural adaptation of the Persian version of the tolerance for mental pain scale (TMPS) among individuals with opioid use disorder and those in sustained recovery. **Method:** The present study was a psychometric investigation. The statistical population comprised all opioid-using individuals and those in sustained recovery from opioids in Lorestan Province in 2025. In the first study, exploratory factor analysis (EFA) was performed on 400 individuals (200 current users and 200 in sustained recovery) selected via purposive sampling. Additionally, in the second study, confirmatory factor analysis (CFA) was conducted on 600 individuals (300 opioid users and 300 in sustained recovery) recruited using purposive sampling. Participants completed the TMPS, the hopelessness scale, the hospital anxiety and apression scale, the stages of change readiness and treatment eagerness scale, and the mental pain scale. Data were analyzed using EFA and CFA. **Results:** The results of the EFA confirmed a two-factor structure, consisting of pain management and pain tolerance, for the TMPS in both groups. Good internal consistency was obtained for the total scale in both the recovered group ($\alpha = 0.92$, $\omega = 0.91$) and the substance-using group ($\alpha = 0.87$, $\omega = 0.85$). CFA demonstrated an adequate fit for a second-order two-factor model. Concurrent validity was established through significant negative correlations between the TMPS and depression, anxiety, hopelessness, and subjective pain. Furthermore, discriminant validity indicated that the scale was capable of explaining 94% of the variance in the difference between the two groups. **Conclusion:** The findings support the use of the TMPS for research and clinical purposes within the Iranian population.

Keywords: Mental pain tolerance, Reliability, Substance use, Validity

1. Corresponding Author: Assistant Professor of Psychology, Faculty of Humanities, Sayyed Jamaleddin Asadabadi University, Asadabad, Hamedan, Iran. E-mail: MJ.Bagian@sjau.ac.ir

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال بیستم، شماره هشتاد، ص۷۴-۳۳، تابستان ۱۴۰۵

مقاله پژوهشی

ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس تحمل درد ذهنی در افراد مصرف‌کننده مواد و بهبودیافته

محمدجواد بگیان کوله مرزی[۱]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۵

چکیده

هدف: این مطالعه با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی و انطباق فرهنگی نسخه فارسی مقیاس تحمل درد ذهنی در میان افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد افیونی و افراد در بهبودی پایدار انجام شد. **روش:** مطالعه حاضر یک مطالعه روان‌سنجی بود. جامعه آماری شامل همه افراد مصرف‌کننده و در بهبودی پایدار از مواد افیونی استان لرستان در سال ۱۴۰۴ بود. در مطالعه اول، تحلیل عاملی اکتشافی بر روی ۴۰۰ نفر (۲۰۰ مصرف‌کننده و ۲۰۰ نفر با بهبودی پایدار) انتخاب شده به روش نمونه‌گیری هدفمند انجام شد. به علاوه، در مطالعه دوم، تحلیل عاملی تأییدی بر روی ۶۰۰ نفر (۳۰۰ مصرف‌کننده مواد افیونی و ۳۰۰ با بهبودی پایدار از آن) انتخاب شده به روش نمونه‌گیری اجرا گردید. شرکت‌کنندگان مقیاس تحمل درد ذهنی، ناامیدی، مقیاس افسردگی و اضطراب بیمارستانی، مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و انگیزش درمان و مقیاس درد ذهنی را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل عاملی اکتشافی ساختار دو عاملی مدیریت درد و تحمل درد را برای مقیاس تحمل درد ذهنی در هر دو گروه تأیید کرد. همسانی درونی خوبی برای کل مقیاس در هر دو گروه بهبودیافته از مواد (ω=۰/۹۱، α=۰/۹۲) و مصرف‌کننده مواد (ω=۰/۸۵، α=۰/۸۷) به دست آمد. تحلیل عاملی تأییدی برازش مناسب مدل دو عاملی مرتبه دوم را نشان داد. روایی همزمان با همبستگی منفی و معنادار مقیاس تحمل درد ذهنی با افسردگی، اضطراب، ناامیدی و درد ذهنی تأیید شد. همچنین، روایی افتراقی نشان داد که مقیاس تحمل درد ذهنی قادر به تبیین ۰/۹۴ از واریانس تفاوت بین دو گروه بود. **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها استفاده از پرسش‌نامه تحمل درد ذهنی را برای اهداف پژوهشی و بالینی در جامعه ایرانی پیشنهاد می‌کند.

کلیدواژه‌ها: مصرف مواد، تحمل درد ذهنی، روایی، پایایی

۱. نویسنده مسئول: استادیار روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه سید جمال الدین اسدآبادی، اسدآباد، همدان، ایران.
ایمیل: MJ.Bagian@sjau.ac.ir

مقدمه

مصـــرف مواد و وابســـتگی به آن یک نگرانی عمده بهداشـــت عمومی اســـت که بر طبق مطالعات همه‌گیرشناسی و بر اساس آمارهای رسمی بیش از ۴ میلیون و ۴۰۰ هزار نفر در کشور ایران به شکل مستمر یا غیر مستمر مواد مخدر مصرف می‌کنند. از سوی دیگر، نرخ شیوع اعتیاد در جمعیت فعال کشور ۵ درصد است (غلامی و گرامی، ۱۴۰۳). اختلالات مصـــرف مواد به عنوان مصـــرف مداوم و اجباری داروها و مواد روان‌گردان علی‌رغم پیامدهای مضـــر اجتماعی، شـــغلی، حقوقی و یا پزشـــکی تعریف می‌شـــوند (انجمن روان‌پزشـــکی آمریکا[1]، ۲۰۲۲). این اختلالات به طور معمول یک روند تدریجی و پیوستاری دارند که از مصرف شروع می‌شود و به‌تدریج به وابستگی می‌انجامد و به طور چشمگیری باعث افت عملکرد در حوزه‌های بین فردی، اجتماعی، شغلی، تحصیلی و سایر حوزه‌های مهم کارکردی فرد می‌شوند (راسل[2] و همکاران، ۲۰۲۰). آمارهای اخیر سازمان بهداشت جهانی شیوع بالای مصرف داروها و مواد روان‌گردان را برجسته کرده است (گلانتز[3] و همکاران، ۲۰۲۰). طبق گزارش دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرایم ایالات متحده آمریکا، موادی مانند الکل، حشیش، ماری‌جوانا، نارکوتیک‌ها و محرک‌ها به طور معمول بیشترین مصرف را دارند (آدامز[4] و همکاران، ۲۰۲۵). ایران نیز به دلیل دارا بودن نرخ بالای جمعیت جوان و نوجوان ازجمله کشورهایی است که درگیر مسائل مرتبط با مصرف مواد است (زمستانی و پرنیانی، ۱۴۰۳؛ تقوائی‌نیا و توکل کوخدان، ۱۴۰۴).

تحقیقات نشان می‌دهد که شروع مصرف مواد اغلب در دوران نوجوانی اتفاق می‌افتد، به طوری که طبق مطالعه گرین[5] و همکاران (۲۰۲۴) در سن ۱۲ سالگی ۱۴/۴ درصد از نوجوانان شروع مصرف مواد را گزارش کردند. از آنجایی که در خصوص عوامل خطر بازگشت و عود مجدد مصرف مواد مطالعات زیادی انجام شده، در خصوص عوامل محافظت‌کننده نیز مطالعاتی انجام شده است. به هر حال، آن چیزی که در این مطالعات

1. American psychiatric association
2. Ressel
3. Glantz
4. Adams
5. Green

مورد غفلت واقع شده است توجه به تداوم برنامه‌های درمانی و پیشگیری از عود مجدد از سوی افراد مصرف‌کننده است. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که هنگامی که بیماران برای مدت متوسط ۹۰ روز یا بیشتر در درمان باقی بمانند برنامه‌های درمانی بیشترین اثربخشی را دارند (میه[1] و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع، تکمیل برنامه‌های درمانی با بهبود سلامتی، تعداد کمتر بستری مجدد، فعالیت‌های جنایی کمتر و نرخ مرگ و میر پایین‌تر مرتبط است (دیکر[2] و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین، با توجه به اینکه بهبودی از مواد نیازمند یک ساختار چندبُعدی جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی است و علائم ترک و تحمل ناشی از پرهیز از مواد بلافاصله نمود پیدا می‌کند و خط اول درمان بر روی نشانگان جسمانی متمرکز است که در نهایت در طول یک ماه به بهبودی نسبی می‌رسد، توجه به وابستگی روانی از جمله ماهیت هیجانی، شناختی و رفتاری درگیر در آن امکان گرایش مجدد به مواد را تشدید می‌کنند (کوله مرزی و همکاران، ۲۰۲۳).

برای درک بهتر نشانگان روان‌شناختی تمرکز بر رواسازی ابزارهای مرتبط با حوزه وابستگی روانی در مصرف‌کنندگان و انجام مطالعات علت و معلولی در جمعیت‌های مختلف مصرف‌کننده مواد از جمله افراد تحت درمان‌های سرپایی، بستری و بهبودیافته از مواد جهت درک توانایی تحمل درد ذهنی[3] (تحمل درد روان‌شناختی) در زمان ترک و بهبودی ناشی از مواد می‌تواند نقش عوامل محافظتی و تناسب‌سازی برنامه‌های آموزشی و مداخلات پیشگیرانه را در این جمعیت‌ها دوچندان کند. به همین خاطر، رواسازی ابزارهای مرتبط در افراد بهبودیافته از مواد جهت درک سازه مورد نظر در این گروه و ارتباط آن با سایر علائم روان‌شناختی یک ضرورت بالینی محسوب می‌شود. در مجموع، نرخ پایین نگهداری (مدت اقامت ناکافی) و عدم تکمیل (ترک) چالش‌های کلینیکی عمده‌ای را برای درمان موفق مواد مخدر ایجاد می‌کند. در این میان، از بین افرادی که برای درمان اختلالات مصرف مواد به یک برنامه وارد می‌شوند ۱۷ تا ۶۷ درصد بسته به نوع ماده مصرفی و اینکه آیا درمان به‌صورت بستری یا سرپایی ارائه می‌شود درمان را کامل می‌کنند

1. Mee
2. Decker
3. mental pain tolerance

(برورسون[1] و همکاران، ۲۰۱۳؛ می و همکاران، ۲۰۱۹). تلاش‌ها برای شناسایی عواملی که پیش‌بینی‌کننده عدم تکمیل درمان نشـان داده اسـت که صـرف دسـترسـی به اطلاعات جمعیت‌شـناختی به طور نسـبی ملاک ضـعیفی برای پیش‌بینی تداوم درمان هسـتند، درحالی‌که طول مدت اقامت، نوع مداخله دریافتی، ارائه جلسات ترمیمی در زمان بهبودی و توان تحمل درد ناشی از ترک مواد در جهت خودکنترلی و مدیریت عقاید وسوسه‌انگیز نیز می‌تواند تأثیر مثبتی بر نتایج درمان داشته باشند (برورسون و همکاران، ۲۰۱۳).

درد روان‌شـناختی (درد ذهنی) به عنوان یک سـازه روان‌سـنجی بالینی مهم ظهور کرده است (می و همکاران، ۲۰۱۹) و تلاش‌ها برای اندازه‌گیری و توصیف درد روان‌شناختی با تحقیقات اولیه درباره تأثیر آن بر خودکشـی و به‌تازگی در جمعیت‌هایی که از افسـردگی شـدید رنج می‌برند آغاز شـد (می و همکاران، ۲۰۱۱؛ ریسـت[2] و همکاران، ۲۰۱۷). درد روان‌شناختی/ذهنی توسط محققان به عنوان احساس مبتنی بر عواطف به شدت ناخوشایند و واکنشی به محرک‌های روانی آسیب‌رسان مشابه با درد جسمی که ممکن است در یک پیوسـتار از خفیف تا شـدید عمل کند توصـیف شـده اسـت (می و همکاران، ۲۰۱۹). گروه‌های دیگری درد روان‌شناختی را به عنوان صدمه، غم و اندوه، پریشانی، درد مداوم و درد روانی یا ذهنی در روان تعریف کرده‌اند. در واقع، این درد یک احسـاس ماندگار، ناخوشایند و ناپایدار است که با درک ناتوانی یا نقص در خود مشخص می‌شود (گونجرو[3] و همکاران، ۲۰۱۸؛ میرویک و وایس[4]، ۲۰۱۴). محققان به طور مختلف از این نوع درد به عنوان درد ذهنی، درد هیجانی، درد اجتماعی یا روان درد یاد کرده‌اند (بگیان کوله‌مرز و همکاران، ۱۳۹۷؛ رجبی و همکاران، ۲۰۲۳). مدل‌های سـاختاری دو دسـته گسـترده از چارچوب‌های مفهومی را نشـان داده‌انـد: ۱) یک واکنش منفی درونی و عمومی به کمبودها، خلاءها و نقص‌های واقعی ادراک شـده در خود و ۲) یک واکنش تنبیهی از احساس‌های منفی نسبت به تنش‌ها و استرس‌های درونی و بیرونی که بیشتر مشابه درد فیزیکی اسـت (می و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین، وضـعیت مبهم و ناهمگن درک سـازه و

1. Brorson
2. Reist
3. Conejero
4. Meerwijk & Weiss

فقدان تعریفی منسجم از آن سازه‌ای را نشان می‌دهد که درحال توسعه است و برای تدوین یک تعریف یکپارچه از آن و بررسی رابطه آن با سازه‌های دیگر در نظریه‌های گسترده‌تر از جمله پاسخگویی عاطفی منفی مانند عاطفه منفی و آسیب‌شناسی روانی درونی‌سازی شده نیاز به تحقیقات بیشتری است. بنابراین، توجه به مفهوم محدودتر از درد ذهنی به عنوان یک سیگنال آزاردهنده مشابه درد فیزیکی و به طور مشابه مولد تجربیات عاطفی شدیدا منفی امکان بررسی رابطه آن با خودکشی و به احتمال زیاد اختلالات مصرف مواد را به عنوان وسیله‌ای برای فرار، تعدیل یا کنترل درد روانی فراهم می‌کند (کوله‌مرزی و همکاران، ۲۰۲۳). داده‌های بیشتری برای تکمیل این سازه و روشن‌کردن رابطه آن با مفاهیم مرتبط با آسیب‌شناسی روانی و اعتیاد مورد نیاز است. این در حالی است که در ۳۰ سال گذشته تحقیقات در مورد درد ذهنی بر شدت درد و بسیار کمتر بر تحمل درد روانی متمرکز بوده است. تحمل درد ذهنی به توانایی تحمل درد روان‌شناختی اشاره دارد و در بسیاری از نظریه‌های خودکشی نقش اساسی دارد (باومیستر[1]، ۱۹۹۰؛ لینارس[2]، ۱۹۹۶؛ مالتزبرگ[3]، ۲۰۰۴؛ اشنایدمن[4]، ۱۹۹۳). از دیدگاه بالینی ارزیابی اینکه آیا مراجعین می‌توانند درد را تحمل کنند یا خیر شاید حتی از ارزیابی شدت درد ذهنی آنها نیز مهم‌تر باشد. برای تسهیل ارزیابی تحمل درد ذهنی مقیاس تحمل درد ذهنی ۲۰ گویه‌ای[5] (اورباخ[6] و همکاران، ۲۰۰۴) تهیه شد و بر طبق بررسی‌های انجام شده تنها پرسش‌نامه موجود برای ارزیابی تحمل درد روانی است.

ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تحمل درد ذهنی در کشورهای مختلف بررسی شده است. برای مثال اورباخ و همکاران (۲۰۰۴) سه جنبه از تحمل درد ذهنی را درد مفرط[7]، باور به توانایی مقابله با درد[8] و مهار درد[9] نام‌گذاری کردند. آن‌ها مقیاس تحمل درد ذهنی را توسعه دادند و روایی آن را بر روی نوجوانان و جوانان از جمله دانش‌آموزان دبیرستانی

1. Baumeister
2. Leenaars
3. Maltsberger
4. Shneidman
5. tolerance for mental pain scale-20 items (TMPS-20)
6. Orbach
7. extreme pain
8. belief in the ability to cope with the pain
9. containing the pain

و بیماران روانی بستری بررسی کردند. میرویک و همکاران (۲۰۱۹) با بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تحمل درد ذهنی در بزرگسالان ایالات متحده نشان دادند که تحلیل عاملی تأییدی برازش خوبی برای مدل سه عاملی پیشنهاد شده توسط اورباخ و همکاران (۲۰۰۴) که متشکل از درد مفرط، باور به توانایی مقابله با درد و مهار درد بود را نشان نداد. به هر حال، تحلیل عاملی اکتشافی برازش خوبی را برای یک راه‌حل دو عاملی متشکل از مدیریت درد و تحمل درد نشان داد، ضمن اینکه امکان کاهش مقیاس به ده گویه با عنوان پرسش‌نامه تحمل درد ذهنی فراهم ساخت.

مقیاس تحمل درد ذهنی برای اندازه‌گیری سه جنبه از تحمل درد ذهنی توسعه داده شد که منعکس‌کننده دیدگاه‌های نظری موجود در ادبیات این حوزه بودند. اول، می‌توان تحمل درد را به شیوه‌ای پیشگیرانه درک کرد که در توانایی فرد برای کنار آمدن با درد، انجام تلاش‌های فعال برای کاهش درد و جلوگیری از ایجاد اختلال در فعالیت‌های روزانه در نظر گرفت. دوم، می‌توان تحمل درد را به عنوان پذیرش منفعلانه درد همراه با باورهای خوش‌بینانه در مورد گذرا بودن درد درک کرد و سوم، می‌توان تحمل درد را به عنوان نوعی مهار درد درک کرد که می‌تواند به فرد کمک کند تا با درد زندگی کند بدون اینکه به طور فعال برای تغییر آن تلاشی انجام دهد (میرویک و همکاران، ۲۰۱۹). بکر[1] و همکاران (۲۰۱۹) بررسی‌های اولیه‌ای از ساختار عاملی مقیاس تحمل درد ذهنی را در نمونه‌ای از نوجوانان ارائه دادند. ضریب آلفای کرونباخ برای این سه عامل از ۰/۷۲ تا ۰/۸۴ متغیر بود. از آنجایی که مقادیر همسانی درونی زیر ۰/۷۰ برای تحقیق غیرقابل‌قبول تلقی می‌شوند (سیچتی[2]، ۱۹۹۴؛ نانلی و برنستاین[3]، ۱۹۹۴)، حد پایین ۰/۷۲ تا حدودی نگران‌کننده بود. به غیر از بکر و همکاران (۲۰۱۹)، تنها تعداد انگشت شماری از مطالعات نتایج به‌دست آمده مقیاس تحمل درد ذهنی را گزارش کرده‌اند. همسانی درونی عوامل باور به توانایی مقابله با درد و مهار درد تنها کمی بالاتر از آستانه پایایی قابل‌قبول بود (آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۲) بود (سومانی[4] و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین،

1. Becker
2. Cicchetti
3. Nunnally & Bernstein
4. Soumani

رابطه بین تحمل درد روان‌شناختی و شدت درد ذهنی ارزیابی شده به وسیله مقیاس درد ذهنی[1] اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) متوسط بود (r=-۰/۴۲). همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۱ برای عامل مهار درد بدست آمد. همچنین، همبستگی معکوس و قوی بین درد مفرط و شدت درد روانی (r=-۰/۸۵، p ≤ ۰/۰۰۱) بدست آمد (هلدن[2] و همکاران، ۲۰۰۱).

در ادامه میرویک و وایس (۲۰۱۹) این مقیاس را در بزرگسالان آمریکایی رواسازی کردند که از بین ۲۰ گویه این پرسش‌نامه ۱۰ گویه‌ای که دارای بار عاملی بیشتر از ۰/۴۰ بودند و به دلیل همپوشانی بالای سؤالات در پرسش‌نامه ۱۰ گویه‌ای کنار گذاشته شد تا همسانی درونی آزمون افزایش یابد. در نهایت، پرسش‌نامه خودگزارشی ۱۰ گویه‌ای با دو عامل مدیریت درد و تحمل درد در یک طیف ۵ درجه‌ای (از اصلاً درست نیست= ۱ تا کاملاً درست است= ۵) نهایی شد. پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ برای مدیریت درد ۰/۹۰، تحمل درد ۰/۸۴ و برای کل مقیاس ۰/۹۱ بدست آمد. روایی همزمان مدیریت درد با شدت درد ذهنی (r=۰/۸۱، p≤۰/۰۰۱) قوی ولی برای عامل تحمل درد (r=-۰/۲۰، p≤۰/۰۰۱) پایین بود. رواسازی این پرسش‌نامه در سایر کشورها نیز انجام شده است. در مطالعه دمیرگول[3] و همکاران (۲۰۱۹) برای ساختار دو عاملی و تک عاملی نسخه ترکیه‌ای این مقیاس حمایت فراهم کردند و آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های تحمل درد، مدیریت درد و نمره کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۹۶ و ۰/۹۸ بدست آمد. به علاوه، ضرایب همبستگی گویه با کل در دامنه ۰/۸۷ تا ۰/۹۳ بدست آمد. در مطالعه یاد شده، تحلیل عاملی تأییدی چند گروهی نشان داد که هم بیماران افسرده و هم گروه شاهد گویه‌های مقیاس را به یک شکل تفسیر می‌کنند. همچنین، روایی همزمان مقیاس از طریق همبستگی آن با پرسش‌نامه افسردگی بک و استر[4] (۱۹۸۴)، ناامیدی بک و همکاران (۱۹۷۴)، ایده‌پردازی خودکشی بک و همکاران (۱۹۷۹) و مقیاس درد ذهنی هلدن و همکاران (۲۰۰۱) تایید شد. اضافه بر این، مقیاس از روایی افتراقی مناسبی در تفکیک

1. mental pain scale (OMMP)
2. Holden
3. Demirkol
4. Beck & Steer

بیماران افسرده با عادی و بیماران افسرده با سابقه خودکشی برخوردار بود. لندی[1] و همکاران (۲۰۲۰) ساختار دو عاملی مشابه را در نسخه ایتالیایی این مقیاس تأیید کردند. این ابزار اعتبار سازه‌ای کافی و عدم تغییرپذیری در اندازه‌گیری را بر حسب جنسیت نشان داد. چوی[2] و همکاران (۲۰۲۱) نیز ساختار دوعاملی مشابه را با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی در کشور چین مورد تأیید قرار دادند و آلفای کرونباخ برای تحمل درد ۰/۸۰ و برای مدیریت درد ۰/۸۳ و ضریب پایایی بازآزمون به ترتیب برای این دو عامل ۰/۷۸ و ۰/۷۲ بدست آمد.

در مجموع، نتایج مطالعات نشان می‌دهد که بیشتر افراد مصرف‌کننده مواد افیونی از اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه رنج می‌برند (دائو[3] و همکاران، ۲۰۲۴). برای مثال رادومان[4] و همکاران (۲۰۲۵) در مطالعه‌ای نشان داد که در افراد مبتلا به اختلال مصرف الکل مواجهه با درد واقعی موجب کاهش تحمل درد و افزایش میل به مصرف الکل می‌شود. همچنین، عدم تحمل ابهام در شدت این واکنش‌ها هم در افراد با درد مزمن و هم در افراد با اختلال مصرف الکل نقش مهمی دارد، به طوری که نابردباری بیشتر با تحمل پایین درد و میل شدیدتر به مصرف الکل همراه بود. در مطالعه‌ای دیگر مارتینز[5] و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه‌ای در افراد مبتلا به اختلال مصرف نشان دادند که ناتوانی در مدیریت درد روان‌شناختی با افزایش افکار خودکشی مرتبط است. می و همکاران (۲۰۱۹) نیز در مطالعه‌ای با هدف بررسی درد روان‌شناختی در اختلالات مصرف مواد و رابطه آن با پیامد درمان نشان دادند که بیماران با اختلالات مصرف مواد که در درد روانی بالاتری دارند زمان ماندگاری کمتری در درمان نشان می‌دهند و احتمال ترک درمان در آنها بیش از دو برابر بیشتر از بیمارانی است که قبل از درمان سطح درد روانی پایین‌تری دارند.

ضرورت انجام این مطالعه را می‌توان این‌گونه بیان کرد که با اجرای این مقیاس بر روی گروه‌های در معرض خطر از جمله بیماران سرپایی، بستری و بهبودیافته از مصرف

1. Landi
2. Cui
3. Daou
4. Radoman
5. Martins

مواد که ممکن است بعد از ترک تجربه دوره‌های از اختلال افسردگی، اختلالات خواب، مشکلات جسمانی، اضطراب، تحریک‌پذیری، تکانشگری، ناامیدی، خستگی مفرط، وسوسه و در حالت‌های شدید ایده‌پردازی خودکشی را گزارش کنند، سنجش و آگاهی از میزان توانایی تحمل درد ذهنی (میزان وابستگی روانی) در این افراد در کنار آگاهی از میزان شدت درد جسمانی می‌تواند زمینه را برای همسان‌سازی مداخلات دارویی و روان‌شناختی فراهم سازد. از سوی دیگر، اگر بخواهیم انواع مواد محرک‌ها و آرام‌بخش‌ها و یا سنتی و صنعتی را از نظر نوع وابستگی به سه دستهٔ وابستگی جسمانی، روان‌شناختی و یا ترکیبی از این دو طبقه‌بندی کنیم، احتمال تجربه درد ذهنی پس از ترک مواد نمود بیشتری پیدا می‌کند. بنابراین، در این مطالعه با این فرض که تحمل درد ذهنی با رتبه‌بندی و ارزیابی شدت وابستگی ذهنی و روانی به مواد مفهوم‌پردازی می‌شود و درد ذهنی با اختلالات همبود با مصرف مواد نظیر افسردگی (اسحاق[1] و همکاران، ۲۰۱۸)، اختلال شخصیت مرزی (رجبی و همکاران، ۲۰۲۳)، اختلالات دوقطبی (کرمی و همکاران، ۱۳۹۷) و خودکشی (کوله مرزی و همکاران، ۲۰۲۳) ارتباط نزدیکی دارد، رواسازی مقیاس درد ذهنی می‌تواند ابزاری معتبر جهت سنجش میزان تحمل درد ذهنی و سنجش سودمندی مداخلات روان‌شناختی بر روی این ساره را فراهم سازد. در نتیجه، این مطالعه به دنبال پاسخگویی به این سؤال بود که آیا فرم فارسی مقیاس تحمل درد ذهنی مطابق با فرهنگ ایرانی در افراد مصرف‌کننده و با بهبودی پایدار از مصرف مواد افیونی از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است؟

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع توصیفی بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه مردان مصرف‌کننده مواد افیونی و با بهبودی پایدار از مصرف مواد افیونی در استان لرستان در سال ۱۴۰۴ بود که از میان مراکز ترک اعتیاد و مراکز درمان نگهدارنده با متادون انتخاب شدند. در این پژوهش، افراد با بهبودی پایدار به افرادی اطلاق شد که بر اساس گزارش خود و نیز تأیید

1. IsHak

مسئولان مراکز درمانی با استفاده از کیت‌های تشخیص مواد ۱۲ ماه از قطع مصرف مواد افیونی آن‌ها گذشته و در برنامه‌های درمانی یا جلسات پیگیری بهبودی مشارکت داشته‌اند.

این پژوهش شامل دو مطالعه اکتشافی و تاییدی در جهت تایید روایی مقیاس بود. نمونه پژوهش در بخش تحلیل عاملی اکتشافی شامل ۴۰۰ نفر از مردان مصرف‌کننده و با بهبودی پایداری از مواد افیونی بود (هر گروه ۲۰۰ نفر) که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای تعیین حجم نمونه، طبق یک قاعده سرانگشتی حداقل ۵ تا ۱۰ نفر به ازای هر گویه پرسش‌نامه و یا حداقل ۲۰۰ نفر نمونه برای دستیابی به برآوردهای پایا و ساختار عاملی قابل اعتماد پیشنهاد می‌شود (هوگارتی[1] و همکاران، ۲۰۰۵). در این پژوهش، بر طبق فرمول لورنزو – سِوا و فرلندو[2] (۲۰۲۴) برای تحلیل عاملی اکتشافی از فرمول Ni =۱۰۰+۲×m استفاده شد که در آن m= تعداد گویه‌های پرسش‌نامه است. طبق این فرمول، حجم نمونه ۱۲۰ نفر برای تحلیل عاملی اکتشافی خطی برآورد شد که نهایتا ۲۰۰ نفر از مردان مصرف‌کننده و ۲۰۰ نفر از افراد با بهبودی پایداری از مواد افیونی انتخاب شدند. هردو گروه با توجه به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از جمله سن، جنسیت و وضعیت اجتماعی – اقتصادی همتا شدند.

در مطالعه دوم، به منظور انجام تحلیل عاملی تأییدی، از میان افراد مصرف‌کننده مواد افیونی و افراد با بهبودی پایدار که طی ۱۲ ماه گذشته هیچ‌گونه موادی را مصرف نکرده بودند، ۶۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند (هر گروه ۳۰۰ نفر). بدین ترتیب که از میان افراد مصرف‌کننده مواد افیونی که مصرف آن‌ها با استفاده از کیت‌های تشخیصی و تأیید پزشک تأیید شد، ۳۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و از نظر سن، وضعیت تأهل، وضعیت اجتماعی – اقتصادی، مدت مصرف مواد، سابقه پزشکی و سطح تحصیلات با گروه افراد با بهبودی پایدار از مصرف مواد همتاسازی شدند. در رابطه با تعیین حجم نمونه برای مطالعه دوم، رهنمودهای مختلفی جهت تعیین حجم نمونه برای هنجار کردن پرسش‌نامه پیشنهاد شده است که از ۵ نفر تا ۲۰ نفر به‌ازای هر گویه متغیر

1. Hogarty
2. Lorenzo-Seva & Ferrando

است (آنتونی[1] و همکاران، ۲۰۱۴). از آنجا که مقیاس تحمل درد ذهنی دارای ۱۰ گویه است (۲۰۰=۲۰×۱۰ گویه) حداکثر نمونه ۲۰۰ نفر کفایت می‌کرد، ولی به‌خاطر افزایش تعمیم‌پذیری حجم نمونه ۳۰۰ نفر انتخاب شد. به هر حال، در تحلیل عاملی تأییدی نمونه‌های کوچک (N<۱۵۰-۱۰۰) با شاخص‌های برازش پایین و بار عامل (۳<) بیشتر مستعد عدم همگرایی یا راه‌حل‌های نامناسب هستند (کلاین[2]، ۲۰۱۶؛ مارش و هو[3]، ۱۹۹۹؛ کرایسوس[4]، ۲۰۱۸).

ملاک‌های ورود برای افراد با بهبودی پایدار در هر دو مطالعه شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، داشتن حداقل سطح تحصیلات پایه نهم (سیکل)، داشتن کد مددجویی در سامانه، جنسیت مذکر، دامنه سنی ۲۲ تا ۴۸ سال و نداشتن مصرف هرگونه مواد در طول ۱۲ ماه گذشته با تأیید پزشک و نتایج کیت‌های تشخیصی مراکز ترک اعتیاد بود. ملاک‌های خروج برای افراد با بهبودی پایدار در هر دو مطالعه نیز شامل بستری‌شدن طی یک ماه گذشته به دلیل مشکلات جسمانی یا روانی، تشخیص هرگونه اختلال روان‌شناختی نیازمند مداخله دارویی در شش ماه گذشته توسط روان‌شناس، وجود افکار یا قصد فعال خودکشی که نیازمند مداخله باشد، وجود معلولیت‌های جسمانی یا ابتلا به بیماری‌های مزمن و مصرف دارو به دلیل شرایط جسمانی یا روانی (که توسط روان‌شناسان بالینی مراکز ترک اعتیاد و بر اساس پرونده الکترونیک بررسی شد)، و پاسخ‌دهی ناقص یا مخدوش به پرسش‌نامه‌ها بود.

ملاک‌های ورود به مطالعه برای گروه افراد مصرف‌کننده مواد افیونی شامل داشتن سن ۱۸ سال یا بیشتر، سابقه مصرف مداوم مواد افیونی طی حداقل ۱۲ ماه گذشته، برخورداری از حداقل سطح تحصیلات سیکل به منظور درک و تکمیل صحیح پرسش‌نامه‌ها، و قرار داشتن در وضعیت نسبتاً پایدار جسمانی و روان‌شناختی در زمان اجرای پژوهش بود، به‌گونه‌ای که علائم شدید مسمومیت یا سندرم ترک مواد توانایی پاسخ‌گویی معتبر به ابزارهای پژوهش را مختل نکند. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل انصراف از ادامه

1. Anthoine
2. Kline
3. Marsh & Hau
4. Kyriazos

همکاری در هر مرحله از پژوهش، تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها، ابتلا به اختلالات شدید شناختی یا اختلالات روان‌پزشکی حاد که مانع ارائه پاسخ‌های معتبر می‌شد، قرار داشتن در وضعیت مسمومیت شدید یا تجربه علائم شدید ترک مواد در زمان گردآوری داده‌ها، وجود افکار یا ایده‌پردازی فعال خودکشی که نیازمند مداخله فوری بالینی بود، و همچنین ارائه پاسخ‌های غیر معتبر، ناسازگار یا تصادفی به پرسش‌نامه‌ها بود.

پس از اخذ مجوزهای اخلاقی و دریافت رضایت‌نامه آگاهانه، شرکت‌کنندگان به پرسش‌نامه‌هایی که در اختیار مراکز ترک اعتیاد قرار داده شده بود پاسخ دادند. در ابتدای اجرای پژوهش، فرم رضایت آگاهانه طراحی شد و پس از امضای آن و ارائه توضیحات لازم درباره هدف پژوهش توسط روان‌شناسان مراکز ترک اعتیاد و مراکز درمان نگهدارنده با متادون از شرکت‌کنندگان درخواست شد به پرسش‌نامه‌های پژوهش پاسخ دهند. به شرکت‌کنندگان در خصوص هدف پژوهش توضیحات لازم داده شد. در مورد محرمانه بودن اطلاعات، آزادی شرکت در مطالعه و ناشناس بودن اطلاعات هویتی اطمینان لازم به افراد شرکت‌کننده داده شد. همچنین، به شرکت‌کنندگان حق انصراف از پژوهش در هر مرحله از پژوهش داده شد.

برای تحلیل داده‌ها، در این پژوهش آمار توصیفی (میانگین و درصد) برای تحلیل اطلاعات جمعیت‌شناختی استفاده شد. همچنین، از تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی برای سنجش روایی ابزار استفاده شد. برای اطمینان از مناسب بودن داده‌ها برای تحلیل عاملی، از آزمون کایزر - میر - اولکین[1] و آزمون کرویت بارتلت[2] استفاده شد. برای استخراج عوامل از تحلیل عامل اکتشافی با روش‌محور اصلی[3] استفاده شد. برای تعیین تعداد عوامل از دو روش مقدار ویژه بزرگ‌تر از ۱ و نمودار اسکری استفاده شد. تحلیل عاملی تأییدی با استفاده از روش حداکثر درست‌نمایی برای ارزیابی پرسش‌نامه تحمل درد ذهنی انجام شد. برازش مدل در تحلیل عاملی تاییدی با استفاده از شاخص‌های

1. Kaiser–Meyer–Olkin (KMO)
2. Bartlett's test of sphericity
3. principal axis factoring

نسبت مجذور کای به درجه آزادی[1]، شاخص نیکویی برازش[2]، شاخص توکر - لوئیس[3] شاخص برازش تطبیقی[4] و ریشه میانگین مربعات خطای تقریب[5] بررسی شد. شاخص‌های توکر – لوئیس، نیکویی برازش و برازش تطبیقی بزرگ‌تر یا مساوی ۰/۹۰، مقدار ریشه میانگین مربعات خطای تقریب کوچک‌تر یا مساوی ۰/۰۵ و مقدار نسبت مجذور کای به درجه آزاد کوچک‌تر یا مساوی ۳ نشان‌دهنده برازش مطلوب مدل هستند (زانگ و وو[6]، ۲۰۲۴). به منظور بررسی پایایی این ابزار از پایایی ترکیبی و همچنین روش همسانی درونی به شیوه آلفای کرونباخ و اُمگا مک دونالد استفاده شد. آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷۰ نشانگر همسانی درونی خوب است. علاوه بر آن، روایی همگرا با استفاده از شاخص میانگین واریانس استخراج‌شده ارزیابی شد و روایی ملاکی (همزمان) از طریق بررسی همبستگی این ابزار با ناامیدی (بک و همکاران، ۱۹۷۴)، مقیاس افسردگی و اضطراب بیمارستانی (زیگمون و اسنایت[7]، ۱۹۸۳)، مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و انگیزش درمان (میلر و تونیگان[8]، ۱۹۹۶) و مقیاس درد ذهنی (کازانو[9] و همکاران، ۲۰۲۱) ارزیابی شد. روایی افتراقی با استفاده از تحلیل ممیز[10] انجام شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSSنسخه ۲۷ برای آمار توصیفی و تحلیل عاملی اکتشافی و نرم افزار JASP.95.1.0 برای تحلیل عاملی تأییدی و روایی همگرا و واگرا تحلیل شدند.

ابزار

۱- مقیاس تحمل درد ذهنی: مقیاس خودگزارش‌دهی تحمل درد ذهنی در ابتدا توسط اورباخ و همکاران (۲۰۰۴) با ۲۰ گویه برای سنجش تحمل درد ذهنی تدوین شد. میرویک و همکاران (۲۰۱۹) نسخه کوتاه‌تر این مقیاس با ۱۰ گویه شامل دو عامل مدیریت درد (۵ گویه) و تحمل درد (۵ گویه) را توسعه دادند. عامل مدیریت درد بیانگر وجود راهبردهای

1. Chi-Square divided by degrees of freedom
2. goodness of fit index (GFI)
3. Tucker–Lewis index (TLI)
4. comparative fit index (CFI)
5. root mean square error of approximation (RMSEA)
6. Zhang & Wu
7. Zigmond & Snaith
8. Miller & Tonigan
9. Casanova
10. discriminant analysis

مقابله‌ای فعال برای تسکین یا کاهش درد است، در حالی‌که عامل تحمل درد به این باور مربوط می‌شود که درد پایان خواهد یافت. این مقیاس بر اساس یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (اصلاً در مورد من صادق نیست) تا ۵ (کاملاً در مورد من صادق است) نمره‌گذاری می‌شود. در این مقیاس گویه‌های ۲، ۳، ۵، ۷ و ۱۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره در این مقیاس ۱۰ و حداکثر آن ۵۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده تحمل بیشتر درد ذهنی است. در مطالعه میرویک و همکاران (۲۰۱۹)، آلفای کرونباخ برای مدیریت درد ۰/۹۰ و برای تحمل درد ۰/۸۴ بدست آمد.

۲- مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی[1]: این مقیاس خودگزارش‌دهی ۱۴ گویه‌ای را زیگموند و اسنیت (۱۹۸۳) برای سنجش افسردگی (۷ گویه) و اضطراب (۷ گویه) تدوین کرده‌اند. آزمودنی‌ها میزان موافقت و مخالفت خود را در یک طیف ۴ درجه‌ای (نمره‌گذاری شده از ۰ تا ۳) ابراز می‌کنند (بجلند[2] و همکاران، ۲۰۰۲). دامنه نمرات برای هر خرده مقیاس بین ۰ تا ۲۱ است و مؤلفان نمره ۱۱ را به عنوان نقطه برش پیشنهاد می‌کنند که نمره‌های بالاتر از آن از اهمیت بالینی برخوردارند. وایت[3] و همکاران (۱۹۹۹) پایایی باز-آزمون و ساختار عاملی این مقیاس را در بین نوجوانان تایید کرده‌اند. پژوهش اعتمادی و همکاران (۱۴۰۲) ضریب پایایی پرسش‌نامه را مطلوب ارزیابی کردند. در مطالعه حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ و امگای مک‌دونالد برای مؤلفه اضطراب در مصرف‌کنندگان مواد به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۳ و برای مؤلفه افسردگی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۹ بدست آمد. همچنین، ضرایب آلفای کرونباخ و امگای مک‌دونالد برای مؤلفه اضطراب در افراد بهبودیافته از مصرف مواد به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۵ و برای مؤلفه افسردگی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۸ بدست آمد.

۳- مقیاس ناامیدی بک[4]: بک و همکاران (۱۹۷۴) این مقیاس خودگزارش‌دهی ۲۰ گویه‌ای را برای سنجش ناامیدی فرد بر اساس میزان انتظارهای منفی فرد درباره حوادث آینده توسعه دادند. گویه‌های این مقیاس به صورت صحیح یا غلط پاسخ داده می‌شوند و

1. hospital anxiety and depression scale
2. Bjelland
3. White
4. Beck hopelessness scale

۱۱ گویه آن دارای کلید صحیح و ۹ گویه کلید غلط دارد. اگر جواب‌های فرد متناسب با کلید باشد نمره ۱ و در غیر این صورت نمره صفر به او تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات بین صفر تا ۲۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده ناامیدی بیشتر است. ضریب پایایی پرسش‌نامه در ۷ گروه مورد مطالعه در پژوهش بک و همکاران در دامنه ۰/۸۲ تا ۰/۹۳ بدست آمد (بک و همکاران، ۱۹۸۵). در مطالعه اعتمادی و همکاران (۱۴۰۲) ضریب پایایی پرسش‌نامه با استفاده از فرمول کودر ریچاردسون ۰/۸۶ بدست آمد. در مطالعه حاضر، پایایی پرسش‌نامه با استفاده از فرمول کودر ریچاردسون برای مصرف‌کنندگان مواد ۰/۷۴ و برای افراد با بهبودی پایدار ۰/۷۸ بدست آمد.

۴- مقیاس درد روانی-۸ گویه‌ای: فرم اصلی این مقیاس توسط اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) توسعه یافت و دارای ۴۴ گویه و ۹ عامل است (کرمی و همکاران، ۱۳۹۷). به هرحال، کازانووا و همکاران (۲۰۲۱) این مقیاس خودگزارش‌دهی را در شکل یک فرم کوتاه ۸ گویه‌ای ارائه کردند که ۳ عامل (تغییرناپذیری تجربیات، غرق‌شدگی هیجانی و زخم‌های خودشیفتگی) را مورد سنجش قرار می‌دهد. این ۸ گویه شدت درد روانی را ارزیابی می‌کند. روش نمره‌گذاری این پرسش‌نامه در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از ۰ = کاملاً مخالف تا ۴ = کاملاً موافق) انجام می‌شود. حداقل نمره در این پرسش‌نامه ۰ و حداکثر نمره ۳۲ است. در مطالعه کازانو و همکاران (۲۰۲۱)، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های ذکرشده به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۶ و ۰/۷۷ گزارش شده است. در مطالعه حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ و امگای مک‌دونالد برای کل پرسش‌نامه درد ذهنی در مصرف‌کنندگان مواد به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۵ و در افراد با بهبودی پایدار به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۸ بدست آمد.

۵- مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و انگیزش درمان[1]: این مقیاس یک ابزار خودگزارش‌دهی ۱۹ گویه‌ای است که توسط میلر و تونیگان (۱۹۹۶) برای ارزیابی آمادگی برای تغییر مصرف‌کنندگان مواد بر اساس سه خرده مقیاس بازشناسی (۷ گویه)،

1. stages of change readiness and treatment eagerness scale

دوسوگرایی (۴ گویه) و گام‌برداری (۸ گویه) طراحی شد. نمره‌گذاری این ابزار در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵) صورت می‌گیرد. حداقل نمره در این مقیاس ۱۹ و حداکثر نمره ۹۵ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده انگیزش و آمادگی بیشتر برای تغییر رفتار مصرف مواد و درگیری مؤثرتر در فرایند درمان است. ضرایب آلفای کرونباخ خرده مقیاس بازشناسی در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۹۵، دوسوگرایی در دامنه ۰/۶۰ تا ۰/۸۸ و گام‌برداری در دامنه ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ بدست آمده است (میلر و تونیگان، ۱۹۹۶). در مطالعه ما، ضرایب آلفای کرونباخ و امگای مک‌دونالد برای کل مقیاس در مصرف‌کنندگان مواد به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۷۶ و در افراد با بهبودی پایدار به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۸ بدست آمد.

روش اجرا

روش اجرای این مطالعه به این صورت بود که پس از امضای فرم رضایت‌نامه آگاهانه از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا به پرسش‌نامه‌ها پاسخ بدهند. در این مطالعه، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از جمله، سن، سطح تحصیلات، نوع ماده مصرفی، مدت مصرف و مدت‌زمان ترک و پرهیز از مواد جمع‌آوری شد. تکمیل پرسش‌نامه‌ها به طور متوسط برای هر شرکت‌کننده ۳۰ دقیقه طول کشید. برای ترجمه نسخه انگلیسی مقیاس تحمل درد ذهنی (میرویک و همکاران، ۲۰۱۹) به زبان فارسی از تکنیک ترجمه معکوس استفاده شد. در ابتدا نسخه انگلیسی این مقیاس توسط دو متخصص زبان انگلیسی به طور جداگانه به فارسی ترجمه شد. سپس، دو ترجمه بعد از یک نشست مشترک مورد وارسی قرار گرفت و تناقض‌های موجود رفع شد. در مرحله بعد ترجمه اصلاح شده توسط یک متخصص ادبیات فارسی مورد ویرایش قرار گرفت. سپس، ترجمه ویرایش شده در اختیار یک متخصص زبان انگلیسی قرار گرفت تا متن پرسش‌نامه را مجدداً به انگلیسی برگرداند. در مرحله بعد، نسخه برگردانده شده به انگلیسی با نسخه اصلی انگلیسی مطابق داده شد و نواقص برطرف شد. در نهایت، نسخه فارسی به ۲۰ نفر نمونه اولیه داده شد و سپس بر اساس بازخوردها و نظرات آن‌ها نسخه نهایی پرسش‌نامه برای اجرا آماده شد و مورد تایید قرار گرفت.

یافته‌ها

روایی صوری پرسش‌نامه تحمل درد ذهنی به دو روش ارزیابی شد. ابتدا، با پیروی از روش توصیه شده توسط بواتنگ[1] و همکاران (۲۰۱۸) از نظر کیفی ارزیابی شد. از این‌رو، با ۱۰ همکار غیر متخصص فارسی زبان مصاحبه‌های تلفنی انجام شد و از هر یک از آنها پرسیده شد که آیا موافق هستند که گویه‌های پرسش‌نامه تحمل درد ذهنی جنبه‌هایی از تحمل درد ذهنی (روان‌شناختی) را نشان می‌دهد یا نه. در روش دوم و به صورت کمی اعتبار صوری با نظرسنجی از ۱۰ شرکت‌کننده بر اساس سطح دشواری[2]، میزان عدم تناسب[3] و ابهام[4] مورد بررسی قرار گرفت در نهایت، نمره تأثیر[5] برای هر گویه به صورت کمی ارزیابی شد (اهمیت × فراوانی (٪) = نمره تأثیر) (روس[6] و همکاران، ۲۰۰۹). نتایج نشان داد که اعتبار صوری برای تک تک گویه‌های پرسش‌نامه بالاتر از ۱/۵ بود که نشان‌دهنده روایی صوری پرسش‌نامه تحمل درد ذهنی بود.

روایی محتوایی مقیاس تحمل درد ذهنی نیز با استفاده از دو مرحله کمی و کیفی مورد ارزیابی قرار گرفت. در طول مرحله کیفی، ۱۰ نفر از همکاران با تجربه در استفاده از تکنیک‌های کیفی و آشنا با ادبیات درد ذهنی و تحمل درد هر ۱۰ گویه این مقیاس را ارزیابی کردند. به منظور ارزیابی کمی روایی محتوایی، شاخص روایی محتوای[7] گویه‌ها و نسبت روایی محتوا[8] توسط ۱۰ متخصص محاسبه شد (کوک و بیکمن[9]، ۲۰۰۶). با توجه به تعداد ۱۰ متخصص، مقدار نسبت روایی محتوای بیشتر از ۰/۶۲ نشان‌دهنده نسبت روایی محتوایی قابل قبول است (لاوشه[10]، ۱۹۷۵). روایی محتوایی بر اساس مرتبط بودن، سادگی و وضوح برای هر گویه کمتر از ۰/۸ نبودند که این نشان‌دهنده روایی محتوای مقیاس تحمل درد ذهنی بود.

1. Boateng
2. difficulty
3. irrevalancy
4. ambiguity
5. impact score
6. Rose
7. content validity index (I-CVI)
8. content validity ratio (I-CVR)
9. Cook & Beckman
10. Lawshe

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر	موقعیت	مصرف‌کننده مواد (n = ۳۰۰)	با بهبودی پایدار از مصرف مواد (n = ۳۰۰)	تفاوت
تحمل درد ذهنی	حداقل	۱۶	۲۰	df =۵۹۸ ،p<۰/۰۰۱ ،t=۳۴/۲۲
	حداکثر	۳۸	۴۲	
	$\bar{X}$ (SD)	۲۹/۲۴ (۶/۵۸)	۳۸/۵۸ (۹/۴۵)	
وضعیت تأهل	مجرد (٪)	۱۲۴ (۴۱/۳۹)	۱۲۴ (۴۱/۳۲)	X^2=۰/۰۲ ،df=۲ ،p=۰/۹۹
	متأهل (٪)	۱۳۴ (۴۴/۷۱)	۱۳۳ (۴۴/۲۲)	
	جدا شده (٪)	۴۲ (۰/۱۴)	۴۳ (۱۴/۳۵)	
سابقه پزشکی	بله (٪)	۱۴۱ (۰/۴۷)	۱۵۰ (۰/۵۰)	X^2=۱/۶۰ ،df=۲ ،p=۰/۴۵
	خیر (٪)	۱۵۹ (۰/۵۳)	۱۵۰ (۰/۵۰)	
سن	(میانگین ± SD)	(۵/۳۸ ± ۳۱/۶۰)	۲۰ (۶/۰۱ ± ۳۰/۹۷)	t=۳/۳۳ ،df =۵۹۸ ،p=۰/۱۷
	حداقل و (حداکثر)	۲۱ (۴۸)	(۴۸)	
تحصیلات	سیکل (٪)	۸۱ (۰/۲۷)	۸۰ (۲۶/۷۱)	X^2=۰/۳۰ ،df=۴ ،p=۰/۹۹
	دیپلم	۱۱۴ (۰/۳۸)	۱۱۶ (۳۸)	
	فوق‌دیپلم	۵۵ (۱۸/۳۲)	۵۵ (۳۸/۳۹)	
	لیسانس	۳۹ (۰/۱۳)	۳۸ (۱۲/۷۴)	
	فوق‌لیسانس و بالاتر	۱۱ (۳/۷۲)	۱۱ (۳/۷۸)	
مدت مصرف	۱ تا ۵ (٪)	۱۰۷ (۳۵/۷۴)	۱۰۷ (۳۵/۷۲)	X^2=۱/۱۸ ،df=۴ ،p=۰/۸۸
	۶ تا ۱۰ (٪)	۱۲۷ (۴۲/۳۳)	۱۲۸ (۴۲/۷۴)	
	۱۰ تا ۱۵ (٪)	۴۹(۱۶/۳۲)	۵۱ (۰/۱۷)	
	۱۶ سال و بالاتر (٪)	۱۷ (۵/۶۶)	۱۴ (۴/۷۲)	

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بین میانگین نمرات تحمل درد ذهنی در افراد مصرف‌کننده مواد و افراد با بهبودی پایدار از آن تفاوت معناداری وجود داشت (p <۰/۰۰۱). همچنین، بین دو گروه در سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله وضعیت تأهل، سابقه پزشکی، سن، سطح تحصیلات، مدت زمان مصرف (برای مصرف‌کنندگان مواد در زمان حال) و برای افراد بهبودیافته (درگذشته) و وضعیت اجتماعی اقتصادی – اجتماعی تفاوت معناداری وجود نداشت (p> ۰/۰۵).

جدول ۲: یافته‌های توصیفی، کجی و کشیدگی، ضریب همبستگی و آلفا در صورت حذف هر گویه‌ها

گروه	گویه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	همبستگی	آلفا در صورت حذف	گویه‌ها	عامل اوّل	عامل دوم	یگانگی
مصرف کنندگان مواد	۱	۲/۶۰	۰/۶۸	−۲	۲/۰۵	۰/۶۶	۰/۹۱	۳	۰/۹۰		۰/۱۷
	۲	۲/۵۶	۰/۶۵	−۱/۱۷	۰/۱۹	۰/۷۴	۰/۹۰	۷	۰/۸۹		۰/۲۱
	۳	۲/۵۰	۰/۷۲	−۱/۵۶	۲/۶۷	۰/۶۷	۰/۹۱	۲	۰/۸۵		۰/۲۸
	۴	۳/۲۱	۰/۸۴	−۰/۷۱	−۰/۲۸	۰/۶۶	۰/۹۱	۵	۰/۸۴		۰/۲۹
	۵	۳/۵۶	۰/۶۱	−۱/۱۴	۰/۵۹	۰/۷۹	۰/۹۰	۱۰	۰/۷۷		۰/۳۹
	۶	۳/۴۴	۰/۷۳	−۱/۰۳	۰/۱۱	۰/۵۸	۰/۹۱	۴		۰/۸۵	۰/۲۳
	۷	۲/۵۷	۰/۷۲	−۱/۶۰	۲/۴۳	۰/۷۱	۰/۹۰	۱		۰/۸۲	۰/۲۸
	۸	۲/۷۴	۰/۵۲	−۱/۹۴	۲/۸۹	۰/۶۸	۰/۹۱	۶		۰/۸۰	۰/۲۶
	۹	۲/۴۳	۰/۷۳	−۱/۲۶	۱/۶۰	۰/۵۹	۰/۹۱	۹		۰/۷۸	۰/۲۸
	۱۰	۳/۶۳	۰/۶۵	−۱/۸۷	۳/۴۴	۰/۷۳	۰/۹۰	۸		۰/۷۵	۰/۳۹
	کل	۲۹/۲۴	۶/۵۸	−۱/۳۱	۱/۴۶	−	۰/۹۲	−	−	−	
با بهبودی پایدار	۱	۳/۶۹	۱/۱۹	−۰/۷۲	−۰/۳۰	۰/۷۳	۰/۹۳	۳	۰/۹۲		۰/۱۶
	۲	۳/۸۸	۱/۱۶	−۰/۹۰	−۰/۰۲	۰/۷۷	۰/۹۳	۵	۰/۹۰		۰/۲۰
	۳	۴/۰۲	۱/۱۲	−۱/۱۷	۰/۵۰	۰/۷۹	۰/۹۳	۱۰	۰/۸۵		۰/۲۷
	۴	۳/۷۹	۱/۱۷	−۰/۰۶۸	−۰/۴۷	۰/۸۰	۰/۹۳	۲	۰/۸۳		۰/۳۰
	۵	۴/۰۴	۱/۱۲	−۱/۰۶	۰/۳۴	۰/۷۷	۰/۹۳	۷	۰/۷۵		۰/۴۲
	۶	۳/۸۰	۱/۱۸	−۰/۷۵	−۰/۳۶	۰/۸۱	۰/۹۳	۴		۰/۸۹	۰/۲۱
	۷	۳/۹۲	۱/۲۲	−۰/۹۴	−۰/۱۶	۰/۷۱	۰/۹۳	۶		۰/۸۶	۰/۲۴
	۸	۳/۵۹	۱/۲۱	−۰/۵۷	−۰/۵۳	۰/۷۰	۰/۹۳	۹		۰/۸۴	۰/۲۷
	۹	۳/۶۵	۱/۹۶	−۰/۶۵	−۰/۴۰	۰/۶۷	۰/۹۳	۸		۰/۸۴	۰/۳۰
	۱۰	۴/۰۹	۱/۱۰	−۱/۱۵	−۰/۵۶	۰/۷۸	۰/۹۳	۱		۰/۷۶	۰/۴۲
	کل	۳۸/۵۸	۹/۴۵	−۰/۸۸	۰/۳۶	−	۰/۹۴	−	−	−	−

نتایج جدول ۲ نشان داد که میانگین (و انحراف استاندارد) گویه‌های پرسش‌نامه تحمل درد ذهنی بالاتر از نقطه میانه نظری مقیاس یعنی ۲/۵ بود. قابلیت همسانی و پایایی درونی که با ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد برای هر یک از گویه‌ها و کل مقیاس بیشتر از

۰/۹۰ بود که نشـــان‌دهنده همســـانی درونی مطلوب اســـت. با در نظر گرفتن همســـانی و همبستگی بالاتر از ۵۰ هیچ‌کدام از گویه‌ها حذف نشدند. نتایج حاصل از فرض نرمال بودن داده‌ها حاکی از آن بود که دامنه کجی و کشیدگی سؤالات ۲- و ۲+ بود، که نشان‌دهنده رعایت شـــدن فرض نرمال بودن بود. همبســـتگی بین نمره هر گویه با نمره کل بیشـــتر یا مساوی ۰/۵۰ بود و اگر گویه‌ای حذف می‌شد آلفای کرونباخ افزایش نمی‌یافت.

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که در هر دو گروه مصـــرف‌کنندگان مواد افیونی و افراد با بهبودی پایدار از مصـــرف مواد تمامی بارهای عاملی بالاتر از ۰/۴۰ بودند. این امر بیانگر آن است که تمامی گویه‌ها ارتباط معنادار و کافی با عامل‌های استخراج‌شده داشتند و هر دو گروه الگوی عاملی یکپارچه و قابل اعتمادی را نشان می‌دهند. مقدارهای یگانگی[1] برای همه گویه‌ها نسبتا پایین و در بازه ۰/۱۶ تا ۰/۴۲ قرار داشتند که نشان می‌دهد بخش عمده واریانس هر گویه توسط عامل‌های استخراج‌شده تبیین می‌شود و مدل از برازش مناسبی برخوردار است. همچنین، مشاهده شد که هر گویه به طور عمده بر یک عامل بارگذاری شـــده و بار متقاطع قابل توجهی وجود نداشـــت. این موضـــوع بیانگر ســـاختار عاملی ســـاده، تفکیک مناســـب ابعاد و روایی ســـازه مطلوب ابزار اســـت. در مجموع، نتایج حاکی از یک ســـاختار دو عاملی برای مقیاس مورد بررسی بود.

جدول ۳: آزمون کایزر - میر - اولکین و آزمون بارتلت

گروه	کایزر - میر - اولکین	خی دو	درجه آزادی	معناداری
با بهبودی پایدار از مصرف مواد	۰/۹۳	۲۲۱۸/۳۶	۴۵	<۰/۰۰۱*
مصرف‌کننده مواد	۰/۹۰	۵۱۴۸/۷۹	۴۵	<۰/۰۰۱*

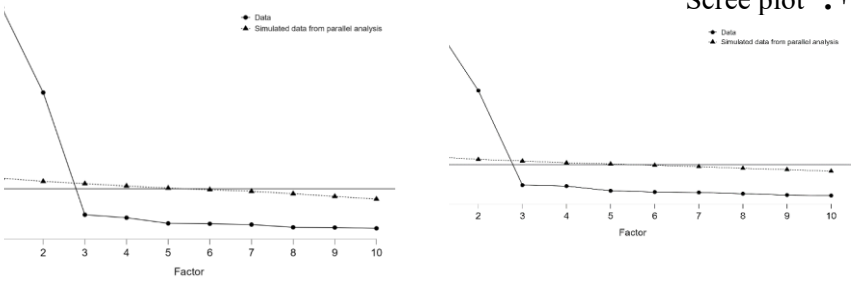
* $p < ۰/۰۰۱$.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود مقدار آزمون کایزر - میر - اولکین در افراد با بهبودی پایدار از مصرف مواد افیونی برای کل مقیاس بزرگ‌تر از ۰/۹۳ و آزمون بارتلت ($p<۰/۰۰۱$، χ^2 =۲۲۱۸/۳۶ آزمون بارتلت) معنادار بود. مقدار آزمون کایزر - میر - اولکین

1. uniqueness

در افراد مصرف‌کننده مواد برای کل مقیاس بزرگ‌تر از ۰/۹۰ و آزمون بارتلت (p<۰/۰۰۱، ۵۱۴۸/۷۹= χ^2 آزمون بارتلت) معنادار بود. نتایج حاصل از تحلیل عوامل اکتشافی نشان داد که در افراد مصرف‌کننده مواد دو عامل مدیریت درد و تحمل درد با ارزش ویژه به ترتیب ۱/۲۱ و ۱/۱۵ توانستند ۶۳/۳۴ درصد از واریانس کل مقیاس تحمل درد ذهنی را تبیین کردند. همچنین، در افراد با بهبودی پایدار از مصرف مواد افیونی دو عامل مدیریت درد و تحمل درد با ارزش ویژه به ترتیب ۴/۵۰ و ۲/۷۰ توانستند ۶۶/۹۳ درصد از واریانس کل مقیاس تحمل درد ذهنی را تبیین کردند. اکثر بارهای عاملی استاندارد در هر دو گروه بزرگ‌تر از ۰/۴ بودند که همبستگی قوی بین گویه‌ها را نشان می‌دهد. دو عامل استخراج شده از تحلیل عاملی اکتشافی با ساختار دو عاملی نسخه اصلی پرسش‌نامه تحمل درد ذهنی همسو است. همان‌طور که در نمودار اسکری کتل (نمودار ۱) نیز مشاهده می‌شود در هر دو گروه وجود دو عامل استخراج شده کاملا مشهود است و وجود این دو عامل را تایید می‌کند. در کل، بر اساس نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و اسکری کتل، استخراج دو عامل برای تبیین واریانس داده‌ها مناسب بود و مدل از ساختار دوبعدی مشخص و قابل‌تفسیر برخوردار است.

۱. Scree plot



با بهبودی پایدار از مصرف مواد مصرف‌کننده مواد

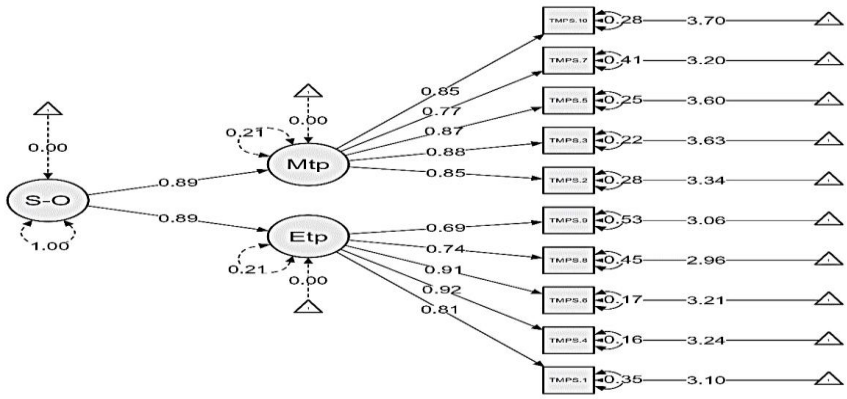
نمودار ۱: نمودار اسکری مربوط به تحلیل عاملی اکتشافی مقیاس تحمل درد ذهنی بر حسب گروه

جدول ٤: شاخص‌های برازش مدل مقیاس تحمل درد ذهنی در گروه‌های مورد بررسی

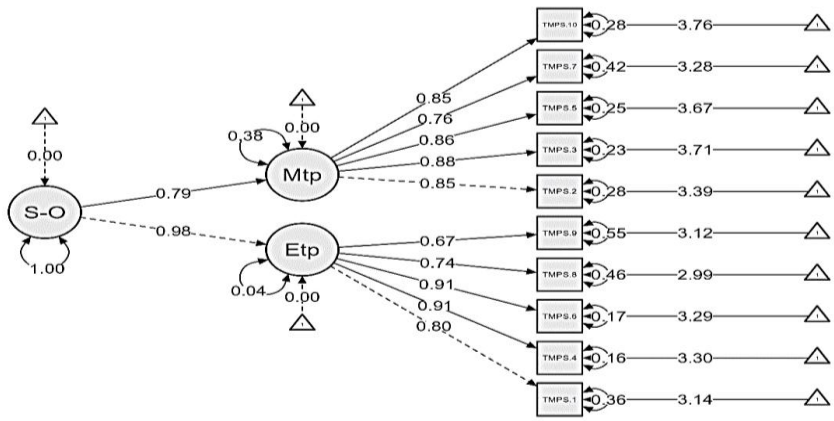
گروه	شاخص	کای اسکوئر	کای اسکوئر بر درجه آزادی	معناداری	شاخص برازش تطبیقی	شاخص نیکویی برازش	شاخص توکر - لوئیس	ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب
بهبودی	تک عاملی	۱۳۳/۵۴	۳/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۹۵	۰/۹۳	۰/۹۴	۰/۰۸
پایدار از	دو عاملی	۱۱۱/۷۳	۲/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۰/۹۴	۰/۹۵	۰/۰۸
مصرف مواد	دو عاملی مرتبه دوم	۶۳/۴۳	۱/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۰/۹۵	۰/۹۶	۰/۰۵
	تک عاملی	۳۴۳/۳۹	۱۰/۷۳۱	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۰/۸۹	۰/۹۱	۰/۱۲
مصرف‌کنند	دو عاملی	۱۰۸/۷۵	۳/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۰/۹۵	۰/۹۶	۰/۰۶
ه مواد	دو عاملی مرتبه دوم	۱۳۱/۲۸	۳/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۰/۹۶	۰/۹۷	۰/۰۶
	سطح قابل‌قبول	-	≤۳		<۰/۹۰	<۰/۹۰	<۰/۹۰	<۰/۰۸

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تحلیل عاملی تأییدی چند گروهی بر روی دو نمونه از افراد مصرف‌کننده مواد و افراد با بهبودی پایدار از مصرف مواد افیونی انجام شد. شاخص‌های برازش مدل در تحلیل عاملی مرتبه دوم برای افراد با بهبودی پایدار از مصرف مواد افیونی و برای افراد مصرف‌کننده مواد از برازش مطلوب برخوردار بود. به منظور بررسی معادل بودن ساختار ابزار در دو گروه مصرف‌کنندگان مواد و افراد با بهبودی پایدار تحلیل ناوردایی اندازه‌گیری در سه سطح انجام شد. نتایج مدل ناوردایی صوری[1] (پیکربندی) نشان داد که ساختار عاملی پایه در هر دو گروه یکسان است. در مرحله بعد، ناوردایی سنجه‌ای[2] (متریک) مورد تأیید قرار گرفت که نشان‌دهنده برابری بارهای عاملی در دو گروه است. در نهایت، با بررسی ناوردایی اسکالر[3] (نرده‌ای) و مشاهده شاخص‌های برازش مطلوب برابری عرض از مبدأ گویه‌ها نیز تأیید شد. ثبات و تغییرات بسیار اندک در شاخص‌های برازش تطبیقی در سطوح مختلف ناوردایی گویای آن است که این مقیاس در هر دو گروه مصرف‌کننده و بهبودیافته سازه واحدی را با ساختار و دقت مشابهی اندازه‌گیری می‌کند و امکان مقایسه گروه‌ها فراهم است.

1. configural
2. metric
3. scalar



نمودار ۱: مدل تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم تحمل درد ذهنی در با بهبودی پایدار از مصرف مواد افیونی



نمودار ۲: مدل تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم تحمل درد ذهنی در مصرف‌کنندگان مواد

نکته: در هر دو شکل Mtp مدیریت درد و Etpتحمل درد است.

با توجه به نمودارهای ۱ و ۲، در هر دو گروه افراد، بارهای عاملی استانداردشده گویه‌ها بر روی عامل‌های مربوطه همگی معنادار و بالاتر از حد قابل قبول (λ>۵۰) بودند که نشان‌دهنده سهم مناسب هر گویه در تبیین سازه نهفته است. بنابراین، هیچ شاخص اصلاحی در مقیاس انجام نشد که حاکی از هر نوع بارگذاری عرضی باشد و بنابراین هر گویه شاخص منحصر به فردی از متغیر مکنون مورد نظر تلقی می‌شد (پرسش‌نامه تحمل درد ذهنی).

جدول ۵: روایی همگرا، واگرا و پایایی مقیاس تحمل درد ذهنی

گروه	متغیر	پایایی ترکیبی	میانگین واریانس استخراج شده	آلفا	اومگا	معیار روایی یگانه – دوگانه
با بهبودی پایدار از	مدیریت درد ذهنی	۰/۸۲	۰/۷۱	۰/۸۰	۰/۸۰	–
مصرف مواد (۳۰۰	تحمل درد ذهنی	۰/۹۱	۰/۶۷	۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۷۴
(n =	کل	۰/۹۲	۰/۶۹	۰/۹۲	۰/۹۱	–
مصرف‌کننده مواد	مدیریت درد ذهنی	۰/۹۲	۰/۷۰	۰/۹۲	۰/۹۲	–
(n = ۳۰۰)	تحمل درد ذهنی	۰/۹۳	۰/۶۵	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۷۹
	کل	۰/۹۶	۰/۶۸	۰/۸۷	۰/۸۵	–

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، روایی همگرا و واگرا با استفاده از شاخص میانگین واریانس استخراج‌شده[1] در چارچوب تحلیل عاملی تأییدی بر روی نمونه ۶۰۰ نفری (۳۰۰ نفر در هر گروه) بررسی شد. نتایج نشان داد که مقدار شاخص میانگین واریانس استخراج شده برای مقیاس تحمل درد ذهنی در گروه افراد با بهبودی پایدار ۰/۶۹ و در گروه مصرف‌کنندگان مواد ۰/۶۸ بود. این مقادیر که بالاتر از ملاک ۰/۵۰ هستند و حاکی از روایی همگرای مطلوب این مقیاس در هر دو گروه است. همچنین، پایایی ترکیبی برای افراد با بهبودی پایدار از مصرف مواد ۰/۹۲ و برای مصرف‌کننده مواد ۰/۹۶ بود. هیر[2] و همکاران (۲۰۱۰) اشاره کرده‌اند که مقادیر پایایی ترکیبی[3] برابر یا بیشتر از ۰/۷ نشان‌دهنده پایایی خوب است. با توجه به اینکه پایایی ترکیبی بزرگتر از ۰/۷۰، میانگین واریانس استخراج شده کمتر از پایایی ترکیبی و میانگین واریانس استخراج شده بزرگتر از ۰/۵۰ بود، همگرای مقیاس تحمل درد ذهنی در هر دو گروه مطلوب است (فورنل و لاگر[4]، ۱۹۸۱). مطابق با دیدگاه یو[5] و همکاران (۲۰۲۲)، چون مقدار میانگین واریانس استخراج شده در محدوده ۰/۴۵ تا ۰/۷۲ قرار داشت که از آستانه ۰/۵ فراتر رفته و از روایی همگرای سازه‌های نهفته آن‌ها پشتیبانی می‌کند. همچنین، بر اساس دیدگاه کرده و هارمز[6] (۲۰۱۵)، در تحلیل عاملی مرتبه دوم میانگین واریانس استخراج شده برابر با ۰/۴۵

1. average variance extracted (AVE)
2. Hair
3. composite reliability (CR)
4. Fornell & Larcker
5. Yu
6. Credé & Harms

نیز قابل قبول تلقی می‌شود (چئونگ[1] و همکاران، ۲۰۲۴). روایی واگرا به روش هنسلر[2] و همکاران (۲۰۱۵) محاسبه شد. شاخص روایی یگانه – دوگانه[3] به عنوان مقدار میانگین همبستگی‌های شاخص‌ها در بین سازه‌ها نسبت به میانگین (هندسی) متوسط همبستگی برای شاخص‌های اندازه‌گیری یک سازه یکسان تعریف شده است. مقدار شاخص روایی یگانه – دوگانه باید از ۰/۹۰ کمتر باشد تا بتوان ادعا کرد یک سازه از روایی واگرایی لازم برخوردار است. به علاوه، بر اساس نسبت روایی یگانه – دوگانه، مقدار همبستگی هر متغیر با سایر متغیرهای مکنون کمتر از مقدار آستانه ۰/۹۰ بود که نشان‌دهنده روایی واگرایی این سازه است.

جدول ٦: میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش در افراد با بهبود پایدار از مصرف مواد (n = ۳۰۰)

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱- اضطراب	۶/۲۴	۴/۹۴	–					
۲- افسردگی	۷/۷۲	۳/۹۱	۰/۴۸*	–				
۳- ناامیدی	۴/۰۱	۵/۱۳	۰/۶۵*	۰/۵۴*	–			
۴- درد ذهنی	۱۶/۳۹	۹/۱۴	۰/۶۱*	۰/۵۶*	۰/۷۶*	–		
۵- تحمل درد ذهنی	۳۹/۲۴	۷/۹۲	-۰/۳۶*	-۰/۵۱*	-۰/۵۰*	-۰/۴۷*	–	
۶- انگیزش درمان	۶۰/۱۵	۱۱/۸۵	-۰/۴۳*	-۰/۵۸*	-۰/۵۲*	-۰/۵۱*	۰/۷۳*	–

* $p < ۰/۰۱$.

نتایج جدول ۶ نشان داد که متغیر تحمل درد ذهنی با تمامی مؤلفه‌های پریشانی روان‌شناختی (شامل اضطراب، افسردگی، ناامیدی و درد ذهنی) رابطه منفی و معناداری داشت (p<۰/۰۱). همچنین، وجود رابطه مثبت و معنادار میان تحمل درد ذهنی و انگیزش برای درمان در کنار رابطه معکوس انگیزش با متغیرهای پریشانی نشان‌دهنده نقش کلیدی و مثبت سازه تحمل درد در فرایند بهبودی و تداوم درمان است. این الگوی همبستگی‌ها در مجموع، روایی همزمان و سازه مقیاس مورد مطالعه را در جامعه افراد با بهبودی پایدار تأیید می‌کند.

1. Cheung
2. Henseler
3. heterotrait-monotrait ratio (HTMT)

جدول ۷: نتایج روایی افتراقی مقیاس تحمل درد ذهنی بر اساس تحلیل ممیز در دو گروه مصرف‌کنندگان مواد و افراد با بهبودی پایدار از مصرف مواد افیونی

	گروه	مصرف‌کننده مواد	با بهبودی پایدار از مصرف مواد	کل
عضویت	مصرف‌کننده مواد	۲۸۸	۱۲	۳۰۰
گروهی	با بهبودی پایدار از مصرف مواد	۲۴	۲۷۶	۳۰۰
مقدار ٪	مصرف‌کننده مواد	۰/۹۶	۰/۴۰	۱۰۰
	با بهبودی پایدار از مصرف مواد	۰/۸۰	۰/۹۲	۱۰۰

درصد طبقه‌بندی صحیح ۹۴٪

به منظور بررسی روایی افتراقی (تمایزی) مقیاس، از روش تحلیل ممیز بر روی نمونه مطالعه دوم (شامل ۳۰۰ نفر مصرف‌کننده مواد افیونی و ۳۰۰ نفر با بهبودی پایدار) استفاده شد. مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۳۸ بدست آمد (مقدار ویژه = ۱/۹۶، X^2=۶۴۸/۱۹، p<۰/۰۵، همبستگی کانونی ۰/۸۱). نتایج جدول ۷ نشان داد که از میان ۳۰۰ بیمار در گروه مصرف‌کننده مواد ۲۸۸ نفر (۹۶ درصد) و از میان ۳۰۰ فرد با بهبودی پایدار از مصرف مواد ۱۷۶ نفر (۹۲ درصد) بر اساس نمرات مقیاس تحمل درد ذهنی به درستی طبقه‌بندی شدند. به طور کلی، درصد کل طبقه‌بندی صحیح ۹۴ درصد بود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که نمرات مقیاس تحمل درد ذهنی قادر است بین گروه مصرف‌کننده مواد و با بهبودی پایدار از مصرف مواد تمایزگذاری موفقی ایجاد نماید.

جدول ۸: نتایج تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی برای پیش‌بینی انگیزش برای درمان و آمادگی برای تغییر بر اساس متغیرهای پژوهش در افراد با بهبودی پایدار از مصرف مواد افیونی

گام ۵	ضرایب غیراستاندارد	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد	t	ضریب تبیین	معناداری
مدیریت درد	۰/۹۱	۰/۱۳	۰/۳۹	۶/۷۸		<۰/۰۰۱**
افسردگی	−۰/۸۱	۰/۰۸	−۰/۲۷	−۱۰/۳۶		<۰/۰۰۱**
ناامیدی	−۰/۴۱	۰/۰۷	−۰/۱۷	−۶/۰۵	۰/۷۳	<۰/۰۰۱**
نمره کل تحمل درد ذهنی	۰/۲۸	۰/۰۷	۰/۲۲	۳/۸۸		<۰/۰۰۱**
اضطراب	−۰/۱۵	۰/۰۷	−۰/۰۷	−۲/۳۵		<۰/۰۵*

* p < ۰/۰۵. ** p < ۰/۰۰۱.

نتایج جدول ۸ نشان داد که نمره کل تحمل درد ذهنی نیز سهم مثبت و قابل‌توجهی در پیش‌بینی متغیر وابسته داشت (p<۰/۰۰۱) و این نقش فراتر از نقش پیش‌بینی کنندگی دیگر متغیرها بود. به طور کلی، الگوی بدست‌آمده نشان‌دهنده اهمیت نقش تحمل درد ذهنی در پیش‌بینی پیامد مورد مطالعه است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی و انطباق فرهنگی نسخه فارسی مقیاس تحمل درد ذهنی در میان افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد و افراد در بهبودی پایدار از آن بود. نتایج حاصل از تحلیل عاملی تأییدی دو عامل مدیریت درد و تحمل درد را همخوان با مطالعه میرویک و وایس (۲۰۱۹)، دمیرگول و همکاران (۲۰۱۹)، لندی و همکاران (۲۰۲۰) و چوی و همکاران (۲۰۲۱) در هر دو گروه مصرف‌کننده و بهبودیافته از مواد افیونی تأیید کرد.

اول اینکه، در این مطالعه تحلیل عاملی تأییدی دو گروهی بر روی مصرف‌کنندگان مواد و افراد بهبود یافته از مصرف مواد افیونی انجام شد که بارهای عاملی مرتبه دوم در هر کدام از مطالعات کمتر از ۰/۵۰ نبود که نشان‌دهنده روایی سازه مطلوب این مقیاس بود. در اکثر این مطالعات یک ساختار دو عاملی برای پرسش‌نامه تحمل درد ذهنی به دست آوردند و این عوامل را به عنوان مدیریت درد و تحمل درد و نام‌گذاری کردند. تفاوت اصلی بین این دو عامل، فعال یا غیرفعال بودن راهبردهای مقابله‌ای است. در این مطالعه، مدل دو عاملی در هر دو گروه از برازش بسیار خوبی برخوردار بود. پس از ارزیابی همبستگی بسیار قوی بین ابعاد مقیاس، ساختار تک عاملی ارزیابی شد و این ساختار در افراد بهبودیافته از مصرف مواد از همبستگی بسیار قوی و برازش مطلوبی برخوردار بود. همچنین، با وجود برازش مطلوب شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی که همگی بالاتر از ۰/۹۰ بودند و شاخص ریشه میانگین مربعات خطای تقریب در ساختار تک عاملی در مصرف‌کنندگان مواد معنی‌دار نبود. اما ساختار دو عاملی و دوعاملی مرتبه دوم در هر دو گروه از برازش مطلوبی برخوردار بودند. به هر حال، تفاوت‌هایی در نمونه های مورد بررسی وجود دارد.

مطالعه میرویک و همکاران (۲۰۱۹) بر روی یک نمونه از بزرگسالان آمریکایی انجام شد و مطالعه دمیرگول و همکاران (۲۰۱۹) بر روی نمونه‌هایی با آسیب‌شناسی روانی انجام شد و پرسش‌نامه تحمل درد ذهنی در افراد با سابقه ایده‌پردازی خودکشی با شدت درد روانی رابطه منفی داشت (میرویک و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین، در مطالعه دمیرگول و همکاران (۲۰۱۹) بر روی ۱۲۱ نفر با تشخیص افسردگی و ۶۲ نفر با سابقه اقدام به خودکشی و ۱۰۵ نفر از افراد سالم کلینیک‌های سرپایی انجام شد و سایر مطالعات مبنی بر اینکه تحمل درد ذهنی با کاهش شدت افسردگی و ایده‌پردازی خودکشی همراه بود (لندی و همکاران، ۲۰۲۱). به علاوه، این مطالعات بر روی افراد با آسیب‌شناسی روانی متمرکز بوده‌اند و به طور معمول چهار گروه از افراد با آسیب‌شناسی روانی بیشترین آمار خودکشی را دارند، بیماران با افسردگی (اورسولینی[1] و همکاران، ۲۰۲۰)، مصرف مواد و الکل (ریزک[2] و همکاران، ۲۰۲۱)، بیماران اختلال طیف اسکیزوفرنی (مسرور[3] و همکاران، ۲۰۱۹) و افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (ترول[4] و همکاران، ۲۰۱۸). این مطالعه هم بر روی یک گروه با آسیب‌شناسی متمرکز بود و این نتایج همخوانی لازم را با مطالعات قبلی داشت، اما مطالعات آن‌ها فقط بر روی یک گروه متمرکز بوده‌اند.

به هر حال، در این مطالعه می‌توان نتیجه‌گیری کرد که شرکت‌کنندگان در مطالعه (افراد مصرف‌کننده مواد افیونی و با بهبودی پایدار از آن) به هر دو روش فعال و غیرفعال برای مقابله با دردهای روانی روی آوردند. گروه مصرف‌کننده مواد برای تحمل درد ذهنی با مصرف بیشتر به دنبال تسکین موقت درد ذهنی بودند و افراد بهبودیافته از مصرف مواد با استفاده از مدیریت درد به صورت فعالانه توانسته بودند درد ذهنی ناشی از عدم مصرف مواد را تحمل کنند. بنابراین، این نتایج به احتمال زیاد نشان می‌دهد که تحمل درد ذهنی سازه‌ای متفاوت با مدیریت درد ذهنی است. تحمل درد ذهنی در دوران تحمل، پرهیز و ترک مواد بیشتر نمود دارد، درحالی‌که مدیریت درد ذهنی بعد از ترک و در طول سال‌های پس از پاک شدن از مواد بیشتر می‌تواند بر پرهیز از مواد و عود مجدد تأثیرگذار

1. Orsolini
2. Rizk
3. Masroor
4. Trull

باشـد، به این دلیل که توانایی تحمل آن آزاردهنده اسـت. علاوه بر داشـتن منابع درونی و راهبردهای اسـتفاده از راهبردهای مقابله‌ای نیاز به حمایت بیرونی دارد که در اوایل دوران ترک و پرهیز از مواد این حمایت توسط اطرافیان انجام می‌شود، اما مدیریت درد به‌احتمال زیاد فقط با استفاده از مهارت‌ها و راهبردهای مقابله‌ای درونی اتفاق می‌افتد درسـت زمانی که اطرافیان فکر می‌کنند که احتمال بازگشـت و مصـرف مجدد مواد کم اسـت. به همین خاطر شـاید احتمال عود و مصـرف مجدد مواد در طول ۶ ماه تا ۱ سـال اول وجود دارد درسـت زمانی که فرد نیاز به مهارت‌های روان‌شناختی برای مدیریت درد را دارد اما، چون آموزش لازم را در این حوزه ندیده اسـت به محض تجربه رویدادهای ناخوشـایند، و آزاردهنده برای تنظیم مجدد خلق و رهایی از وضـعیت هیجانی منفی رو به مصـرف مجدد مواد می‌آورند. به همین خاطر، بر خلاف مطالعه میرویک و همکاران (۲۰۱۹) و همخوانی با مطالعه دمیرگول (۲۰۱۹) همبستگی خوب و بالایی بین این دو خرده مقیاس وجود دارد. به این خاطر انجام این مطالعه این آگاهی را می‌دهد که در ابتدای ترک و بهبودی از مواد آن چیزی که مهم اسـت آمادگی و توانایی تحمل درد ذهنی اسـت و آن چیزی که در تداوم و نگهداری از عود و مصرف مواد نقش محافظتی دارد مدیریت درد ذهنی است.

دوم، روایی همزمان حاکی از این بود که بین اضـطراب، افسـردگی، ناامیدی و درد ذهنی بـا تحمـل درد ذهنی و مقیـاس آمـادگی تغییر و انگیزش بـه درمـان رابطـه منفی و معناداری وجود داشـت. این نتایج با مطالعه بکر و همکاران (۲۰۱۹) که در آن رابطه منفی بین تحمل درد ذهنی و شدت درد روانی، سطح استرس ادراک شده، افسردگی، ناامیدی و افکار و اقدام به خودکشی را در گروه نوجوانان نشان دادند همخوانی دارد. همچنین، نتایج ما با یافته‌های مطالعه دمیرگول که همبسـتگی‌های قوی، معنادار و منفی بین نمره کل پرسـش‌نامه تحمل درد ذهنی و نمرات کل درد روانی، افسـردگی، ناامیدی و افکار خودکشـی بدسـت آمد همخوانی دارد. بکر و همکاران (۲۰۱۹) نشـان دادند که بین تحمل درد ذهنی و تنظیم هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای رابطه وجود دارد. با توجه به این نتایج، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که اعتبار همزمان پرسش‌نامه تحمل درد ذهنی مورد تایید است و زمانی که تحمل درد ذهنی کاهش می‌یابد میزان ناامیدی، علائم افسـردگی و درد ذهنی

افزایش و متعاقبا انگیزش به درمان و تداوم آن کاهش می‌یابد. در تبیین این نتایج می‌توان فرض کرد که زمانی که افراد تصـــمیم به ترک مواد می‌گیرند و وارد مرحله آمادگی و اقدام می‌شـــوند در زمان آمادگی فرد خود را برای هر ســـناریویی آماده می‌کند و عزم فرد برای تحمل درد با وجود کوتاه بودن این مرحله به واسـطه اعتقادش به این که در نهایت از پس مواد بر خواهد آمد، اقدام به ترک می‌کند، و این درد جسـمی و روان‌شناختی ناشی از ترک مواد در نهایت از بین خواهد رفت انگیزش او برای تغییر تقویت می‌شـــود و این نشان‌دهنده توانایی تحمل بالاتر برای درد روانی است. زمانی که سبک زندگی فرد بدون مواد شـد، خزانه رفتاری جایگزین جدید ایجاد شـد، و بازخوردهای درونی و بیرونی برای ماندن در این وضـــعیت افزایش یابد فرد به این فکر می‌کند چطور این وضـــعیت (زندگی بدون مواد را حفظ کند). بنابراین، با گذشـــت بیش از ۱ ســـال از ترک مواد تعهد کامل به عادت و تغییر جدید و اطمینان از اینکه فرد هرگز به حالت پیشـــین باز نمی‌گردد افزایش می‌یابد. در نتیجه، آن چیزی که رســـیدن به مرحله نگهداری و خاتمه را تقویت می‌کند توانایی فرد در مدیریت درد ذهنی اســـت. به این دلیل ما هر روز در معرض محرک‌های آزاردهنده، وسوسه‌انگیز و استرس‌زای قرار می‌گیریم که می‌تواند مقاومت فرد را بشکند و زمینه را برای بازگشت و مصرف مجدد مواد فراهم سازد.

سوم، پرسش‌نامه تحمل درد ذهنی از روایی واگرا و همگرای مطلوبی در هر دو گروه برخوردار بود. به عبارتی پایایی ترکیبی برای هر کدام از خرده مقیاس‌ها و نمره کل کمتر از ۰/۷۰ نبود و میانگین واریانس اســـتخراج شـــده در مدل مرتبه دوم تحلیل عاملی تأییدی کمتر از ۰/۴۵ نبود به همین خاطر پرســـش‌نامه تحمل درد ذهنی از روایی واگرا و همگرا مطلوبی برخوردار بود. توانایی تحمل درد ذهنی به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجانی و نوعی تاب‌آوری است. به عبارت دیگر، آن چیزی که در مصرف مواد نمود بیشتری دارد این اســـت که مصـــرف مواد یک نوع راهبرد تنظیم هیجانی منفی در جهت کاهش هیجان‌های منفی از جمله شـــرم، خشـــم، غم، تنفر، احســـاس گناه، نشـــخوار فکری، خود مقصـــرســـازی، خصـــومت و ... اســـت که در کوتاه‌مدت باعث تنظیم خلق می‌شـــود، اما در بلندمدت زمینه را برای یک‌چرخه از هیجان‌های منفی ---> مصـــرف مواد ---> تســـکین

موقت ---> تجربه هیجان منفی و مصرف مجدد برای رهایی از این وضعیت ذهنی پریشان کننده فراهم می‌سازد. به هر حال، زمانی که فرد توانایی مدیریت تنظیم هیجانی را داشته باشد و یا از تاب‌آوری به عنوان یک مهارت برای مدیریت چالش‌های زندگی و تبدیل آن به فرصت استفاده کند می‌تواند از پس هر گونه رویداد استرس‌زای منفی بر بیاید.

چهارم، نتایج روایی افتراقی نشان داد که پرسش‌نامه تحمل درد ذهنی ۰/۹۴ از واریانس تفاوت بین دو گروه مصرف‌کننده مواد و افراد بهبودیافته از مواد را تبیین می‌کند. این نتایج نشان‌دهنده روایی افتراقی مطلوب این مقیاس است. میرویک و همکاران (۲۰۱۹) به ارزیابی جمعیت آمریکایی و کاربران فیس‌بوک پرداختند و دریافتند که افرادی که سابقه اقدام به خودکشی دارند نمرات کمتری در هر دو بعد مقیاس نسبت به افرادی که سابقه اقدام به خودکشی نداشتند کسب کردند. همچنین، آن‌ها به بررسی شرکت‌کنندگان مبتلا به اختلالات روانی و کسانی که مبتلا نبودند پرداختند و شرکت‌کنندگان اطلاعاتی در مورد اختلالات خود ارائه ندادند. دمیرگول و همکاران (۲۰۱۹) بیماران افسرده‌ای را که در یک بیمارستان دانشگاهی بستری شده بودند را با گروه کنترل سالم ارزیابی و مقایسه کردند. در این مطالعه تحلیل تمایز نشان داد که این مقیاس به طور موفقیت‌آمیزی بین کسانی که اقدام به خودکشی کرده بودند و کسانی که سابقه اقدام به خودکشی نداشتند و همچنین بین گروه بیمار و گروه کنترل تمایز قائل شد. همچنین، این مطالعه نشان داد که پرسش‌نامه تحمل درد ذهنی برای بیماران مبتلا به افسردگی و گروه کنترل معنای یکسانی دارد. در واقع، مطالعه دمیرگول و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که پرسش‌نامه تحمل درد ذهنی می‌تواند در مطالعاتی با جمعیت سالم و بیماران افسرده استفاده شود. میرویک و همکاران (۲۰۱۹) نمرات کل پرسش‌نامه تحمل درد ذهنی را با توجه به جنسیت مقایسه کردند و تفاوت معناداری گزارش نکردند. در مطالعه دمیرگول و همکاران (۲۰۱۹) هیچ تفاوتی بین جنسیت‌ها در گروه افسردگی شناسایی نشد، درحالی‌که مردان امتیازهای بالاتری بر روی پرسش‌نامه تحمل درد ذهنی در مقایسه با گروه کنترل بدست آوردند. در مطالعه ما به‌خاطر عدم دسترسی به زنان مصرف‌کننده مواد اپیوئیدی امکان این مقایسه بر حسب جنسیت فراهم نبود، اما بین دو گروه مصرف‌کننده مواد و افراد بهبودیافته از مصرف

مواد در نمرات پرسش‌نامه تحمل درد ذهنی تفاوت معناداری وجود داشت و افراد بهبودیافته از مصرف مواد نمرات بالاتری بدست آوردند.

پنجم، نتایج رگرسیون سلسله مراتبی در افراد با بهبودی پایدار از مصرف مواد افیونی نشان داد که تحمل درد ذهنی فراتر از نقش معنادر مدیریت درد، افسردگی، ناامیدی، و اضطراب قادر به پیش‌بینی آمادگی تغییر و اشتیاق به درمان بود که تاییدکننده اعتبار پیش‌بین مقیاس تحمل درد ذهنی است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که تجربه درد در افراد با بهبودی پایدار از مصرف مواد نه تنها در بعد جسمانی، بلکه به‌ویژه در سطح ذهنی (روان‌شناختی) نقشی محوری در فرایند تغییر رفتار اعتیادی ایفا می‌کند. در واقع، تجربه درد ذهنی زمینه را برای آشفتگی هیجانی، که موجب اختلال در تنظیم سیستم‌های استرس و پاداش مغز می‌شود، و خطر ابتلا به اختلالات مصرف مواد را افزایش می‌دهد (گرالند[1] و همکاران، ۲۰۱۳). در نتیجه، افرادی که از توانایی بالاتری در تحمل درد ذهنی برخوردارند به احتمال زیاد ظرفیت بیشتری برای مواجهه با ناراحتی‌های هیجانی، ولع مصرف و استرس‌های مرتبط با فرایند بهبودی دارند، عاملی که می‌تواند آمادگی آن‌ها برای ورود و ماندگاری در درمان را افزایش دهد. از سوی دیگر، نقش معنادار مدیریت درد در این مدل نیز حاکی از آن است که تجربه کنترل‌پذیری درد، اعم از درد جسمانی یا روان‌شناختی، می‌تواند به طور مستقیم با افزایش احساس عاملیت با میزان پیش‌بینی‌پذیری و مشارکت فعال در درمان مرتبط باشد. این یافته با مدل‌های معاصر اعتیاد هم‌راستا است که تأکید می‌کنند ناکامی در مدیریت درد و رنج روان‌شناختی اغلب به‌عنوان محرک عود عمل کرده و انگیزش برای تغییر را تضعیف می‌کند. بنابراین، تحمل درد روان‌شناختی را می‌توان به عنوان ویژگی‌ای در نظر گرفت که به تنظیم هیجان نزدیک است (بکر و همکاران، ۲۰۱۹)، درحالی‌که مدیریت درد به طور خاص شامل مقابله فعال است و بازتاب‌دهنده به‌کارگیری راهبردهایی است که امکان متوقف سازی یا کاهش فعال درد روان‌شناختی را فراهم می‌کنند (پاسوس[2] و همکاران، ۲۰۲۳)، در مقابل، سطوح بالای افسردگی، اضطراب و ناامیدی با کاهش امید به بهبود، تضعیف خودکارآمدی و افزایش

1. Garland
2. Passos

اجتناب هیجانی همراه است که می‌تواند انگیزه لازم برای تغییر پایدار را مختل کند (ایلگِن[1] و همکاران، ۲۰۲۰). افسردگی، اضطراب و تجربه در کنار توانایی مدیریت درد ذهنی که اغلب با افسردگی همبود است به طور شایع با اختلال افسردگی اساسی، اختلال شخصیت مرزی و اختلالات اضطرابی همبودی دارد که به طور معمول با سیر بالینی نامطلوب‌تر و پیامدهای درمانی ضعیف‌تر همراه هستند (لیر[2] و همکاران، ۲۰۱۸؛ منتو[3] و همکاران، ۲۰۲۰). در نهایت، مطالعه در حوزه درد ذهنی و تحمل درد ذهنی در مصرف‌کنندگان مواد حوزه‌ای نوظهور است که می‌تواند به درک بهتر پیامدهای غیر قابل پیش‌بینی در درمان اختلالات مصرف مواد کمک کند. به نظر می‌رسد زیرگروهی از بیماران که در آغاز درمان سطوح بسیار پایینی از تحمل درد روان‌شناختی را تجربه می‌کنند ذاتاً گزینه‌های نامناسب‌تری برای درمان سرپایی باشند و شناسایی زودهنگام این افراد می‌تواند امکان ارجاع سریع‌تر آنان به سطوح بالاتر مراقبت درمانی را فراهم سازد. تلاش برای گسترش درک ما از تأثیر منفی سطوح پایین تحمل درد روان‌شناختی پیش از درمان بر نرخ تکمیل درمان فرصت‌های بیشتری برای بهبود پیامدهای درمان اختلالات مصرف مواد فراهم می‌کند (می و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی از نقاط قوت این مطالعه استفاده از فرم‌های کوتاه پرسش‌نامه‌ها جهت روایی ملاکی (همزمان) بود زیرا امکان دارد حجم زیاد سؤالات با ایجاد خستگی و حواس‌پرتی پاسخ‌گویی شرکت‌کنندگان را تحت‌تأثیر قرار دهد که تیم تحقیق برای پیشگیری از این موضوع و در جهت تشویق شرکت‌کنندگان به ارائه پاسخ‌های دقیق، علاوه بر استفاده از فرم‌های کوتاه دارای روایی و پایایی در ایران، هدیه‌ای نقدی نیز در نظر گرفتند و در پایان مطالعه به قید قرعه به ۱۰ نفر از شرکت‌کنندگان در هر گروه اهدا کردند. از جمله نقاط قوت دیگر این مطالعه رواسازی این مقیاس در جمعیت بالینی بود که دامنه کاربرد آن را در بعد نظری و عملی در حوزه اعتیاد گسترش می‌دهد. از طرف دیگر، نمونه این پژوهش از جمعیت بالینی مراکز ترک اعتیاد انتخاب و این مسئله نیز کاربرد این ابزار برای مقایسه

1. Ilgen
2. Lear
3. Mento

در دیگر جمعیت‌های بالینی را برجسته می‌کند. از جمله محدودیت‌های این پژوهش این بود که جمعیت مورد مطالعه از میان مصرف‌کنندگان مواد و با بهبودی پایدار از مصرف مواد افیونی و به شیوه هدفمند انتخاب شده‌اند که این مسئله می‌تواند روایی بیرونی و تعمیم‌پذیری نتایج را محدود کند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود با توجه به وابستگی روانی - جسمانی و ترکیبی از این دو این ابزار در سایر گروه‌های مصرف‌کننده مواد (تک ماده‌ای، دو ماده‌ای و چند ماده‌ای) رواسازی و نتایج حاصل از آن با نتایج این مطالعه مقایسه شود. به دلیل عدم دستیابی به زنان مصرف‌کننده مواد و مقایسه تحمل درد ذهنی با توجه به جنسیت به‌عنوان یک محدودیت، میزان ثبات اندازه‌گیری پرسش‌نامه تحمل درد ذهنی بر حسب جنسیت مورد مقایسه قرار نگرفت. در نهایت در این پژوهش پایایی آزمون - بازآزمون مورد بررسی قرار نگرفت که در مطالعات آینده نیازمند توجه است. در نهایت استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی که امکان سوگیری در پاسخگویی در آن وجود دارد از جمله محدودیت‌های دیگر این مطالعه بود. با توجه به این یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود که رویکردهای روان‌درمانی و دارودرمانی در مدیریت درد در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد صرفاً به کاهش درد بدنی (فیزیکی) ناشی از ترک مواد محدود نشوند، بلکه درد ذهنی (روان‌شناختی) در کنار درد جسمانی به عنوان عاملی کلیدی در عود و بازگشت به مصرف مواد، که اغلب با باورهای وسوسه‌انگیز، ولع مصرف و گرایش مجدد به مواد همراه است، به طور نظام‌مند مورد توجه قرار گیرد. در این چارچوب، به‌کارگیری مراقبت‌های فردمحور و چندوجهی که همزمان تسکین مؤثر درد بدنی و درد ذهنی را هدف قرار می‌دهند و درعین‌حال خطر عود، مصرف و پیامدهای ناخواسته درمانی را کاهش می‌دهند می‌تواند به افزایش اثربخشی مداخلات دارویی و روان‌شناختی و بهبود پیامدهای درمانی بلندمدت در این گروه از بیماران منجر شود.

در مصرف‌کنندگان مواد، تحمل پایین درد ذهنی می‌تواند منجر به ناتوانی در مواجهه با ناراحتی‌های هیجانی، ولع مصرف و فشارهای مرتبط با فرایند ترک شود و فرد را به سمت راهبردهای اجتنابی و در نهایت بازگشت به مصرف سوق دهد. از این منظر، درد روان‌شناختی نه تنها به عنوان یک تجربه ذهنی آزارنده، بلکه به عنوان مکانیسمی زیربنایی

در رفتارهای پرخطر، عود مصرف و ایده‌پردازی خودکشی عمل می‌کند. بنابراین، ارتقای پایداری بهبودی در مصرف‌کنندگان مواد مستلزم درک عمیق عوامل زیربنایی خطر رفتاری خصوصا نقش تحمل درد ذهنی است. توجه بالینی نظام‌مند به درد روان‌شناختی و تقویت ظرفیت تحمل و مدیریت آن می‌تواند مبنایی برای طراحی مداخلات پیشگیرانه و درمانی هدفمند فراهم آورد و به بهبود پیامدهای درمانی و کاهش خطر عود و آسیب‌های جدی در این جمعیت آسیب‌پذیر منجر شود. این مطالعه در واقع دارای پیامدهای بالینی مهمی برای مداخله و درمان درد ذهنی در مصرف‌کنندگان مواد است. علاوه بر آن، در حوزه پیشگیری، آموزش والدین، معلمان و متخصصان سلامت برای شناسایی نشانه‌های سلامت روان (همچون تنهایی، انزوا، و افکار و هیجانات منفی) از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. با وجود آنکه درد روان‌شناختی و مصرف مواد به‌تازگی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته و پیامدهای بالینی قابل‌توجهی برای آن گزارش شده است، یکی از محدودیت‌های مهم در این حوزه فقر نسبی ادبیات پژوهشی است، به‌گونه‌ای که بخش از تحقیقات انجام شده بر افراد با اقدام به خودکشی متمرکز بوده‌اند. بنابراین، انجام پژوهش‌های بیشتر برای تعیین سازوکارهای زیربنایی رابطه بین درد روان‌شناختی و ایده‌پردازی و رفتار خودکشی در مصرف‌کنندگان مواد ضروری به نظر می‌رسد تا بتوان از این یافته‌ها در راستای مدیریت مؤثرتر و پیشگیری هدفمندتر از عود مواد و خودکشی در این افراد استفاده کرد.

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق در پژوهش

قبل از پاسخ به سؤالات پرسش‌نامه، از همه افراد شرکت‌کننده در پژوهش در مورد رضایت آن‌ها برای شرکت در پژوهش سؤال شد و فرم رضایت‌نامه آگاهانه در اختیار آن قرار داده شد و بعد از امضای و تحویل فرم گویه‌های پرسش‌نامه‌ها به آن‌ها ارائه شد. همچنین، به شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه بودن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد.

حامی مالی

این مطالعه بدون حمایت مالی انجام شد.

تعارض منافع

نویسنده هیچ‌گونه تعارض منافی برای اعلام ندارند.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان به خاطر مشارکت در این پژوهش و نیز همکاری صمیمانه در پاسخگویی به گویه‌های پرسش‌نامه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

اعتمادی، زهره؛ عباسپور، صبا؛ تیرگری، عبدالحکیم و بگیان کوله‌مرزی محمد جواد (۱۴۰۲). نقش تعدیل‌کننده جنسیت در رابطه بین فشار روان‌شناختی، حساسیت به طرد شدن و شکست با ایده‌پردازی خودکشی نوجوانان: نقش میانجی افسردگی و ناامیدی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۹ (۲)، ۱۸۷-۱۷۰. https://doi.org/10.32598/ijpcp.29.2.2950.2

بگیان کوله‌مرز، محمد جواد؛ کرمی، جهانگیر؛ مؤمنی، خدامراد و الهی، عادله (۱۳۹۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه انگیزه‌های اقدام به خودکشی. *فصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، ۷ (۴)، ۱۱۲-۸۳ https://doi.org/10.30473/hpj.2019.39627.3951

تقوائی‌نیا، علی و توکل کوخدان، نگین (۱۴۰۴). پدیدارشناسی تجربه زیسته زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد در یک مرکز بازتوانی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۹ (۷۶)، ۵۸-۳۷. https://dx.doi.org/10.22034/ETI.19.76.37

زمستانی، مهدی و پرنیانی، ایمان (۱۴۰۳). نقش میانجیگر تکانشگری در ارتباط بین ابعاد مرضی شخصیت و اختلالات طیف برونی‌سازی در مردان دارای اختلال مصرف مواد. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۳۰ (۱)، ۱۷-۱. https://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.345.4

غلامی، سمیه و گرامی، محمدرضا (۱۴۰۳). واکاوی روش‌های نفوذ و خنثی‌سازی فشار همسالان در استفاده از مواد مخدر و دخانیات در دانشجویان خوابگاهی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۸ (۷۲)، ۱۰۸-۷۹. https://dx.doi.org/10.61186/etiadpajohi.18.72.4

کرمی، جهانگیر؛ بگیان کوله مرز، محمدجواد؛ مؤمنی، خدامر و الهی، عادله (۱۳۹۷). سنجش درد ذهنی: ویژگی‌های روان‌سنجی و تحلیل عامل تأییدی پرسش‌نامه چندبعدی درد ذهنی (OMMP). *روان‌شناسی سلامت*، ۷ (۱)، ۱۷۲-۱۴۶.۷.25.10.7 Dor: 20.1001.1.23221283.1397

References

Adams, Z. W., Dellucci, T. V., Agley, J., Bixler, K., Sullivan, M., Hinckley, J. D., & Hulvershorn, L. A. (2025). Estimated Prevalence of Substance Use Disorders Among US Adolescents and Emerging Adults by Substance Class, Severity, and Age, 2021. *JAACAP Open*. *3*(4), 959-971. https://doi.org/10.1016/j.jaacop.2025.01.002

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-5th edition-text revised (DSM-5-TR).* Washington, DC: American Psychiatric Association Publication.

Anthoine, E., Moret, L., Regnault, A., Sébille, V., & Hardouin, J. B. (2014). Sample size used to validate a scale: a review of publications on newly developed patient-reported outcomes measures. *Health and Quality of Life Outcomes*, *12*, 176. https://doi.org/10.1186/s12955-014-0176-2

Baumeister R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, *97*(1), 90–113. https://doi.org/10.1037/0033-295x.97.1.90

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of clinical psychology*, *40*(6), 1365–1367. https://doi.org/10.1002/1097-4679(198411)40:6<1365::aid-jclp2270400615>3.0.co;2-d

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(2), 343–352. https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343

Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *The American Journal of Psychiatry*, *142*(5), 559–563. https://doi.org/10.1176/ajp.142.5.559

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *42*(6), 861–865. https://doi.org/10.1037/h0037562

Becker, G., Orbach, I., Mikulincer, M., Iohan, M., Gilboa-Schechtman, E., & Grossman-Giron, A. (2019). Reexamining the mental pain–suicidality link in adolescence: the role of tolerance for mental pain. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *49*(4), 1072-1084. https://doi.org/10.1111/sltb.12506.

Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*(2), 69–77. https://doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00296-3

Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer, *Frontiers in Public Health, 6*, 149. https:// doi. org/ 10. 3389/ fpubh. 2018. 00149.

Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, *33*(8), 1010–1024. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007

Casanova, M. P., Nelson, M. C., Pickering, M. A., Appleby, K. M., Grindley, E. J., Larkins, L. W., & Baker, R. T. (2021). Measuring psychological pain: psychometric analysis of the Orbach and Mikulincer mental pain scale. *Measurement Instruments for the Social Sciences*, *3*(1), 7. https://doi.org/10.1186/s42409-021-00025-8.

Cheung, G. W., Cooper-Thomas, H. D., Lau, R. S., & Wang, L. C. (2024). Reporting reliability, convergent and discriminant validity with structural equation modeling: A review and best-practice recommendations. *Asia Pacific Journal of Management*, *41*, 745-783. https://doi.org/10.1007/s10490-023-09871-y

Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, *6*(4), 284-290. https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284

Conejero, I., Olié, E., Calati, R., Ducasse, D., & Courtet, P. (2018). Psychological Pain, Depression, and Suicide: Recent Evidences and Future Directions. *Current Psychiatry Reports*, *20*(5), 33. https://doi.org/10.1007/s11920-018-0893-z

Cook, D. A., **&** Beckman, T. J. (2006). Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application, *American Journal of Medicine*, *119*(2), 166.e7-16. https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.10.036.

Credé, M., & Harms, P. D. (2015). 25 years of higher-order confirmatory factor analysis in the organi zational sciences: A critical review and development of reporting recommendations. *Journal of Organizational Behavior*, *36*(6), 845–872. https://doi.org/10.1002/job.2008

Cui, N., Bao, Y., Liu, X., Liu, K., & Chen, W. (2021). Validation of a Chinese version of the Tolerance for Mental Pain Scale-10 with Chinese college students. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, *49*(12), 1-8. https://doi.org/10.2224/sbp.10891

Daou, L., Rached, A., Jrad, M., Naja, W., & Haddad, R. (2024). Substance use disorder in the context of the economic crisis, covid-19 pandemic and social unrest: a cross-sectional study across Beirut (2020-2021). *L'Encephale*, *50*(5), 483–489. https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.08.013

Decker, K. P., Peglow, S. L., Samples, C. R., & Cunningham, T. D. (2017). Long-Term Outcomes After Residential Substance Use Treatment: Relapse, Morbidity, and Mortality. *Military Medicine*, *182*(1), e1589–e1595. https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00560

Demirkol, M. E., Tamam, L., Namli, Z., & Davul, O. E. (2019). Validity and reliability study of the Turkish version of the Tolerance for Mental Pain Scale-10. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 29*(4), 899-906. https://doi.org/10.1080/24750573.2019.1699309

Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, *18*(1), 39–50. https://doi.org/10. 2307/3151312.

Garland, E. L., Froeliger, B., Zeidan, F., Partin, K., & Howard, M. O. (2013). The downward spiral of chronic pain, prescription opioid misuse, and addiction: cognitive, affective, and neuropsychopharmacologic pathways. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *37*(10), 2597–2607. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.08.006

Glantz, M. D., Bharat, C., Degenhardt, L., Sampson, N. A., Scott, K. M., Lim, C. C., ... & WHO World Mental Health Survey Collaborators. (2020). The epidemiology of alcohol use disorders cross-nationally: Findings from the World Mental Health Surveys. *Addictive behaviors*, *102*, 106128. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106128

Green, R., Wolf, B. J., Chen, A., Kirkland, A. E., Ferguson, P. L., Browning, B. D., ... & Squeglia, L. M. (2024). Predictors of substance use initiation by early adolescence. *The American Journal of Psychiatry*, *181*(5), 423–433. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20230882

Hair Jr, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). Multivariate data analysis. In *Multivariate data analysis* (pp. 785-785).

Henseler, J., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2015). A New Criterion for Assessing Discriminant Validity in Variance-Based Structural Equation Modeling. *Journal of the Academy of Marketing Science*, *43*, 115-135. https://doi.org/10.1007/s11747-014-0403-8

Hogarty, K. Y., Hines, C. V., Kromrey, J. D., Ferron, J. M., & Mumford, K. R. (2005). The quality of factor solutions in exploratory factor analysis: The influence of sample size, communality, and overdetermination. *Educational and Psychological Measurement*, *65*(2), 202–226. https://doi.org/10.1177/0013164404267287

Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, E. J., & McLeod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement, 33*(4), 224–232. https://doi.org/10.1037/h0087144

Ilgen, M. A., Coughlin, L. N., Bohnert, A. S., Chermack, S., Price, A., Kim, H. M., ... & Blow, F. C. (2020). Efficacy of a Psychosocial Pain Management Intervention for Men and Women With Substance Use Disorders and Chronic Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, *77*(12), 1225–1234. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2369

IsHak, W. W., Wen, R. Y., Naghdechi, L., Vanle, B., Dang, J., Knosp, M., ... & Louy, C. (2018). Pain and Depression: A Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry*, *26*(6), 352–363. https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000198

Kline, R. B. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York, NY: Guilford.

Kulehmarzi, M. J. B., Yaztappeh, J. S., Khanjani, S., Abasi, I., Rajabi, M., & Mojahed, A. (2023). A study of early life experiences, temperament, character, and psychological pain in suicide attempters and normal individuals. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*, *10*(1), e126887. https://doi.org/10.5812/mejrh-126887

Kyriazos, T. A. (2018). Applied psychometrics: sample size and sample power considerations in factor analysis (EFA, CFA) and SEM in general. *Psychology*, *9*(8), 2207-2230. https://doi.org/10.4236/psych.2018.98126

Landi, G., Furlani, A., Boccolini, G., Mikulincer, M., Grandi, S., & Tossani, E. (2020). Tolerance for Mental Pain Scale (TMPS): Italian validation and evaluation of its protective role in depression and suicidal ideation. *Psychiatry Research*, *291*, 113263. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113263

Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity 1. *Personnel Psychology, 28*(4), 563–575. https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x

Lear, M. K., Stacy, S. E., & Pepper, C. M. (2018). Interpersonal needs and psychological pain: The role of brooding and rejection sensitivity. *Death Studies*, *42*(8), 521–528. https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1393029

Leenaars, A. A. (1996). Suicide: A multidimensional malaise. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *26*(3), 221–236. https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00608.x

Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. J. (2024). Determining Sample Size Requirements in EFA Solutions: A Simple Empirical Proposal. *Multivariate Behavioral Research*, 59(5), 899–912. https://doi.org/10.1080/00273171.2024.2342324

Maltsberger, J. T. (2004). The descent into suicide. *The International journal of psycho-analysis*, *85*(Pt 3), 653–667. https://doi.org/10.1516/002075704774200799

Marsh, H. W., & Hau, K. T. (1999). Confirmatory Factor Analysis: Strategies for Small Sample Sizes. *Statistical Strategies for Small Sample Research*, *1*, 251-284.

Martins, L. C., Campos, R. C., & Morujão, I. S. (2022). The mediating role of tolerance for psychological pain in the relationship of childhood trauma to suicidal ideation in individuals with a substance use disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, *61*(2), 197-213. https://doi.org/10.1111/bjc.12338

Masroor, A., Khorochkov, A., Prieto, J., Singh, K. B., Nnadozie, M. C., Abdal, M., ... & Mohammed, L. (2021). Unraveling the Association Between Schizophrenia and Substance Use Disorder-Predictors, Mechanisms and Treatment Modifications: A Systematic Review. *Cureus*, *13*(7), e16722. https://doi.org/10.7759/cureus.16722

Mee, S., Bunney, B. G., Bunney, W. E., Hetrick, W., Potkin, S. G., & Reist, C. (2011). Assessment of psychological pain in major depressive episodes. *Journal of Psychiatric Research*, *45*(11), 1504–1510. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.06.011

Mee, S., Bunney, B. G., Fujimoto, K., Penner, J., Seward, G., Crowfoot, K., ... & Reist, C. (2019). A study of psychological pain in substance use disorder and its relationship to treatment outcome. *PloS One*, *14*(11), e0216266. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216266

Meerwijk, E. L., & Weiss, S. J. (2014). Toward a unifying definition: response to 'The concept of mental pain'. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *83*(1), 62–63. https://doi.org/10.1159/000348869

Meerwijk, E. L., Mikulincer, M., & Weiss, S. J. (2019). Psychometric evaluation of the tolerance for mental pain scale in United States adults. *Psychiatry Research*, *273*, 746-752. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.101

Mento, C., Silvestri, M. C., Muscatello, M. R. A., Rizzo, A., Celebre, L., Bruno, A., & Zoccali, A. R. (2020). Psychological pain and risk of suicide in adolescence. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, *34*(3). 20190270. https://doi.org/10.1515/ijamh-2019-0270

Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors, 10*(2), 81–89. https://doi.org/10.1037/0893-164X.10.2.81

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H, (1994). *Psychometric theory, 3rd ed, Psychology*. McGraw-Hill, New York, NY.

Orbach, I., Gilboa-Schechtman, E., Johan, M., & Mikulincer, M. (2004). *Tolerance for mental pain scale*. Ramat-Gan: Department of Psychology, Bar-Ilan University.

Orbach, I., Mikulincer, M., Gilboa-Schechtman, E., & Sirota, P. (2003). Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *33*(3), 231–241. https://doi.org/10.1521/suli.33.3.231.23213

Orsolini, L., Latini, R., Pompili, M., Serafini, G., Volpe, U., Vellante, F., ... & De Berardis, D. (2020). Understanding the Complex of Suicide in Depression: from Research to Clinics. *Psychiatry Investigation*, *17*(3), 207–221. https://doi.org/10.30773/pi.2019.0171

Passos, B., Campos, R. C., Reixa, C., & Holden, R. R. (2023). The Mediating Role of Tolerance for Psychological Pain in the Relationship Between Different Types of Childhood Traumatic Experiences and Suicidal Ideation. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *91*(4), 2082-2102. https://doi.org/10.1177/00302228231169148

Radoman, M., Heilner, E., McGowan, C., Neree-Thompson, B., Sakmar, E., & Sinha, R. (2025). Examining the moderating role of intolerance of uncertainty on pain

tolerance and craving in patients with chronic pain and alcohol use disorder. *Alcohol*, *127*, 55-61. https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2025.06.001

Rajabi, M., Khanjani, S., Mousavi Asl, E., Nezafat Ferizi, J., & Bagian Kulehmarzi, M. J. (2023). The Risk Factors of Suicidal Motivations during COVID-19 Pandemic: Confirmation of Psychological Pain Theory, Psychological Symptoms, and Early Life Experiences. *Evidence Based Care*, *13*(3), 59-69. https://doi.org/10.22038/ebcj.2023.72256.2869

Rajabi, M., Sarani Y. J., Khanjani, S., Mohebi, M. D., & Bagian K. M. J. (2023). The Pathology of Borderline Personality Disorder Symptomatology in a Nonclinical Sample: The Role of Mental Pain, Cognitive Emotion Regulation, Self-compassion, and Depression. *Iranian Rehabilitation Journal*, *21*(2), 337-346. https://doi.org/10.32598/irj.21.2.1579.1

Reist, C., Mee, S., Fujimoto, K., Rajani, V., Bunney, W. E., & Bunney, B. G. (2017). Assessment of psychological pain in suicidal veterans. *PloS One*, *12*(5), e0177974. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177974

Ressel, M., Thompson, B., Poulin, M. H., Normand, C. L., Fisher, M. H., Couture, G., & Iarocci, G. (2020). Systematic review of risk and protective factors associated with substance use and abuse in individuals with autism spectrum disorders. *Autism*, *24*(4), 899-918. https://doi.org/10.1177/1362361320910963

Rizk, M. M., Herzog, S., Dugad, S., & Stanley, B. (2021). Suicide Risk and Addiction: The Impact of Alcohol and Opioid Use Disorders. *Current Addiction Reports*, *8*(2), 194–207. https://doi.org/10.1007/s40429-021-00361-z

Rose, M. S., Koshman, M. L., Ritchie, D., & Sheldon, R. (2009). The development and preliminary validation of a scale measuring the impact of syncope on quality of life. *Europace*, *11*(10), 1369–1374. https:// doi. org/ 10. 1093/ europ ace/ eup106.

Shneidman E. S. (1993). Suicide as psychache. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *181*(3), 145–147. https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00001

Soumani, A., Damigos, D., Oulis, P., Masdrakis, V., Ploumpidis, D., Mavreas, V., & Konstantakopoulos, G. (2011). Mental pain and suicide risk: application of the Greek version of the Mental Pain and the Tolerance of Mental Pain scale. *Psychiatriki*, *22*(4), 330–340.

Trull, T. J., Freeman, L. K., Vebares, T. J., Choate, A. M., Helle, A. C., & Wycoff, A. M. (2018). Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *5*, 15. https://doi.org/10.1186/s40479-018-0093-9

White, D., Leach, C., Sims, R., Atkinson, M., & Cottrell, D. (1999). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale for use with adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, *175*, 452–454. https://doi.org/10.1192/bjp.175.5.452

Yu, M., Lin, H., Wang, G. G., Liu, Y., & Zheng, X. (2022). Is too much as bad as too little? The S-curve relationship between corporate philanthropy and employee performance. *Asia Pacific Journal of Management. 39*(4), 1511-1534. https://doi.org/10.1007/s10490-021-09775-9

Zhang, X., & Wu, H. (2024). Investigating Structural Model Fit Evaluation. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *33*(5), 863–881. https://doi.org/10.1080/10705511.2024.2350023

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361–370. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 20, No. 80, P 75-98, Summer 2026

Research Article

The Mediating Role of Subjective Vitality in the Relationship of School Ethical Climate and Moral Intelligence With Substance Use Proneness in Students

Houshang Garavand[1], Hoda Lajevardi[2], Armin Faraji [3]

Received: 2026/06/06 Accepted: 2026/07/13

Abstract

Objective: The present study aimed to propose a structural model to investigate the mediating role of subjective vitality in the relationship of school ethical climate and moral intelligence with substance use proneness among male high school students. **Method:** This study was a descriptive-correlational research utilizing structural equation modeling. The statistical population comprised all male upper-secondary school students in Qom (n =16324) during the 2025–2026 academic year, from whom 200 students were selected using multi-stage cluster random sampling. The research instruments included the inventory of addiction potential scale, the subjective vitality scale, the moral intelligence competency inventory, and the school climate scale. Data were analyzed using the structural equation modeling method. **Results:** The results of structural equation modeling showed that research model had a favorable fit. Moral intelligence and subjective vitality had a significant negative relationship with substance use proneness, whereas the school ethical climate did not show a significant relationship. Furthermore, moral intelligence had a significant positive relationship with subjective vitality, while the relationship between school ethical climate and subjective vitality was not significant. In addition, bootstrapping results showed that moral intelligence, but not school ethical climate, had a significant indirect relationship with substance use proneness through the mediating role of subjective vitality. **Conclusion:** Overall, enhancing moral intelligence and promoting subjective vitality can be effective in reducing students' proneness to substance use. Therefore, implementing school-based programs to develop moral intelligence, teach life skills, and promote students' mental health is recommended.

Keywords: Moral intelligence, School ethical climate, Subjective vitality, Substance use proneness

1. Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran. Email: garavand.h@lu.ac.ir

2 . Assistant Professor, Department of Psychology, Tolouemehr Non-Profit University of Qom, Qom, Iran.

3. MA Student, Department of Psychology, Islamic Azad University, Qom Branch, Qom, Iran.

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال بیستم، شماره هشتاد، ص۹۸-۷۵، تابستان ۱۴۰۵

مقاله پژوهشی

نقش میانجی نشاط ذهنی در رابطه جو اخلاقی مدرسه و هوش اخلاقی با آمادگی به مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان

هوشنگ گراوند[۱]، هدی لاجوردی[۲]، آرمین فرجی[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۲۲

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به ارائه‌ی یک مدل ساختاری برای بررسی نقش میانجی نشاط ذهنی در رابطه جو اخلاقی مدرسه و هوش اخلاقی با آمادگی به مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان پسر متوسطه دوم پرداخت. **روش:** پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی از نوع مدل معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان پسر متوسطه دوم شهر قم در سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ به تعداد ۱۶۳۲۴ نفر بود که از میان آنان ۲۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه آمادگی به مصرف مواد مخدر، مقیاس نشاط ذهنی، مقیاس هوش اخلاقی و پرسش‌نامه جو اخلاقی مدرسه بود. داده‌ها با استفاده روش مدل‌سازی معادلات ساختاری تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان داد که مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار بود. هوش اخلاقی و نشاط ذهنی ارتباط منفی و معناداری با آمادگی به مصرف مواد مخدر داشتند، اما جو اخلاقی مدرسه ارتباط معناداری نشان نداد. همچنین، هوش اخلاقی ارتباط مثبت و معناداری با نشاط ذهنی داشت، در حالی که ارتباط بین جو اخلاقی مدرسه و نشاط ذهنی معنادار نبود. به علاوه، نتایج بوت استرپ نشان داد که هوش اخلاقی، اما نه جو اخلاقی مدرسه، از طریق نقش میانجی نشاط ذهنی ارتباط غیر مستقیم معناداری با آمادگی به مصرف مواد مخدر داشت. **نتیجه‌گیری:** در مجموع، تقویت هوش اخلاقی و ارتقای نشاط ذهنی می‌تواند در کاهش آمادگی دانش‌آموزان برای مصرف مواد مخدر مؤثر باشد. بنابراین، اجرای برنامه‌های مدرسه‌محور برای توسعه هوش اخلاقی، آموزش مهارت‌های زندگی و ارتقای سلامت روان دانش‌آموزان پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: نشاط ذهنی، جو اخلاقی مدرسه، هوش اخلاقی، آمادگی به مصرف مواد مخدر

۱. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. پست الکترونیک: garavand.h@lu.ac.ir

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه غیر انتفاعی طلوع مهر قم، قم، ایران.

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران.

مقدمه

آمادگی به مصـــرف مواد مخدر در دوره نوجوانی یکی از مهم‌ترین چالش‌های ســـلامت فردی و اجتماعی به شـمار می‌آید، زیرا می‌تواند پیامدهای گسـترده‌ای در ابعاد شـناختی، هیجانی، تحصیلی و کنش‌وری اجتماعی در نوجوانان به همراه داشته باشد. شواهد پژوهشی نشـان داده‌اند که شـکل‌گیری نگرش مثبت نسـبت به مصـرف مواد و کاهش حسـاسـیت اخلاقی در نوجوانان احتمال گرایش و اقدام به مصـــرف مواد را به طور معناداری افزایش می‌دهد (سیراج[1] و همکاران، ۲۰۲۱). دوره نوجوانی نیز به دلیل ویژگی‌های رشدی خاص، از جمله جست‌وجوی هویت، نیاز به پذیرش اجتماعی، حساسیت نسبت به فشار همسالان و ضـعف نسـبی در کنترل تکانه‌ها، از آسـیب‌پذیرترین مراحل زندگی در برابر مصـرف مواد محسوب می‌شود (آوسی[2]، ۲۰۲۵). از این رو، شناسایی متغیرهای فردی و محیطی مؤثر بر آمادگی به مصرف مواد از اهمیت نظری و کاربردی فراوانی برخوردار است. در این میان، جو اخلاقی مدرســـه[3] به عنوان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های محیطی نقش اســـاســـی در شکل‌گیری نگرش‌ها و رفتارهای اخلاقی سالم در نوجوانان ایفا می‌کند. جو اخلاقی مثبت با ویژگی‌هایی مانند عدالت، احترام، اعتماد، حمایت هیجانی و وجود هنجارهای اخلاقی مشـترک می‌تواند دانش‌آموزان را از آمادگی به مصـرف مواد مخدر دور نگه دارد و زمینه رشـــد اخلاقی و مســـئولیت‌پذیری را در آنان فراهم ســـازد (مونترو-کاترو[4] و همکاران، ۲۰۲۱). مطالعات بین‌المللی نیز نشـــان داده‌اند که در مدارس دارای جو اخلاقی قوی میزان آمادگی به مصـرف مواد مخدر، پرخاشـگری، قانون‌شـکنی و گرایش به مصـرف مواد در میان دانش‌آموزان کمتر است (جینس[5]، ۲۰۱۹).

از آنجا که بخش مهمی از تعاملات اجتماعی نوجوانان در محیط مدرســـه شـــکل می‌گیرد، جو اخلاقی نامناســـب می‌تواند آنان را نســـبت به رفتارهای ضـــدهنجار از جمله مصـرف مواد آسـیب‌پذیرتر سـازد. پژوهش‌ها همچنین نشـان داده‌اند که جو مدرسـه شـامل کیفیت رابطه معلم و دانش‌آموز، فضای حمایت‌گرانه و محترمانه، احساس تعلق به مدرسه،

1. Siraj
2. Avcı
3. school ethical climate
4. Montero-Carretero
5. Jeynes

عدالت ادراک‌شده و امنیت روانی ـ اجتماعی تأثیر قابل توجهی بر سلامت روانی نوجوانان دارد. برای مثال، در یک مطالعه طولی سه‌ساله در مدارس انگلستان مشاهده شد دانش‌آموزانی که ادراک مثبت‌تری از جو مدرسه داشتند در پیگیری‌های بعدی مشکلات روانی ـــ عاطفی و رفتاری کمتری نشان دادند (لورنت[1] و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین، در پژوهشی مشخص شد که جو مدرسه از طریق نگرش نسبت به اقتدار و ارزش‌ها بر نظام ارزشی دانش‌آموزان اثر می‌گذارد (گالوز- نیتو[2] و همکاران، ۲۰۲۲). افزون بر این، در مطالعه‌ای بزرگ‌مقیاس با مشارکت نزدیک به ۴۸ هزار دانش‌آموز از ۳۱۹ دبیرستان گزارش شده است که در مدارس دارای جو اقتدارمند و حمایت‌گر سطح آمادگی به مصرف مواد مخدر از جمله مصرف الکل و ماری‌جوانا پایین‌تر است (کورنل و هونگ[3]، ۲۰۱۶). این یافته‌ها نشان می‌دهند که جو مدرسه به ویژه در بعد اخلاقی آن می‌تواند به مثابه عاملی محافظت‌کننده در برابر گرایش به مصرف مواد عمل کند.

در کنار عوامل محیطی، هوش اخلاقی[4] یکی از ویژگی‌های فردی مهمی که می‌تواند بر گرایش به آمادگی به مصرف مواد مخدر تأثیر بگذارد است (قلی‌زاده مظفر و همکاران، ۱۳۹۷؛ کیخسروانی و همکاران، ۱۳۹۶). هوش اخلاقی به توانایی تمایز میان درست و نادرست، همدلی، وجدان، مسئولیت‌پذیری و پایبندی به اصول اخلاقی اشاره دارد (داکا[5]، ۲۰۲۴). نوجوانانی که از هوش اخلاقی بالاتری برخوردارند در تصمیم‌گیری سالم، مقاومت در برابر فشار همسالان، پیش‌بینی پیامدهای رفتار و پایبندی به هنجارهای اخلاقی توانمندتر هستند و به همین دلیل احتمال گرایش به مصرف مواد در آنان کمتر است (اسپیجو-سزلیس[6] و همکاران، ۲۰۲۰). در مقابل، ضعف در هوش اخلاقی می‌تواند به افزایش آمادگی به مصرف مواد مخدر، بی‌توجهی به پیامدهای اخلاقی رفتار و کاهش مهار رفتارهای آسیب‌زا منجر شود. همچنین، در پژوهشی جدید بر روی نوجوانان دوره راهنمایی و دبیرستان، شش مؤلفه اخلاقی شامل برابری، همدلی، اخلاق‌مداری، تسامح، خودکنترلی و مهربانی به عنوان شاخص‌های اساسی رشد اخلاقی شناسایی شده‌اند

1. Leurent
2. Gálvez-Nieto
3. Cornell & Huang
4. moral intelligence
5. Dacka
6. Espejo-Siles

(پراسیرتسین[1] و همکاران، ۲۰۲۴). از آنجا که این مؤلفه‌ها بر تصمیم‌گیری و رفتار اخلاقی اثرگذارند، می‌توان انتظار داشت نوجوانانی که از هوش اخلاقی بالاتری برخوردارند در برابر فشار همسالان و موقعیت‌های وسوسه‌انگیز مانند مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان دهند. بنابراین، هوش اخلاقی را می‌توان یکی از متغیرهای فردی محافظت‌کننده در برابر آمادگی به مصرف مواد دانست.

با این حال، تأثیر جو اخلاقی مدرسه و هوش اخلاقی بر آمادگی به مصرف مواد الزاماً به صورت مستقیم و ساده رخ نمی‌دهد بلکه ممکن است از طریق برخی سازه‌های روان‌شناختی مثبت تبیین شود. یکی از این سازه‌ها نشاط ذهنی[2] است. نشاط ذهنی به احساس انرژی مثبت، انگیزش درونی، سرزندگی، تجربه هیجان‌های مثبت و توانایی مقابله سالم با چالش‌های زندگی اشاره دارد (رایان و فردریک[3]، ۱۹۹۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که نشاط ذهنی می‌تواند نقشی محافظتی در برابر رفتارهای اعتیادگونه ایفا کند، احساس ارزشمندی و کنترل فردی را افزایش دهد و احتمال گرایش به آمادگی به مصرف مواد مخدر از جمله مصرف مواد را کاهش دهد (کور و شوشانی[4]، ۲۰۲۳). از سوی دیگر، جو اخلاقی مثبت مدرسه می‌تواند از طریق تقویت احساس امنیت روانی، حمایت اجتماعی و تعلق به مدرسه سطح نشاط ذهنی دانش‌آموزان را افزایش دهد. همچنین، هوش اخلاقی بالاتر به دلیل ارتباط با خودتنظیمی، تاب‌آوری و معناجویی می‌تواند به ارتقای نشاط ذهنی در نوجوانان منجر شود.

یافته‌های پژوهشی در زمینه رابطه جو مدرسه و سلامت روان نیز این ارتباط را تأیید می‌کنند. در مطالعه‌ای که فرایند گذار از دبستان به دبیرستان را بررسی کرده است میان ویژگی‌های مثبت جو مدرسه، از جمله امنیت، روابط اجتماعی مناسب و احساس وابستگی به مدرسه، با کاهش مشکلات عاطفی و رفتاری و بهبود رفاه روانی رابطه معناداری مشاهده شد (لستر و کراوس[5]، ۲۰۱۵). افزون بر این، مروری نظام‌مند بر پژوهش‌های اخیر نشان داده است که جو مدرسه بر پیشرفت تحصیلی، سلامت هیجانی ـــ اجتماعی، رفتارها و

1. Prasertsin
2. subjective vitality
3. Ryan & Frederick
4. Kor & Shoshani
5. Lester & Cross

پیامدهای روان‌شناختی نوجوانان تأثیرگذار است (پودیا[1] و همکاران، ۲۰۲۵). بر این اساس، نشـاط ذهنی که دربردارنده احسـاس تعلق، امنیت روانی، امید به آینده، انگیزه و رفاه ذهنی اسـت می‌تواند به عنوان سـازه‌ای میانجی پیوند میان ویژگی‌های محیطی و فردی را با پیامد رفتاری آمادگی به مصرف مواد برقرار سازد. در واقع، در نظر گرفتن نشاط ذهنی به عنوان متغیر میانجی امکان تبیین دقیق‌تر مسیرهای روانی ـ اجتماعی اثرگذاری جو اخلاقی مدرسه و هوش اخلاقی بر آمادگی به مصرف مواد را فراهم می‌آورد.

مرور پیشـینه‌های پژوهشـی نشـان می‌دهد که هر یک از متغیرهای مورد نظر پژوهش حاضر به صورت جداگانه یا در برخی ترکیب‌های محدود مورد توجه قرار گرفته‌اند. برای مثال، بهرام‌بیگی و کریمی باغملک (۱۴۰۳) نشـان دادند که ذهن‌آگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و سرزندگی ذهنی می‌توانند گرایش به مواد مخدر را در نوجوانان پیش‌بینی کنند. همچنین، قنبری و فولادچنگ (۱۳۹۴) نیز به این نتیجه رسیدند که تاب‌آوری و نشاط ذهنی با اسـتعداد اعتیاد رابطه منفی دارند و از قدرت پیش‌بینی‌کنندگی برخوردارند. این یافته‌ها بیانگر آن اسـت که نشـاط ذهنی می‌تواند به عنوان یکی از عوامل محافظت‌کننده در برابر گرایش به مصرف مواد مطرح باشد. از سوی دیگر، پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه هوش اخلاقی نیز عمدتاً بر پیامدهای مثبت روان‌شـناختی و تحصـیلی آن متمرکز بوده‌اند، به‌گونه‌ای که بهلولی چیچکلوی حاجی آقا و محمود فخه (۱۴۰۰) اثربخشی آموزش هوش اخلاقی را بر بهزیستی روان‌شناختی و اخلاق تحصیلی دانش‌آموزان تأیید کردند، معینی‌کیا و همکـاران (۱۴۰۱) نقش مسـتقیم و غیرمسـتقیم هوش اخلاقی را در تبیین بهزیسـتی روان‌شـناختی نشـان دادند و زمانیان قوژدی و همکاران (۱۳۹۷) نیز بیان کردند که هوش اخلاقی از طریق بهزیسـتی روان‌شـناختی بر خودشـکوفایی اثرگذار اسـت. این مطالعات اگرچه اهمیت هوش اخلاقی را در سـلامت روان و عملکرد مثبت افراد آشـکار سـاخته‌اند، اما به نقش آن در آمادگی به مصرف مواد مخدر نپرداخته‌اند.

در حوزه متغیرهای محیطی نیز پژوهش‌ها بر اهمیت جو مدرسه و خصوصا جو اخلاقی در پیامدهای رشدی و تحصیلی دانش‌آموزان تأکید داشته‌اند. مرادی‌مقدم و بدری (۱۴۰۲)

1. Podiya

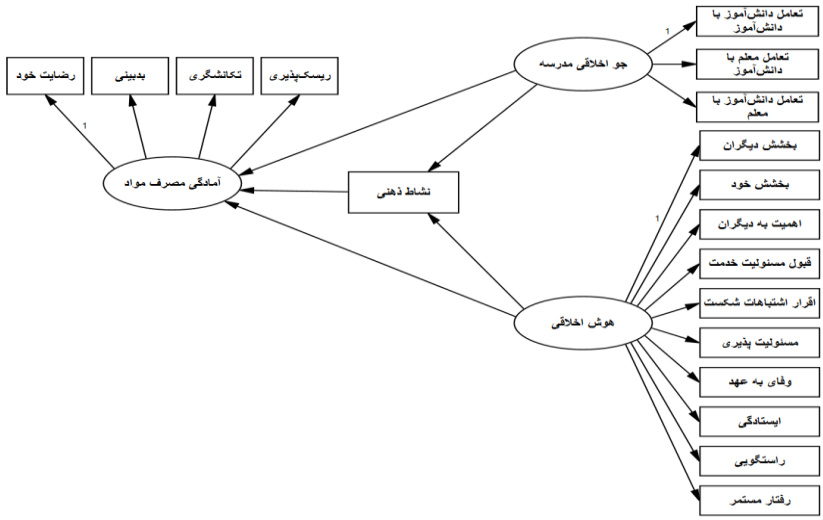
نشان دادند که جو مدرسه در کنار حمایت تحصیلی می‌تواند در رابطه کیفیت زندگی در مدرسه با سرزندگی تحصیلی نقش میانجی ایفا کند. همچنین، حاجی‌بابا (۱۴۰۲) گزارش کرد که جو اخلاقی مدرسه با رفتارهای مدنی تحصیلی و سرزندگی تحصیلی رابطه مثبت دارد و از طریق تحول مثبت دوره نوجوانی نیز قابل تبیین است. در پژوهش‌های خارجی نیز دیلی[1] و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند که شاخص‌های مثبت جو مدرسه، از جمله رابطه حمایتی معلم و دانش‌آموز، احساس تعلق به مدرسه و عدالت ادراک‌شده اثر بازدارنده معناداری بر شروع مصرف مواد دارند. رودریگز-رویز[2] و همکاران (۲۰۲۳) نیز گزارش کردند که جو مدرسه و حمایت اجتماعی مدرسه از طریق سازه‌های روان‌شناختی، مانند سلامت روان و انگیزش مثبت، با کاهش مصرف مواد ارتباط دارند. به علاوه، سزنیتمَن و انگل-یگر[3] (۲۰۱۷) تأکید کردند که اثر عوامل فردی و محیطی بر گرایش به مصرف مواد غالباً از مسیر متغیرهای میانجی مرتبط با سلامت روان و رفاه روانی عمل می‌کند. در همین راستا، چچه[4] و همکاران (۲۰۲۲) نیز نشان دادند که نشاط ذهنی با کاهش رفتارهای اعتیادگونه در نوجوانان رابطه معنادار دارد. افزون بر این، کان[5] و همکاران (۲۰۱۹) در تبیین نقش ویژگی‌های فردی محافظت‌کننده نشان دادند که توانایی‌های روانی و اخلاقی و نیز مهارت‌های تنظیم هیجان با کاهش مصرف مواد مرتبط‌اند.

با وجود این، بررسی دقیق پیشینه‌ها نشان می‌دهد که چند خلأ اساسی همچنان پابرجاست. نخست، بیشتر پژوهش‌های انجام شده هر یک تنها بر بخشی از این شبکه مفهومی تمرکز کرده‌اند، به این معنا که یا متغیرهای فردی مانند هوش اخلاقی، نشاط ذهنی، ذهن‌آگاهی و تاب‌آوری را بررسی کرده‌اند یا متغیرهای محیطی مانند جو مدرسه و کیفیت زندگی در مدرسه را بررسی کرده‌اند. به هر حال،کمتر پژوهشی این متغیرها را در قالب یک مدل ساختاری یکپارچه و در ارتباط با آمادگی به مصرف مواد مخدر مورد مطالعه قرار داده است. دوم، در اغلب مطالعات پیشین جو مدرسه به صورت کلی سنجیده شده و جو اخلاقی مدرسه به عنوان بعدی ویژه و مهم از فضای تربیتی مدرسه کمتر به طور

1. Daily
2. Rodríguez-Ruiz
3. Sznitman & Engel-Yeger
4. Cece
5. Kun

مستقل در پیوند با آمادگی به مصرف مواد بررسی شده است. سوم، هرچند پژوهش‌های مختلفی نقش هوش اخلاقی را در بهزیستی روان‌شناختی، اخلاق تحصیلی و خودشکوفایی تأیید کرده‌اند، اما نقش آن در تبیین آمادگی به مصرف مواد خصوصا در کنار یک متغیر محیطی مانند جو اخلاقی مدرسه کمتر مورد توجه قرار گرفته است. چهارم، اگرچه برخی مطالعات به نقش متغیرهای میانجی روان‌شناختی اشاره کرده‌اند، اما نشاط ذهنی به عنوان سازه‌ای مثبت‌نگر و محافظت‌کننده کمتر در قالب نقش میانجی میان جو اخلاقی مدرسه و هوش اخلاقی با آمادگی به مصرف مواد مخدر آزمون شده است. پنجم، بسیاری از مطالعات داخلی انجام شده بر دانشجویان، دختران و یا بر پیامدهای تحصیلی و بهزیستی تمرکز داشته‌اند و درباره دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه شهر قم شواهد پژوهشی مستقیم و بومی کافی وجود ندارد.

بنابراین، خلأ اصلی پژوهش حاضر در این است که تاکنون مطالعه‌ای جامع که بتواند آمادگی به مصرف مواد مخدر را بر اساس جو اخلاقی مدرسه و هوش اخلاقی با نقش میانجی نشاط ذهنی در قالب مدل‌سازی معادلات ساختاری و در جامعه دانش‌آموزان پسر متوسطه دوم شهر قم تبیین کند انجام نشده است. بنابراین، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال بود که آیا نشاط ذهنی در رابطه بین جو اخلاقی مدرسه و هوش اخلاقی با آمادگی به مصرف مواد مخدر دارای نقش میانجی می‌باشد؟ در نمودار ۱ مدل مفهومی پژوهش ارائه شده است.



نمودار ۱: مدل نظری پژوهش

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر توصیفی ـــ همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه دوم شهر قم به تعداد ۱۶۳۲۴ دانش‌آموز در سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ بود. برای تعیین حجم نمونه، از راهکار پیشنهادی کلاین[1] (۲۰۱۵) در مطالعات مبتنی بر مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. کلاین معتقد است که اگرچه حداقل نسبت حجم نمونه به ازای هر متغیر مشاهده‌شده ۵ نفر است، اما نسبت ۱۰ نفر مناسب‌تر و نسبت ۲۰ نفر مطلوب قلمداد می‌شود. بر این اساس و با توجه به تعداد متغیرهای مشاهده‌شده در مدل پژوهش، حجم نمونه ۲۰۰ نفر تعیین گردید. روش نمونه‌گیری در این تحقیق خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود. بدین منظور، ابتدا از میان نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شهر قم، ناحیه سه به صورت تصادفی انتخاب شد. در مرحله بعد، از میان دبیرستان‌های این ناحیه دو دبیرستان دخترانه برگزیده شدند و در نهایت، پرسش‌نامه‌های پژوهش در میان دانش‌آموزان پایه‌های دهم تا دوازدهم این آموزشگاه‌ها توزیع گردید. در اجرای فرایند پژوهش، ابتدا مجوزهای لازم از دانشگاه و

1. Kline

اداره کل آموزش و پرورش شـــهر قم دریافت شـــد. پیش از توزیع ابزارهای اندازه‌گیری، توضیحاتی درباره ضرورت همکاری صادقانه و شیوه پاسخ‌دهی به سؤالات به دانش‌آموزان ارائه گردید. همچنین، بر رعایت اصـــل رازداری، محرمانه ماندن پاسـخ‌ها و داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش تأکید شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل اشتغال به تحصیل در مقطع متوسطه دوم و اعلام رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. معیار خروج نیز شامل پاسخ‌دهی ناقص به پرسش‌نامه‌ها (بیش از ۵ درصد سؤالات) در نظر گرفته شد. به منظور تحلیل داده‌ها، در سـطح آمار توصـیفی از شـاخص‌هایی همچون میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی استفاده شد. در سطح آمار استنباطی نیز از ضریب هم‌بستگی پیرسون برای بررسی روابط اولیه و از مدل‌سازی معادلات ساختاری جهت آزمون مدل پیشنهادی بهره گرفته شد. همچنین، برای بررسی معناداری مسیرهای میانجی، روش بوت استرپ[1] به کار رفت. تمامی تحلیل‌های آماری با اســـتفاده از بســـته‌های نرم‌افزاری آماری برای علوم اجتماعی (اس‌پی‌اس‌اس-نسخه ۲۶) و نرم‌افزار آموس (نسخه ۲۴) انجام پذیرفت.

ابزار

۱- پرســش‌نامه هوش اخلاقی[2]: برای ســنجش هوش اخلاقی از ابزار خودگزارش‌دهی ۴۰ گویه‌ای لنیک و کیل[3] (۲۰۰۵) اسـتفاده شـد. این پرسـش‌نامه ۱۰ مؤلفه (بخشـش دیگران، بخشـش خود، اهمیت به دیگران، قبول مسـئولیت خدمت، اقرار به اشـتباهات شـکسـت، مسئولیت‌پذیری، وفای به عهد، ایستادگی، راستگویی و رفتار مستمر) را در قالب طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (۱ = هرگز تا ۵ = همیشه) می‌سنجد. دامنه نمرات بین ۴۰ تا ۲۰۰ می‌باشد و نمره بالاتر نشان‌دهنده هوش اخلاقی بیشتر است. روایی و پایایی این ابزار در پژوهش‌های داخلی و خارجی (مانند مارتین و آســتین[4]، ۲۰۱۰؛ بهرامی و همکاران، ۱۳۹۱؛ آراســته و همکاران، ۱۳۸۹؛ مختاری‌پور و ســیادت، ۱۳۸۸) تأیید شــده اســت. در پژوهش حاضــر، ضـریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۹ و برای کل پرسـش‌نامه ۰/۹۳ بدست آمد.

1. bootstrapping
2. moral intelligence competency inventory (MICI)
3. Lennick & Kiel
4. Martin & Austin

۲- پرسش‌نامه جو اخلاقی مدرسه[1]: برای تبیین فضای اخلاقی حاکم بر محیط آموزشی از مقیاس خودگزارش‌دهی ۴۴ گویه‌ای شولت[2] و همکاران (۲۰۰۲) استفاده شد که خرده‌مقیاس‌های رابطه معلمان با دانش‌آموزان، رابطه دانش‌آموز با معلم/محیط یادگیری و رابطه دانش‌آموز با دانش‌آموز را پوشش می‌دهد. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه بر پایه طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (درست نیست) تا ۵ (همیشه درست است) انجام می‌شود و نمره کل آن در بازه ۴۴ تا ۲۲۰ قرار می‌گیرد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده ادراک مثبت‌تر از جو اخلاقی مدرسه است. یافته‌های احمدی و همکاران (۱۳۹۷) پایایی ابعاد این مقیاس را در بازه ۰/۷۵ تا ۰/۸۳ تأیید کرده است. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۹ و برای خرده‌مقیاس‌های مذکور به ترتیب ۰/۸۴؛ ۰/۸۲ و ۰/۸۸ محاسبه گردید.

۳- مقیاس نشاط ذهنی[3]: جهت سنجش سطح انرژی روانی و سرزندگی درونی دانش‌آموزان از فرم کوتاه مقیاس خودگزارش‌دهی نشاط ذهنی رایان و فردریک (۱۹۹۷) استفاده شد. این فرم دارای ۷ گویه است و وضعیت کنونی نشاط ذهنی فرد را در یک طیف لیکرت هفت درجه‌ای از ۱ (بسیار مخالفم) تا ۷ (بسیار موافقم) مورد سنجش قرار می‌دهد که دامنه نمرات آن بین ۷ تا ۴۹ متغیر بوده و کسب نمرات بالاتر در آن به معنای تجربه نشاط و سرزندگی روانی بیشتر است. ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در مطالعات بین‌المللی (میلیاواسکایا و کوستنز[4]، ۲۰۱۱) با آلفای ۰/۹۴ و در پژوهش‌های داخلی (شیخ‌الاسلامی و دفترچی، ۱۳۹۴) با آلفای ۰/۸۹ مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهش جاری، ضریب پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۱ برآورد شد.

۴- پرسش‌نامه آمادگی به مصرف مواد مخدر[5]: این مقیاس که توسط وید[6] و همکاران (۱۹۹۲) طراحی و در ایران توسط زرگر و همکاران (۱۳۸۷) هنجاریابی شده است، آمادگی بالقوه افراد برای مصرف مواد را ارزیابی می‌کند. پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی

1. school climate scale (SCS)
2. Schulte
3. subjective vitality scale (SVS)
4. Milyavskaya & Koestner
5. inventory of addiction potential scale (IAPS)
6. Weed

مذکور مشتمل بر ۳۶ گویه اصلی و ۵ گویه دروغ‌سنج است که پاسخ‌دهنده بر اساس یک طیف لیکرت چهار درجه‌ای از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) به آن‌ها پاسخ می‌دهد. در این ابزار، نمره‌گذاری گویه‌های ۶، ۱۲، ۱۵ و ۲۱ به صورت معکوس انجام شده و نمره کل در دامنه‌ای بین ۰ تا ۱۰۸ نوسان دارد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده استعداد و تمایل بیشتر آزمودنی به مصرف مواد مخدر است. مطالعه حاجی‌حسنی و همکاران (۱۳۹۰) پایایی این مقیاس را ۰/۸۷ گزارش کرده است. در مطالعه حاضر، ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ بدست آمد.

یافته‌ها

نتایج جمعیت شناختی پژوهش نشان داد که از مجموع ۲۰۰ نفر انتخاب شده از جامعه آماری، دانش‌آموزان پایه دهم ۱۴۵ نفر (۷۲/۵۰ درصد)، پایه یازدهم ۳۶ نفر (۱۸ درصد) و پایه دوازدهم ۱۹ نفر (۹/۵۰ درصد) بودند. میانگین سنی آزمودنی‌ها برابر ۱۷/۰۷ و انحراف معیار آن ۰/۷۹ بود.

در جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد، کجی، کشیدگی و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد، کجی، کشیدگی و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴
۱- جو اخلاقی مدرسه	–			
۲- هوش اخلاقی	۰/۴۴*	–		
۳- نشاط ذهنی	۰/۲۶*	۰/۴۶*	–	
۴- آمادگی به مصرف مواد مخدر	-۰/۲۹*	-۰/۳۵*	-۰/۳۶*	–
میانگین	۱۴۳/۲۲	۱۳۸/۷۰	۳۳/۰۵	۶۷/۱۴
انحراف استاندارد	۳۲/۳۲	۲۲/۶۰	۷/۲۸	۱۶/۸۵
کجی	۰/۲۲	-۰/۲۳	-۰/۵۵	۰/۷۰
کشیدگی	-۰/۴۶	-۰/۰۷	۰/۶۰	-۰/۵۸

* p< ۰/۰۱.

نتایج جدول ۱ نشـــان می‌دهد که جو اخلاقی مدرســـه، هوش اخلاقی و نشـــاط ذهنی ارتباط منفی معنی‌داری با آمادگی به مصرف مواد مخدر داشتند (p < ۰/۰۱). همچنین، جو اخلاقی مدرسه و هوش اخلاقی رابطه مثبت معنی‌داری با نشاط ذهنی داشتند (p < ۰/۰۱).

دامنه مقادیر ضـریب کجی و کشـیدگی در دامنه نرمال ۱- و ۱+ بودند که نشـان‌دهنده توزیع نرمال داده‌ها بود. به منظور بررســی اســتقلال خطاها از یکدیگر از آزمون دوربین- واتسـون اسـتفاده شـد که آماره این آزمون برابر با ۱/۷۶ بود که تاییدکننده فرض اسـتقلال خطاها بود، زیرا شرط تأیید این پیش‌فرض این است که میزان آماره این آزمون بین ۱/۵ تا ۲/۵ باشـــد (کلاین، ۲۰۲۳). جهت بررســـی مفروضـــه عدم وجود همخطی چندگانه برای متغیرهای برونزای پژوهش، شـــاخص تحمل[1] و عامل تورم واریانس[2] بررســـی شـــد. آماره عامل تورم واریانس برای جو اخلاقی مدرسـه، هوش اخلاقی و نشـاط ذهنی به ترتیب برابر با ۱/۸۴، ۱/۴۲ و ۱/۶۰ بود که کمتر از حد قابل قبول یعنی ۵ بودند. بنابراین، عدم وجود همخطی چندگانه مورد تایید قرار گرفت. جدول ۲ شـــاخص‌های برازش مدل پژوهش را نشان می‌دهد.

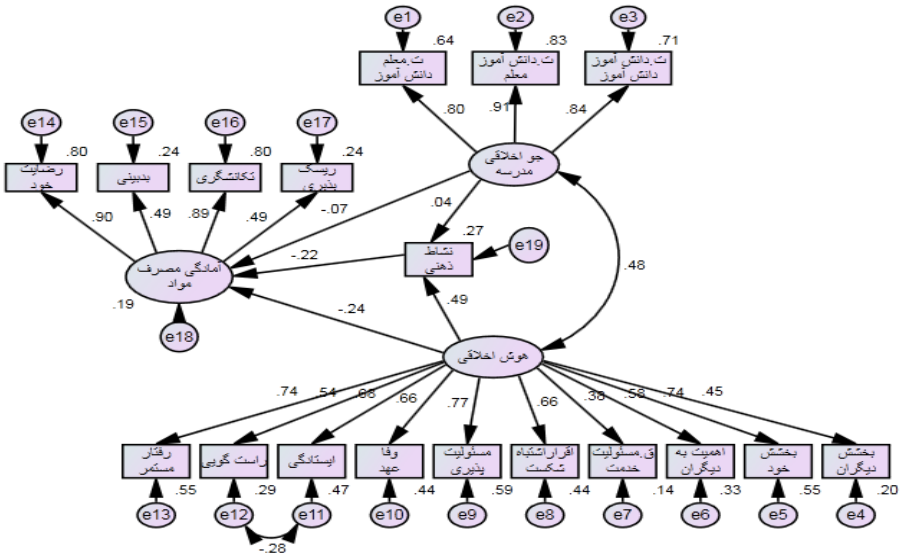
جدول ۲: شاخص‌های برازش مدل‌های پیشنهادی و اصلاح‌شده

شاخص	خی دو	درجه آزادی	خی دو بر درجه آزادی	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	شاخص نیکویی برازش	شاخص برازش مقایسه‌ای	شاخص توکر- لوئیس
مدل پیشنهادی	۳۰۲/۵۴	۱۳۱	۲/۳۰	۰/۰۸۱	۰/۸۶	۰/۸۸	۰/۸۶
مدل اصلاح‌شده	۲۵۰/۱۸	۱۲۹	۱/۹۳	۰/۰۶۹	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۹۰
مقدار مطلوب	-	-	<۳	<۰/۰۸	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰

نتایج جدول ۲ نشـان داد مدل پیشـنهادی اولیه دارای برازش در برخی از شـاخص‌ها نبود. بنابراین، به کمک شـاخص‌های اصـلاحی[3] پیشـنهادی بین جو اخلاقی مدرسـه و هوش اخلاقی روابط دو طرفه برقرار شد و نتایج مدل اصلاح‌شده در جدول ۲ نشان می‌دهد که بر

1. tolerance index
2. variance inflation factor (VIF)
3. modification indices

اساس معیار هو و بنتلر[1] (۱۹۹۹؛ به نقل از عامری، ۱۴۰۱) مدل از برازش مطلوبی برخوردار است. ضرایب استاندارد مسیرهای مدل مفهومی در شکل ۲ نشان داده شده است.



نمودار ۲: مدل اصلاح‌شده ارتباط بین متغیرهای پژوهش در مدل

جدول ۳ روابط مستقیم بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳: ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم مدل پژوهش

مسیرهای مستقیم	ضریب استاندارد	نسبت بحرانی	معنی‌داری
جو اخلاقی مدرسه ← آمادگی به مصرف مواد مخدر	-۰/۰۷۰	-۰/۸۲	۰/۴۱
هوش اخلاقی ← آمادگی به مصرف مواد مخدر	-۰/۲۴	-۲/۳۱	۰/۰۲*
نشاط ذهنی ← آمادگی به مصرف مواد مخدر	-۰/۲۲	-۲/۷۳	۰/۰۰۶ **
جو اخلاقی مدرسه← نشاط ذهنی	۰/۰۴۲	۰/۵۵	۰/۵۸
هوش اخلاقی← نشاط ذهنی	۰/۴۹	۴/۶۵	<۰/۰۰۱ ***

* p < ۰/۰۵. ** p < ۰/۰۱. *** p < ۰/۰۰۱.

همانگونه که در نمودار ۲ و جدول ۳ ملاحظه می‌شود، هوش اخلاقی (p < ۰/۰۵) و نشاط ذهنی (p < ۰/۰۱) ارتباط مستقیم منفی معنی‌داری با آمادگی مصرف مواد مخدر داشتند، در حالی که جو اخلاقی مدرسه دارای چنین ارتباط مستقیم معناداری نبود (۰/۰۵

1. Hu & Bentler

($p < ۰/۰۰۱$). همچنین، هوش اخلاقی ارتباط منفی معنی‌داری با نشاط ذهنی داشت ($p < ۰/۰۰۱$)، اما جو اخلاقی مدرسه دارای چنین ارتباط مستقیم معناداری نبود ($p > ۰/۰۵$). در کل، مدل ۱۹ درصد است از واریانس آمادگی مصرف مواد را پیش‌بینی کرد. در ادامه به منظور آزمون معناداری نقش میانجی نشاط ذهنی در رابطه بین هوش اخلاقی و جو اخلاقی مدرسه با آمادگی مصرف مواد از آزمون بوت استرپ با ۲۰۰۰ بازنمونه‌گیری استفاده شد.

جدول ٤: نتایج آزمون بوت استرپ ارتباط غیر مستقیم مدل پژوهش

مسیرهای غیر مستقیم	ضریب استاندارد	حد بالا	حد پایین	معنی‌داری
جو اخلاقی مدرسه← نشاط ذهنی ← آمادگی به مصرف مواد مخدر	-۰/۰۰۸	۰/۰۲	-۰/۰۶	۰/۹۳
هوش اخلاقی ← نشاط ذهنی ← آمادگی به مصرف مواد مخدر	-۰/۱۱	-۰/۰۳	-۰/۲۳	۰/۰۲ *

* $p < ۰/۰۵$.

طبق نتایج جدول ۴، نشاط ذهنی فقط در رابطه غیر مستقیم بین هوش اخلاقی و آمادگی به مصرف مواد دارای نقش میانجی معناداری بود ($p < ۰/۰۵$) و در این مسیر عدد صفر در دامنه حد بالا و پایین نبود. در طرف مقابل، نشاط ذهنی در رابطه بین جو اخلاقی مدرسه و آمادگی به مصرف مواد نقش میانجی معناداری نداشت ($p> ۰/۰۵$) و حد بالا و پایین این مسیر پوشش‌دهنده عدد صفر بود. لازم به ذکر است که در مسیرهای معنادار، عدد صفر در دامنه حد بالا و پایین قرار نمی‌گیرد.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش مدل ساختاری آمادگی به مصرف مواد مخدر بر اساس جو اخلاقی مدرسه و هوش اخلاقی از طریق میانجی‌گری نشاط ذهنی تدوین شد و برازش مدل مورد تأیید قرار گرفت. نتایج نشان داد که جو اخلاقی مدرسه رابطه مستقیم معناداری با آمادگی به مصرف مواد مخدر نداشت. این یافته با نتایج پژوهش دیلی و همکاران (۲۰۲۰) که جو مدرسه را عامل بازدارنده می‌دانند در تضاد است. اما می‌تواند با یافته‌های بهرام‌بیگی و کریمی (۱۴۰۳) همسو باشد، چرا که آن‌ها بر متغیرهای فردی (ذهن‌آگاهی و سرزندگی) تأکید دارند. این تفاوت احتمالاً ناشی از بافت فرهنگی خاص شهر قم است که در آن،

عوامل بیرونی (جو مدرسه) در برابر عوامل درونی (باورهای مذهبی/خانوادگی) وزن کمتری در پیش‌بینی رفتارهای پرخطر دارند. طبق نظریه اکولوژیک برون‌فن‌برنر، اگرچه جو مدرسه (محیط خرد) در رشد دانش‌آموز مؤثر است، اما اثربخشی آن مشروط به درونی‌سازی است (کهرازیی و همکاران، ۱۳۹۶). در مدارس شهر قم، اگر جو اخلاقی بیشتر متکی بر نظارت بیرونی، کنترل انضباطی یا اعمال فشار اجتماعی باشد، ممکن است به جای ایجاد تعهد قلبی نوعی واکنش انفعالی ایجاد کند. وقتی جو مدرسه برای دانش‌آموز به معنای آزادی عمل نباشد، دانش‌آموز ممکن است در محیط مدرسه ظاهری منطبق با موازین نشان دهد اما در برابر وسوسه مواد مخدر از جو اخلاقی مدرسه به عنوان منبع قدرت درونی استفاده نکند. در واقع، جو اخلاقی مدرسه در این پژوهش نتوانسته است به عنوان یک مکانیسم محافظتی در ذهن دانش‌آموز نهادینه شود تا بتواند آمادگی او را برای مصرف کاهش دهد.

نتایج پژوهش نشان داد که بین هوش اخلاقی با آمادگی به مصرف مواد مخدر رابطه منفی معنی‌داری وجود داشت. این یافته با یافته‌های کان و همکاران (۲۰۱۹) در مورد تأثیر هوش هیجانی/اخلاقی بر رفتارهای پرخطر و پژوهش بهلولی چیچکلوی حاجی آقا و محمود فخه (۱۴۰۰) در مورد اثربخشی آموزش هوش اخلاقی بر بهبود عملکرد رفتاری دانش‌آموزان کاملاً همسو است. هوش اخلاقی به معنای توانایی کاربرد اصول اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های پیچیده است. از منظر نظریه شناختی-اجتماعی، دانش‌آموزان با هوش اخلاقی بالا دارای خودکارآمدی اخلاقی بالاتری هستند (حمیدی و همکاران، ۱۴۰۲). آن‌ها قادرند پیامدهای بلندمدت رفتارهای تکانشی را پیش‌بینی کنند (تفکر پیش‌نگرانه). آمادگی به مصرف مواد اغلب حاصل ناتوانی در به تأخیر انداختن لذت و ضعف در ارزیابی خطرات است. هوش اخلاقی با ارتقای تأمل اخلاقی به دانش‌آموز قدرت می‌دهد که در برابر فشارهای همسالان که اصلی‌ترین منبع گرایش به مواد هستند مقاومت کرده و ارزش‌های اخلاقی خود را بر لذت‌های آنی ناشی از مصرف مواد ترجیح دهد (بهلولی چیچکلوی حاجی آقا و محمود فخه، ۱۴۰۰).

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که بین نشاط ذهنی و آمادگی به مصرف مواد مخدر رابطه مستقیم معناداری وجود داشت. این یافته کاملاً با پژوهش قنبری و فولادچنگ (۱۳۹۴) و همچنین چچه و همکاران (۲۰۲۲) منطبق است که نشاط ذهنی را یک عامل محافظتی قدرتمند در برابر گرایش به اعتیاد دانسته‌اند. طبق مدل گسترش و ساخت باربارا فردریکسون، هیجانات مثبت (مانند نشاط) دایره تفکر و عمل فرد را گسترش می‌دهند. فردی که نشاط ذهنی بالایی دارد منابع روانی (تاب‌آوری، امید، خودباوری) بیشتری در اختیار دارد (جفره، ۱۴۰۴). در مقابل، آمادگی به مصرف اغلب ناشی از یک خلأ وجودی یا تلاش برای درمان خود برای کاهش استرس‌های درونی است. نشاط ذهنی باعث می‌شود فرد با زندگی خود احساس توافق و رضایت داشته باشد. بنابراین، انگیزه روانی برای پناه بردن به مواد مخدر کاهش می‌یابد. در واقع، نشاط ذهنی با افزایش ظرفیت انطباق نیاز فرد به مکانیسم‌های مقابله‌ای آسیب‌زا (مثل مواد) را به حداقل می‌رساند (قنبری و فولادچنگ، ۱۳۹۴).

نتایج این پژوهش بیانگر این بود که بین جو اخلاقی مدرسه و نشاط ذهنی رابطه مستقیم معناداری وجود نداشت. این یافته در تضاد با نتایج حاجی‌بابا (۱۴۰۲) و مرادی‌مقدم و بدری (۱۴۰۲) است که جو مدرسه را با سرزندگی و نشاط مرتبط می‌دانستند. این عدم رابطه می‌تواند حاکی از این باشد که در مدارس مورد مطالعه جو اخلاقی صرفاً بر اطاعت و انضباط تمرکز دارد و نه بر ایجاد محیطی که در آن دانش‌آموز احساس امنیت روانی، شادکامی و شکوفایی کند. طبق نظریه خودمختاری، نشاط ذهنی زمانی شکوفا می‌شود که نیازهای بنیادین فرد (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) تأمین شود (موسیوند، ۱۴۰۰). اگر جو اخلاقی مدرسه صرفاً بر چارچوب‌های سخت‌گیرانه اخلاقی متمرکز باشد بدون اینکه این سه نیاز را ارضا کند، فرد ممکن است احساس کند در محیطی اخلاقی است اما احساس شادی و شکوفایی نکند. در واقع، جو اخلاقی خشک و آمرانه ممکن است منجر به رفتارهای منطبق با قانون شود، اما لزوماً بهزیستی روانی (نشاط) ایجاد نمی‌کند. به عبارت دیگر، جو اخلاقی در اینجا به جای ایجاد محیطی پر از امید و حمایت تنها یک فضای انضباطی ایجاد کرده که تأثیری بر احساس رضایت درونی دانش‌آموز ندارد.

یافته‌های این پژوهش نشـــان داد که بین هوش اخلاقی و نشـــاط ذهنی رابطه مســـتقیم معناداری وجود داشـــت. این یافته با نتایج معینی‌کیا و همکاران (۱۴۰۱) و زمانیان قوژدی و همکاران (۱۳۹۷) که رابطه مثبت بین هوش اخلاقی و بهزیســـتی روان‌شـــناختی را تأیید کرده‌اند همخوانی کامل دارد. ارتباط هوش اخلاقی با نشاط ذهنی را باید در انسجام روانی جســـتجو کرد. طبق رویکرد روان‌شـــناســـی مثبت‌گرا، فردی که از هوش اخلاقی بالایی برخوردار اســـت میان ارزش‌های درونی و رفتارهای بیرونی خود کمترین تضـاد اخلاقی را دارد. این همسـویی منجر به کاهش تعارضـات درونی، خودسـرزنش‌گری و اضـطراب‌های وجودی می‌شود. دانش‌آموز با هوش اخلاقی بالا به دلیل توانایی در برقراری روابط سالم و مســـئولانه با دیگران از حمایت‌های اجتماعی بیشـــتری برخوردار اســـت که همین امر به صـورت مسـتقیم بهزیسـتی روانی و سـطح نشـاط او را به عنوان یک پاداش درونی ناشـی از زیستن اصیل ارتقا می‌دهد (معینی‌کیا و همکاران، ۱۴۰۱).

نتایج مدل پژوهش بیانگر این بود که نشـاط ذهنی در رابطه بین جو اخلاقی مدرسـه و آمادگی به مصـرف مواد مخدر نقش میانجی معناداری نداشـت. با توجه به اینکه رابطه جو اخلاقی با نشـاط در این پژوهش معنادار نبود، منطقاً مسـیر میانجی نیز بی‌نتیجه باقی مانده است. این موضوع با دیدگاه‌های کلی که جو مدرسه را عامل کلیدی می‌دانند (مثل دیلی و همکاران، ۲۰۲۰) فاصـله دارد. برای وجود رابطه غیر مسـتقیم، باید جو مدرسـه بتواند ابتدا نشـاط را تغییر دهد و سـپس آن نشـاط بر کاهش مصـرف اثر بگذارد. وقتی جو اخلاقی مدرسه در این مطالعه پیوند معناداری با سطح نشاط درونی دانش‌آموزان نداشته است طبیعتاً نمی‌تواند از طریق این متغیر رفتار مصـرف مواد را پیش‌بینی کند. در این مطالعه مشـخص اســـت که جو اخلاقی مورد مطالعه فاقد ویژگی‌های تســـهیل‌گر نشـــاط (مانند فضـــای دموکراتیک یا حمایت روانی) اسـت. وقتی جو اخلاقی مدرسـه برای دانش‌آموز صـرفاً به مثابه یک ســـاختار محدودکننده عمل می‌کند، این متغیر نمی‌تواند به منبعی برای تغذیه نشـاط ذهنی تبدیل شـود. نشـاط ذهنی به عنوان یک منبع انرژی مثبت از جو مدرسـه تغذیه نشـده اسـت. بنابراین، وقتی دانش‌آموز تحت فشـار برای مصـرف مواد قرار می‌گیرد، جو اخلاقی مدرسـه به تنهایی (بدون کمک نشـاط) قدرت کافی برای خنثی کردن این فشـار را

ندارد، زیرا نشاطی در این بین تولید نشده که بخواهد نقش سپری حفاظتی را ایفا کند. در واقع، مسیر میانجی به دلیل ناکارآمدی منبع اول (جو اخلاقی در تولید نشاط) مسدود شده است.

سرانجام آخرین یافته پژوهش نشان داد که نشاط ذهنی در رابطه غیرمستقیم بین هوش اخلاقی و آمادگی به مصرف مواد مخدر نقش میانجی معناداری داشت. این یافته همسو با پژوهش‌های رودریگز-رویز (۲۰۲۳) و سزنیتمن و انگل-یگر (۲۰۱۷) است که بر ضرورت وجود متغیرهای میانجی روان‌شناختی (مثل نشاط) در مدل‌های پیش‌بینی اعتیاد تأکید دارند. همچنین، تأیید می‌کند که هوش اخلاقی به عنوان یک متا-منبع نشاط را بالا برده و به تبع آن رفتارهای پرخطر کاهش می‌یابد (رودریگز- رویز، ۲۰۲۳). این یافته با نظریه سرمایه روان‌شناختی کاملاً همسو است. برخلاف جو مدرسه که امری بیرونی است، هوش اخلاقی یک سرمایه درونی است که دانش‌آموز آن را با خود به همراه دارد. هوش اخلاقی به عنوان یک موتور تولید بهزیستی عمل می‌کند. دانش‌آموز دارای هوش اخلاقی در مواجهه با چالش‌ها از راهکارهای مسئله‌مدار استفاده می‌کند (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۶). این سبک مقابله‌ای مانع از انباشت استرس و تنش می‌شود. در نتیجه، فرد به طور خودکار نشاط ذهنی بیشتری را تجربه می‌کند. هوش اخلاقی، فرد را از درگیری‌های شناختی و عذاب وجدان (که ناشی از رفتارهای غیراخلاقی است) دور می‌کند و او را به سمت رفتارهای اصیل و هماهنگ با ارزش‌هایش سوق می‌دهد که نتیجه مستقیم آن ایجاد نشاط ذهنی پایدار است (سزنیتمن و انگل-یگر، ۲۰۱۷). این نشاط پایدار نیاز فرد را به خوددرمانی با مواد مخدر کاهش می‌دهد. در اینجا، نشاط ذهنی نقش یک مبدل انرژی را ایفا می‌کند. هوش اخلاقی از طریق تولید نشاط آمادگی به مصرف را به طور غیر مستقیم خنثی می‌کند. این نشان می‌دهد که هوش اخلاقی نه تنها مستقیماً (از طریق تصمیم‌گیری عقلانی) بلکه به صورت غیر مستقیم (از طریق بهبود کیفیت هیجانی زندگی یا همان نشاط) مانع سقوط دانش‌آموز به دام اعتیاد می‌شود. این مسیر غیر مستقیم بهترین استدلال برای اثبات این است که رشد اخلاقی درونی بسیار کارآمدتر از کنترل‌های محیطی است.

این پژوهش با محدودیت‌هایی از جمله انحصار جامعه آماری به نوجوانان پسر شهر قم و استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی (با احتمال سوگیری پاسخ‌دهی) مواجه است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی بررسی‌ها در جوامع متنوع‌تر و با بهره‌گیری از ابزارهای کیفی مانند مصاحبه انجام شود. بر اساس یافته‌ها پیشنهاد می‌گردد مدارس به جای رویکردهای انضباطی سخت‌گیرانه، برنامه‌های آموزش هوش اخلاقی، کارگاه‌های تصمیم‌گیری اخلاقی و تحلیل موقعیت‌های واقعی را جایگزین کنند و معلمان نیز برای انتقال مفاهیم اخلاقی از طریق مسائل روزمره توانمند شوند. همچنین، با توجه به نقش پیشگیرانه نشاط ذهنی در آمادگی به مصرف مواد، ضرورت دارد مدارس فضاهایی را برای تخلیه هیجانی و مشارکت فعال دانش‌آموزان در برنامه‌های فوق برنامه غیررسمی (هنری، ورزشی و داوطلبانه) فراهم کنند و مشاوران مدرسه به آموزش مدیریت هیجان و غربالگری دانش‌آموزان دارای هوش اخلاقی و نشاط پایین بپردازند. در نهایت، شکل‌دهی به جو حمایت‌گرانه و بدون قضاوت در مدرسه، اجرای برنامه‌های مبتنی بر فضیلت و آموزش والدین جهت تقویت هوش اخلاقی و تجربه هیجانات مثبت در خانه به عنوان مکمل‌های اثربخش در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی پیشنهاد می‌شود.

منابع

احمدی، سهیلا؛ حسنی، محمد و موسوی، میرنجف (۱۳۹۷). رابطه جو اخلاقی مدرسه با حس تعلق به مدرسه و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان. *فصلنامه اخلاق در علوم و فناوری، ۱۳* (۴)، ۱۳۲-۱۲۵ . DOR: 20.1001.1.22517634.1397.13.4.17.5

آراسته، حمید رضا؛ عزیزی شمامی، مصطفی؛ جعفری‌راد، علی و محمدی جوزانی، زهره (۱۳۸۹). بررسی وضعیت هوش اخلاقی دانشجویان. *فصلنامه علمی پژوهشی راهبرد فرهنگ*، ۲ (۱۱-۱۰)، ۲۱۴-۲۰۱.

بهرام بیگی، یاسمن و کریمی باغ ملک، آیت‌الله (۱۴۰۳). پیش‌بینی گرایش به مواد مخدر بر اساس مهارت‌های ذهن‌آگاهی، انعطاف‌پذیری شناختی و سرزندگی ذهنی در نوجوانان. *جامعه‌شناسی آموزش و پرورش*، ۱۰ (۲)، ۲۵۳-۲۴۳. https://doi.org/10.22034/ijes.2024.2035824.1604

بهرامی، محمدامین؛ اصمی، مریم؛ فاتح‌پناه، آزاده؛ دهقانی تفتی، عارفه و احمدی تهرانی، غلامرضا (۱۳۹۱). سطح هوش اخلاقی اعضای هیأت علمی و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. *اخلاق و تاریخ پزشکی ایران*، ۵ (۶)، ۹۵-۸۱.

بهلولی چیچکلوی حاجی آقا، فرحناز و محمود فخه، هیمن (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش هوش اخلاقی بر بهزیستی روان‌شناختی و اخلاق تحصیلی دانش‌آموزان دختر در دوره همه‌گیری کرونا. *پژوهش در نظام های آموزشی*، ۱۵(۵۵)، ۲۱۶-۲۰۳. DOR: 20.1001.1.23831324.1400.15.55.18.6

جفره، علی (۱۴۰۴). *نظریه گسترش و ساخت هیجان‌های مثبت فردریکسون*. اولین همایش بین المللی تحولات نوین در نظام‌های آموزشی، تربیتی، روان‌شناسی، مهارت‌آموزی و مهارت محوری با محوریت آموزش و پرورش در هزاره سوم، بوشهر.

حاجی بابا، حمیده (۱۴۰۲). *بررسی ر ابطه بین جو ا خلاقی مدرسه با رفتارهای مدنی تحصیلی و سرزندگی تحصیلی با درنظر گرفتن نقش واسطه ای تحول مثبت دوره نوجوانی*. پنجمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روان‌شناسی ایران.

حاجی‌حسنی، مهرداد؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ پیرساقی فهیمه و بشیرپور، محراب (۱۳۹۰). پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بر اساس میزان پرخاشگری و ابراز وجود در دانشجویان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۵(۲۰)، ۴۱-۵۴.

حمیدی، سعیده؛ خدادادی، جواد و کلانتری هرمزی، آتوسا (۱۴۰۲). واکاوی مفهوم هوش اخلاقی از منظر دانشجویان مقطع دکتری مشاوره: یک پژوهش کیفی. *دستاوردهای روان‌شناختی*، ۳۰(۲)، ۲۰۳-۲۲۲. https://doi.org/10.22055/psy.2023.40448.2829

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

زمانیان قوژدی، عزت؛ برقی ایرانی، زیبا و علی اکبری دهکردی، مهناز (۱۳۹۷). مدل‌یابی خودشکوفایی بر پایه هوش معنوی، هوش اخلاقی و بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان تیزهوش. *فصلنامه روان-شناسی و دین*، ۱۱(۲)، ۵۷-۳۹.

شیخ‌الاسلامی، راضیه و دفترچی، عفت (۱۳۹۴). پیش‌بینی نشاط ذهنی دانش‌آموزان بر اساس جهت‌گیری‌های هدف و نیازهای اساسی روان‌شناختی. *مجله روان‌شناسی*، ۲(۱۹)، ۱۷۴-۱۴۷.

عامری، نرجس (۱۴۰۱). روابط ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون: نقش میانجی شفقت به خود. *فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۶*(۶۶)، ۴۷-۷۰. https://doi.org/10.52547/etiadpajohi.16.66.47

عزیزی، سریه؛ بنیسی، پری‌ناز و وطن‌خواه، حمیدرضا (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مهارت حل مسأله بر هوش اخلاقی و ادراک خویشتن. *فصلنامه مهارت‌های روان‌شناسی تربیتی، ۸* (۱)، ۸۳-۷۵.

قلی‌زاده مظفر؛ احمدی، لادن و قلی‌زاده، زیبا (۱۳۹۷). رابطه علی دلبستگی ناایمن و هوش اخلاقی با آمادگی به اعتیاد با میانجی‌گری هیجان‌خواهی در دانش‌آموزان پسر. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۵)، ۲۸۰—۲۶۵.

قنبری، محمد و فولادچنگ، محبوبه (۱۳۹۴). رابطه بین تاب‌آوری و نشاط ذهنی با استعداد اعتیاد دانشجویان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۹(۳۴)، ۹-۲۲.

کهرازیی، فرهاد؛ کیانی، عاطفه و خان محمدزاده، زهرا (۱۳۹۶). *بررسی رابطه بین جو مدرسه و کلاس درس با استعداد به اعتیاد در میان دانش‌آموزان مقطع متوسطه*. دومین کنگره ملی روان‌شناسی و آسیب‌های روانی-اجتماعی، چابهار.

کیخسروانی، مولود؛ دهقانی، آمنه و دهقانی، یوسف (۱۳۹۶). رابطه علی خودتنظیمی و هوش اخلاقی با آمادگی به اعتیاد از طریق میانجی گری هیجان‌خواهی. *فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۱*(۴۳)، ۲۶۶—۲۴۹.

مختاری‌پور، مرضیه و سیادت، سید علی (۱۳۸۸). بررسی مقایسه‌ای ابعاد هوش اخلاقی از دیدگاه دانشمندان با قرآن کریم و ائمه معصومین (ع). *دوفصلنامه‌ی علمی -تخصصی مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۳ (۴)، ۱۱۸-۹۷.

مرادی‌مقدم، مجید و بدری، مرتضی (۱۴۰۲). تاثیر کیفیت زندگی مدرسه بر سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان با نقش میانجی حمایت تحصیلی و جو مدرسه. *رفتار مثبت در سازمان های آموزشی*، ۱(۴)، ۸۲-۹۷. DOI: 10.22098/PBEO.2023.13861.1032

معینی کیا، مهدی؛ طوسی، داود و جاویدپور، مرتضی (۱۴۰۱). الگویابی رابطهٔ بین هوش اخلاقی با بهزیستی روان‌شناختی: نقش واسطه‌ای نگرش مذهبی و استدلال اخلاقی. *پژوهش در دین و سلامت*، ۸(۲)، ۷۲-۸۸. https://doi.org/10.22037/jrrh.v8i2.34184

موسیوند، محبوبه (۱۴۰۰). الگوی ساختاری عملکرد خانواده، سرمایه روان‌شناختی، نیازهای روان‌شناختی با نشاط ذهنی: نقش میانجی مسئولیت‌پذیری نوجوانان در دوران بلوغ. *مجله علوم روان شناختی*، ۲۰(۱۰۳)، ۱۱۷۰-۱۱۴۷. https://doi.org/10.52547/JPS.20.103.1147

References

Avcı, M. (2025). Adolescents' experiences with substance use: risks, protective factors and interventions. *BMC Psychology*, *13*(1), 802. https://doi.org/10.1186/s40359-025-03125-w.

Cece, V., Guillet-Descas, E., & Lentillon-Kaestner, V. (2022). Teacher well-being and perceived school climate during COVID-19 school closure: The case of physical education in Switzerland. *The Teacher Educator*, *57*(1), 45-60. https://doi.org/10.1080/08878730.2021.1991540

Cornell, D., & Huang, F. (2016). Authoritative school climate and high school student risk behavior: A cross-sectional multi-level analysis of student self-reports. *Journal of Youth and Adolescence*, *45*(11), 2246-2259. https://doi.org/10.1007/s10964-016-0424-3

Dacka, M. (2024). Moral intelligence–theory and application in education. *Seminare. Poszukiwania Naukowe*, *45*(2), 37-51. https://doi.org/10.21852/sem.1826

Daily, S. M., Mann, M. J., Lilly, C. L., Bias, T. K., Smith, M. L., & Kristjansson, A. L. (2020). School climate as a universal intervention to prevent substance use initiation in early adolescence: A longitudinal study. *Health Education & Behavior*, *47*(3), 402-411. https://doi.org/10.1177/1090198120914250

Espejo-Siles, R., Zych, I., Farrington, D. P., & Llorent, V. J. (2020). Moral disengagement, victimization, empathy, social and emotional competencies as predictors of violence in children and adolescents. *Children and Youth Services Review*, *118*, 105337. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105337

Gálvez-Nieto, J. L., Polanco-Levicán, K., Trizano-Hermosilla, Í., & Beltrán-Véliz, J. C. (2022). Relationships between school climate and values: the mediating role of attitudes towards authority in adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(5), 2726. https://doi.org/10.3390/ijerph19052726.

Jeynes, W. H. (2019). A meta-analysis on the relationship between character education and student achievement and behavioral outcomes. *Education and Urban Society*, *51*(1), 33-71. https://doi.org/10.1177/0013124517747681

Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling.* Guilford publications.

Kor, A., & Shoshani, A. (2023). Moderating the impact of the COVID-19 pandemic on children's and adolescents' substance use, digital media use, and mental health: A randomized positive psychology addiction prevention program. *Addictive Behaviors*, *141*, 107660. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107660.

Kun, B., Urbán, R., Paksi, B., Griffiths, M. D., Richman, M. J., & Demetrovics, Z. (2019). The effects of trait emotional intelligence on adolescent substance use: Findings from a Hungarian representative survey. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 367. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00367

Lennick, D., & Kiel, F., (2005) *Moral Intelligence: Enhancing Business Performance and Leadership Success.* Wharton School Publishing

Lester, L., & Cross, D. (2015). The relationship between school climate and mental and emotional wellbeing over the transition from primary to secondary school. *Psychology of Well-being*, *5*(1), 9. https://doi.org/10.1186/s13612-015-0037-8

Leurent, B., Dodd, M., Allen, E., Viner, R., Scott, S., & Bonell, C. (2021). Is positive school climate associated with better adolescent mental health?

Longitudinal study of young people in England. *SSM-Mental Health*, *1*, 100033. https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2021.100033.

Martin, D. E., & Austin, B. (2010). Validation of the moral competency inventory measurement instrument: Content, construct, convergent and discriminant approaches. *Management Research Review*, *33*(5), 437-451. https://doi.org/10.1108/01409171011041884

Milyavskaya, M., & Koestner, R. (2011). Psychological needs, motivation, and well-being: A test of self-determination theory across multiple domains. *Personality and Individual Differences*, *50*(3), 387-391. https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.10.029

Montero-Carretero, C., Pastor, D., Santos-Rosa, F. J., & Cervelló, E. (2021). School climate, moral disengagement and, empathy as predictors of bullying in adolescents. *Frontiers in Psychology*, *12*, 656775. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.656775

Podiya, J. K., Navaneetham, J., & Bhola, P. (2025). Influences of school climate on emotional health and academic achievement of school-going adolescents in India: a systematic review. *BMC Public Health*, *25*(1), 54. https://doi.org/10.1186/s12889-024-21268-0.

Prasertsin, U., Srihaset, K., & Roopsuwankun, P. (2024). Development of indicators and moral intelligence scales for junior high school students: mixed-method research. *BMC Psychology*, *12*(1), 174. https://doi.org/ 10.1186/s40359-024-01640-w.

Rodríguez-Ruiz, J., Zych, I., Llorent, V. J., Marín-López, I., Espejo-Siles, R., & Nasaescu, E. (2023). A longitudinal study of protective factors against substance use in early adolescence. An ecological approach. *International Journal of Drug Policy*, *112*, 103946. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103946.

Ryan, R. M., & Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, *65*(3), 529-565. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1997.tb00326.x.

Schulte, L. E., Thompson, F. T., Talbott, J., Luther, A., Garcia, M., Blanchard, S., ... & Mueller, M. (2002). The development and validation of the ethical climate index for middle and high schools. *The School Community Journal, 12*(2), 117-132. https://doi.org/10.1007/bf00992188

Siraj, R., Najam, B., & Ghazal, S. (2021). Sensation seeking, peer influence, and risk-taking behavior in adolescents. *Education Research International*, *2021*(1), 8403024. https://doi.org/10.1155/2021/8403024

Sznitman, S., & Engel-Yeger, B. (2017). Sensation seeking and adolescent alcohol use: Exploring the mediating role of unstructured socializing with peers. *Alcohol and Alcoholism*, *52*(3), 396-401. https://doi.org/ 10.1093/alcalc/agx008.

Weed, N. C., Butcher, J. N., McKenna, T., & Ben-Porath, Y. S. (1992). New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: The APS and AAS. *Journal of Personality Assessment*, *58*(2), 389-404. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5802_15.

Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 20, No. 80, P 99-118, Summer 2026

Research Article

The Mediating Role of Mindfulness in the Relationship of Occupational Stress and Organizational Climate to Job Burnout Among Addiction Treatment Center Staff

Seyed Mosa Tabatabaee [1], Mojtaba Rajabpour [2], Mahnaz Zargarani [3], Hanieh Barabadi Ghaderabadi[4]

Received: 2024/12/06 Accepted: 2026/08/25

Abstract

Objective: The present study investigated the mediating role of mindfulness in the relationship between occupational stress and organizational climate with job burnout among the staff of addiction treatment centers in Mashhad. **Method:** This descriptive-correlational study employed a path analysis approach. The statistical population comprised all employees of addiction treatment centers in Mashhad, from whom 241 individuals were selected via convenience sampling. Participants completed the occupational stress questionnaire, the Maslach burnout inventory, the organizational climate questionnaire, and the five-factor mindfulness questionnaire. Data analysis was performed using path analysis. **Results:** The results of the path analysis indicated that occupational stress had a significant positive direct relationship with job burnout, whereas organizational climate exhibited a significant negative direct relationship. Furthermore, occupational stress was negatively, and organizational climate was positively associated with mindfulness. Mindfulness, in turn, demonstrated a significant negative relationship with job burnout. Additionally, the results of bootstrapping analysis showed that mindfulness significantly mediated the indirect relationships of both occupational stress and organizational climate with job burnout. **Conclusion:** The findings suggest that high occupational stress and an unfavorable organizational climate are associated with increased job burnout. Moreover, since mindfulness serves as a significant mediator in these relationships; therefore, mindfulness-based interventions can act as a protective factor against occupational stress or an adverse organizational climate, ultimately preventing the development of job burnout among the employers of addiction treatment centers.

Keywords: Addiction treatment center staff, Job burnout, Mindfulness, Occupational stress, Organizational climate

1. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Cognitive Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. Email: S.mosatabatabaee@semnan.ac.ir

2. Instructor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Semnan Branch, Semnan, Iran.

3. MA, Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Semnan Branch, Semnan, Iran.

4. MA, Department of Psychology, Islamic Azad University, Semnan Branch, Semnan, Iran.

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال بیستم، شماره هشتاد، ص۱۱۸-۹۹، تابستان ۱۴۰۵

مقاله پژوهشی

نقش میانجی ذهن‌آگاهی در رابطه استرس شغلی و جو سازمانی با فرسودگی شغلی در کارکنان مراکز درمان اعتیاد

سید موسی طباطبایی[۱]، مجتبی رجب‌پور[۲]، مهناز زرگرانی[۳]، هانیه برابادی قادرابادی[۴]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۳

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به بررسی نقش میانجی ذهن‌آگاهی در ارتباط بین استرس شغلی و جو سازمانی با فرسودگی شغلی در پرسنل مراکز درمان اعتیاد شهر مشهد پرداخت. **روش:** پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی با رویکرد تحلیل مسیر بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه کارکنان مراکز درمان اعتیاد شهر مشهد بود که از این میان ۲۴۱ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان پرسش‌نامه استرس شغلی، پرسش‌نامه فرسودگی شغلی مسلش، پرسش‌نامه جو سازمانی و پرسش‌نامه پنج عاملی ذهن-آگاهی را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل مسیر انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل مسیر نشان داد که استرس شغلی ارتباط مستقیم مثبت معناداری با فرسودگی شغلی داشت، در حالی که جو سازمانی ارتباط مستقیم منفی معناداری داشت. همچنین، استرس شغلی به طور منفی و جو سازمانی به طور مثبت با ذهن‌آگاهی ارتباط معناداری داشتند. ذهن‌آگاهی نیز به نوبه خود با فرسودگی شغلی ارتباط منفی معناداری داشت. به علاوه، نتایج تحلیل بوت استرپ نشان داد که ذهن‌آگاهی در رابطه غیر مستقیم استرس شغلی و جو سازمانی با فرسودگی شغلی دارای نقش میانجی معناداری بود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش، استرس شغلی بالا و جو سازمانی نامطلوب با افزایش فرسودگی شغلی مرتبط می‌باشند. همچنین، از آنجایی که ذهن‌آگاهی در این روابط دارای نقش میانجی می‌باشد، آموزش‌های ذهن‌آگاهی می‌تواند به عنوان عاملی محافظی در برابر استرس شغلی یا جو سازمانی نامطلوب عمل کند و نهایتا از ایجاد فرسودگی شغلی در کارکنان مراکز درمان اعتیاد جلوگیری کند.

کلیدواژه‌ها: فرسودگی شغلی، ذهن‌آگاهی، استرس شغلی، جو سازمانی، پرسنل مراکز درمان اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: استادیار، گروه علوم شناختی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. پست الکترونیک: S.mosatabatabaee@semnan.ac.ir

۲. مدرس دانشگاه، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سمنان، سمنان، ایران.

۳. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سمنان، سمنان، ایران.

۴. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سمنان، سمنان، ایران.

مقدمه

امروزه اعتیاد به مواد مخدر یکی از نگرانی‌ها و مشکلات مهم در عرصه بهداشت عمومی، اجتماعی، اقتصادی در بسیاری از نقاط جهان محسوب می‌شود و شمار زیادی از افراد را مبتلا و با پیامدهای نامطلوب جسمانی، روانی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی ناشی از آن درگیر کرده است (اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۴). بر اساس گزارشی که دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد در سال ۲۰۲۰ منتشر کرد، بیش از یک چهارم از ۱ میلیارد نفر در جهان مواد مخدر مصرف می‌کنند و بیش از ۳۵ میلیون نفر با اختلالات ناشی از مصرف مواد درگیر هستند (شائو[1] و همکاران، ۲۰۲۳). ایران نیز یکی از کشورهایی است که در سال های اخیر شیوع مصرف مواد مخدر در آن افزایش یافته است (سهراب‌پور و همکاران، ۲۰۲۴). بر اساس آمار، تعداد کل افراد وابسته به مواد مخدر در ایران در سال ۲۰۱۹ دو میلیون و هشتصد هزار نفر با میانگین سنی ۲۴ سال اعلام شده است (جهرمی و همکاران، ۲۰۲۲؛ سهراب‌پور و همکاران، ۲۰۲۴). بر اساس بررسی ملی اخیر مصرف مواد مخدر، ۱.۲ میلیون فرد وابسته به مواد در ایران به خدمات درمانی نیاز دارند. در همین راستا، مهم‌ترین برنامه برای کاهش مصرف مواد ایجاد مراکز درمان اعتیاد و مراکز درمان نگهدارنده با متادون می‌باشد (شریعتی‌راد و معارف وند، ۲۰۱۳؛ خمارنیا و همکاران، ۲۰۱۹).

علاوه بر وجود مراکز درمانی، وجود پرسنل با وضعیت جسمانی و روحی مناسب که در این مراکز مشغول به کار هستند در بهبود روند درمان اعتیاد نقش مهمی دارند. با توجه به این موضوع، فرسودگی شغلی[2] پرسنل و عوامل موثر در این مراکز مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. پژوهش‌ها نشان داده است که پرستاران بخش روان‌پزشکی و پرسنل و مددکاران مراکز درمان اعتیاد به دلیل تماس نزدیک و مداوم با بیماران مبتلا به اختلالات روانی و اختلالات مواد بیشتر مستعد استرس و فرسودگی شغلی هستند (کوربایاشی[3]، ۲۰۱۹؛ تانگ[4] و همکاران، ۲۰۲۳). فرسودگی شغلی یک سندرم

1. Shao
2. job burnout
3. Kurebayashi
4. Tang

روان‌شناختی چندبعدی است که در اثر مواجهه طولانی مدت با عوامل استرس‌زا شغلی ایجاد شده و با سه بعد خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و کاهش موفقیت شخصی نمایان می‌شود (خدادوست و همکاران، ۲۰۲۳). فرسودگی زمانی رخ می‌دهد که اعضای یک سازمان پاداش مورد انتظار را دریافت نمی‌کنند یا به دلیل تعهد بیش از حد به روابط بین فردی و فشار زمان دیگر نمی‌توانند استرس خود را مدیریت کنند (هوانگ[1] و همکاران، ۲۰۲۳).

به نظر می‌رسد استرس شغلی[2] یکی از مهم‌ترین عوامل خطر فرسودگی شغلی است (وو[3] و همکاران، ۲۰۲۱). استرس شغلی ادراک شده یا درجه‌ای که یک فرد محیط کاری خود را استرس‌زا می‌بیند می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر سلامت جسمی و روانی و همچنین کیفیت زندگی، رضایت و عملکرد آنان داشته باشد (یوزچه[4] و همکاران، ۲۰۱۸؛ مامکارز[5] و همکاران، ۲۰۲۳). مطالعات نشان داده است که استرس شغلی و احساس خستگی و فرسودگی عواملی هستند که به نرخ بالای جا به جایی کارکنان منجر می‌شود (بارت و یتس[6]، ۲۰۰۲؛ لان[7] و همکاران، ۲۰۲۰) و ارتباط نزدیکی با ماهیت کار و محیط کار افراد دارند (تانگ و همکاران، ۲۰۲۳). ژنگ[8] و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند که علاوه بر استرس شغلی عدم وجود محیط کاری و جو سازمانی[9] مناسب برای کارکنان مراکز مختلف زمینه را برای فرسودگی شغلی آنها فراهم می‌کند.

جو سازمانی مجموعه‌ای از ویژگی‌های قابل اندازه‌گیری در محیط کار است که به طور مستقیم یا غیر مستقیم توسط افرادی که در این محیط کار می‌کنند درک شده و بر انگیزه و رفتار آنها تاثیرگذار است و این جو بر سطوح اخلاقی اعضای سازمان و همچنین بر شدت حسن نیت، احساسات و تعلق آنها تأثیر می‌گذارد (دینیبوتون[10] و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین، در محیطی با استرس شغلی بالا سرپرستان باید جو سازمانی مطلوب و مساعدی ایجاد کنند تا ادراکات مثبت کارکنان تقویت شود و به طور موثر تمایل آنها به

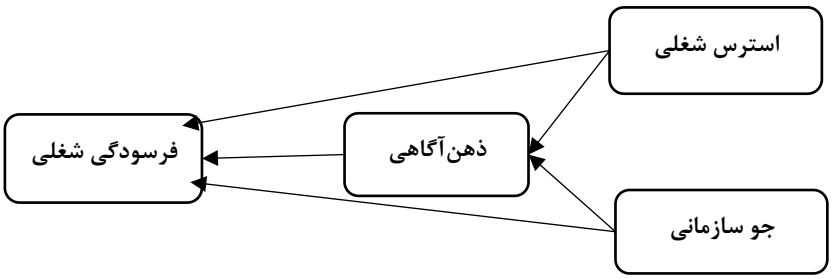
1. Hwang
2. occupational stress
3. Wu
4. Useche
5. Mamcarz
6. Barrett & Yates
7. Lan
8. Zheng
9. organizational climate
10. Dinibutun

ترک شـغل کاهش پیدا کند (لی[1] و همکاران، ۲۰۱۶). از این رو، یکی از روش‌های پیشـگیری از عوامل منفی در محیط کار کاهش سـطح اسـترس و جلوگیری از بروز فرسـودگی شـغلی، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشـد (چوی[2] و همکاران، ۲۰۲۱؛ مامکارز و همکاران، ۲۰۲۳). ذهن‌آگاهی حالتی از آگاهی را توصـیف می‌کند که در آن افراد رویدادهای زمان حال را به صورت پذیرا و بدون قضاوت مشاهده و تجربه می‌کنند (ارگیریادیس[3] و همکاران، ۲۰۲۳). این حالت شامل توجه به افکار، هیجانات، احساسات بدنی و محیط اطراف است بدون اینکه فرد گرفتار آنها شود یا به آنها واکنش نشان دهد و به توانایی تمرکز بر فعالیتی که در لحظه حال انجام می‌شود اشاره دارد (الن[4] و همکاران، ۲۰۲۱؛ مامکارز و همکاران، ۲۰۲۳). تحقیقات نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی نه تنها می‌تواند بهزیستی را افزایش دهد (سبولا[5] و همکاران، ۲۰۱۷)، بلکه سطح پرخاشگری و اضطراب را نیز کاهش می‌دهد (گیلیونز[6] و همکاران، ۲۰۱۹) و با خطر اسـترس شـغلی کمتر و درگیری کاری بیشتر مرتبط است (بارتلت[7] و همکاران، ۲۰۲۱).

مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث افزایش علاقه در میان کارکنان مراکز درمانی که در معرض موقعیت‌های آسیب‌پذیر عاطفی و فیزیکی هستند می‌شود (میکلیتز[8] و همکاران، ۲۰۲۱؛ ارگیریادیس و همکاران، ۲۰۲۳) و تاثیرات محسوسی در کاهش فرسودگی شغلی در پرسنل مراقبت‌های بهداشتی دارد (سلیمان مارتوس[9] و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این، مداخلات کوتاه مدت ذهن‌آگاهی با اسـتفاده از برنامه‌های کاربردی تلفن همراه در زمینه سلامت نتایج مؤثری را در سطح فردی (کاهش استرس، خستگی و فرسودگی) یا سازمانی (افزایش رضایت بیماران و کارکنان و کاهش خطاها) برجسته می‌کند (برونسون[10]، ۲۰۱۷؛ استچر[11] و همکاران، ۲۰۲۱). اگرچه پـژوهش‌هـای بسـیاری بـه بررسی فرسودگی شغلی، جوسازمانی، و استرس پرداختـه‌انـد، امـا اکثر آن‌ها بر جوامـع خـاص ماننـد پرسـتاران،

1. Lee
2. Choi
3. Argyriadis
4. Allen
5. Cebolla
6. Gillions
7. Bartlett
8. Micklitz
9. Suleiman-Martos
10. Bronson
11. Stecher

پرسنل اورژانس، کارکنان دانشگاه، و کتابداران و معلمان متمرکز بوده و مطابق با بررسی‌های انجام شده تاکنون تاثیر استرس شغلی و جو سازمانی بر فرسودگی شغلی با نقش میانجی ذهن‌آگاهی در بین پرسنل مراکز درمان اعتیاد مورد سنجش قرار نگرفته است. بنابراین، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سوال بود که آیا ذهن‌آگاهی در رابطه بین استرس شغلی و جو سازمانی با فرسودگی شغلی در پرسنل مراکز درمان اعتیاد دارای نقش میانجی معناداری می‌باشد؟ بر همین اساس، مدل مفهومی پژوهش در نمودار ۱ ارائه شد.



نمودار ۱: مدل نظری پژوهش

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش توصیفی-همبستگی با رویکرد تحلیل مسیر بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه کارکنان مراکز درمان اعتیاد شهر مشهد در تابستان سال ۱۴۰۳ بود. جهت تعیین حجم نمونه از جدول مورگان استفاده شد و تعداد ۲۴۱ نفر به عنوان نمونه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و وارد پژوهش شدند. افراد شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل تمایل و رضایت به مشارکت اگاهانه در پژوهش، حداقل سابقه کاری ۶ ماه در مرکز درمان اعتیاد، دارا بودن حداقل مدرک دیپلم، و سن بین ۳۰ تا ۶۰ سال بود. ملاک خروج از مطالعه شامل ارائه اطلاعات و پاسخگویی ناقص به پرسش‌نامه‌ها و داشتن اختلالات روان‌پزشکی بود. ملاک های ورود و خروج از خود شرکت‌کنندگان به صورت سوال در ابتدای پرسش‌نامه پرسیده شد. در این پژوهش اصول اخلاقی شامل راز داری و حفظ حریم خصوصی شرکت‌کنندگان رعایت شد. برای تحلیل داده‌ها از روش همبستگی

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

پیرسون برای بررسی روابط بین متغیرها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. برای بررسی نقش میانجی ذهن‌آگاهی در رابطه استرس شغلی و جو سازمانی با فرسودگی شغلی از روش تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار ایموس نسخه ۲۴ استفاده شد. روابط غیر مستقیم نیز از طریق بوت استرپ با ۲۰۰۰ بازنمونه‌گیری در ایموس انجام شد.

ابزار

۱- پرسش‌نامه فرسودگی شغلی مسلش[1]: این پرسش‌نامه خودگزارشی توسط مسلش و جکسون[2] (۱۹۸۱) طراحی شده است. نسخه اصلی شامل ۲۲ گویه است که سه بعد فرسودگی را ارزیابی می‌کند که شامل ۳ سازه اصلی خستگی عاطفی (۷ گویه)، احساس عدم کفایت (۸ گویه) و مسخ شخصیت (۷ گویه) می‌باشد. هر گویه در یک طیف لیکرت هفت درجه‌ای (هرگز = ۰ تا خیلی زیاد = ۶ نمره‌گذاری می‌شود. گویه‌های بعد احساس عدم کفایت به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره کل بین ۰ تا ۱۳۲ بدست می‌آید و نمره بالاتر نشان‌دهنده فرسودگی بیشتر است. مسلش (۲۰۱۸) ضریب پایایی درونی را برای خستگی عاطفی ۰/۹۰، برای مسخ شخصیت ۰/۷۹ و برای و احساس عدم کفایت را ۰/۷۱ گزارش کردند. در ایران، مهداد و همکاران (۱۴۰۰) اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ رسولی و همکاران (۱۴۰۰) ضریب بازآزمایی این مقیاس را ۰/۷۰ گزارش کردند. در مطالعه حاضر، آلفای کرونباخ پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۹ بود.

۲- پرسش‌نامه استرس شغلی[3]: این پرسش‌نامه خودگزارشی توسط هلریگل و اسلوکام[4] (۲۰۰۸) طراحی شده است و یکی از ابزارهای مورد استفاده برای سنجش میزان استرس ناشی از شرایط و الزامات محیط کار است (هلریگل و اسلوکام، ۲۰۰۸). در بسیاری از پژوهش‌های انجام‌شده در ایران نسخه ۱۰ گویه‌ای این ابزار با سه بعد اصلی استرس شغلی شامل محیط فیزیکی (۳ گویه)، تضاد شغلی (۴ گویه) و ابهام نقش (۳ گویه) مورد استفاده قرارگرفته است. بعد محیط فیزیکی به شرایط فیزیکی محیط کار مانند سروصدا، روشنایی،

1. Maslach burnout inventory (MBI)
2. Maslach & Jackson
3. occupational stress questionnaire
4. Hellriegel & Slocum

تجهیزات و امکانات محیط کار اشاره دارد. بعد تضاد شغلی میزان تعارض میان وظایف، مسئولیت‌ها و انتظارات شغلی را ارزیابی می‌کند و بعد ابهام نقش میزان شفافیت نقش‌ها، مسئولیت‌ها و انتظارات سازمان از کارکنان را می‌سنجد. پاسخ‌دهی به گویه‌های پرسش‌نامه بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵ انجام می‌شود. مجموع نمرات بین ۱۰ تا ۵۰ است و نمرات بالاتر بیانگر تجربه استرس شغلی بیشتر است. از نظر ویژگی‌های روان‌سنجی، هریگل و اسلوکام (۲۰۰۸) ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را حدود ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. در ایران، آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب مقدار ۰/۹۳، ۰/۸۶، و ۰/۹۱ محاسبه شده (جهان میری و غبیشاوی، ۱۴۰۰). در مطالعه حاضر، آلفای کرونباخ پرسش‌نامه برابر با ۰/۹۱ بود.

۳- پرسش‌نامه جو سازمانی[1]: این پرسش‌نامه خودگزارشی توسط ساس‌مس و دیپ[2] (۱۹۸۹) برای سنجش ادراک کارکنان از جو حاکم بر سازمان طراحی شده است که دارای ۲۰ گویه و دارای ابعاد وضوح و روشنی اهداف (۴ گویه)، وضوح و روشنی نقش (۴ گویه)، رضایت از پاداش (۴ گویه)، رضایت و توافق بر روی رویه‌ها (۴ گویه) و اثربخشی ارتباطات (۴ گویه) است. پاسخ‌دهندگان میزان موافقت خود با هر گویه را بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵ مشخص می‌کنند. مجموع نمرات بین ۲۰ تا ۱۰۰ در نوسان می‌باشد و امتیاز بالاتر نشان دهنده ادراک مطلوب‌تر از جو سازمانی است. در پژوهشی که توسط درگاهی و همکاران (۲۰۱۲) صورت گرفت، پایایی پرسش‌نامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و برای هر یک از ابعاد وضوح و روشنی اهداف، وضوح و روشنی نقش، رضایت از پاداش، رضایت و توافق بر رویه‌ها و اثربخشی ارتباطات به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۶، ۰/۷۳، ۰/۸۱، ۰/۵۶ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برای ابعاد وضوح و روشنی اهداف، وضوح و روشنی نقش، رضایت از پاداش، رضایت و توافق بر رویه‌ها و اثربخشی ارتباطات به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۴، ۰/۷۶، ۰/۸۳ و ۰/۸۴ بود.

1. organizational climate questionnaire

2. Sasman & Deep

۴- پرسش‌نامه پنج عاملی ذهن‌آگاهی[1]: این پرسش‌نامه خودگزارشی ۳۹ گویه‌ای توسط بائر[2] و همکاران (۲۰۰۶) با هدف سنجش سازه ذهن‌آگاهی بر اساس پنج عامل مشاهده، توصیف، عمل با آگاهی، پذیرش بدون قضاوت در مورد تجارب درونی و عدم واکنش به تجارب درونی طراحی شده است. این مقیاس بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای است (از ۱ = هرگز و یا بسیار به ندرت تا ۵ = اغلب یا همیشه) و برخی گویه‌ها دارای نمره‌گذاری معکوس هستند. دامنه نمره کل ۳۹ تا ۱۹۵ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بیشتر ذهن‌آگاهی است. بائر و همکاران (۲۰۰۶) ساختار پنج عاملی این ابزار را مورد تایید قرار داده اند. در پژوهش شهبازیان خونیق و همکاران (۱۳۹۸) ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های این مقیاس بین ۰/۷۰ (برای مشاهده) تا ۰/۷۵ (برای عمل با آگاهی) و برای کل مقیاس ۰/۹۰ بدست آمد. در مطالعه حاضر، آلفای کرونباخ برای مشاهده، توصیف، عمل با آگاهی، پذیرش بدون قضاوت در مورد تجارب درونی، عدم واکنش به تجارب درونی، و نمره کل پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۷۴، ۰/۷۸، ۰/۸۴ و ۰/۸۹ (۰/۸۹) بود.

یافته‌ها

نمونه پژوهش حاضر شامل ۱۴۸ نفر زن (۶۱/۴۱ درصد) و ۹۳ نفر مرد (۳۸/۵۹ درصد) بود. میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان به ترتیب ۷۲/۲۶ و ۳۶/۵ سال بود. یافته‌های توصیفی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	شاخص تحمل	عامل تورم واریانس
استرس شغلی	۴۱/۸۸	۳/۵۳	-۰/۷۲	۰/۶۳	۰/۸۲	۱/۲۲
جو سازمانی	۷۱/۵۶	۸/۵۶	-۰/۲۴	۱/۱۶	۰/۲۹	۳/۵۱
ذهن‌آگاهی	۱۴۵/۹۱	۱۸/۷۰	-۰/۲۵	۰/۵۱	۰/۲۸	۳/۶۱
فرسودگی شغلی	۸۵/۳۰	۸/۴۳	-۰/۳۰	۰/۵۱	۰/۵۱	۰/۳۱

1. five-factor mindfulness questionnaire (FFMQ)
2. Baer

همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱- استرس شغلی	–			
۲- جو سازمانی	-۰/۳۹*	–		
۳- ذهن‌آگاهی	-۰/۴۲*	۰/۸۵*	–	
۴- فرسودگی شغلی	۰/۴۸*	-۰/۸۲*	-۰/۹۳*	–

* $p < ۰/۰۱$.

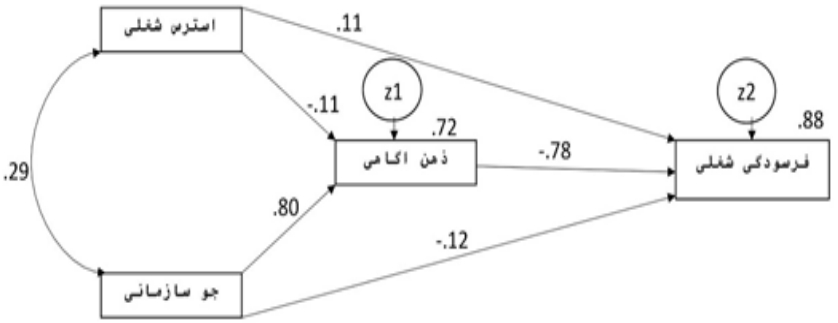
بر اساس جدول ۲، همه روابط موجود بین متغیرهای پژوهش معنادار بود. استرس شغلی به شکل مثبت و جو سازمانی به شکل منفی همبستگی‌های معناداری با فرسودگی شغلی و ذهن‌آگاهی داشتند ($p<۰/۰۱$). ذهن‌آگاهی نیز رابطه منفی معناداری با فرسودگی شغلی داشت ($p<۰/۰۱$). با توجه به وجود این همبستگی‌های معنادار امکان بررسی روابط ساختاری بین متغیرهای پژوهش براساس مدل مفهومی قابل بررسی بود و برای این منظور روش تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار ایموس انجام شد.

قبل از انجام تحلیل مسیر، بررسی پیش‌فرض‌های مهم آماری انجام گرفت. یکی از این پیش‌فرض‌ها نرمال بودن توزیع داده‌ها می‌باشد که از طریق شاخص‌های کجی و کشیدگی بررسی شد که رنج قابل قبول این شاخص‌ها بین ۲- و ۲+ می‌باشد. نتایج نشان داد که این شاخص‌ها در محدوده قابل قبول بودند که تایید‌کننده نرمال بودن داده‌ها است (جدول ۱).

دومین پیش‌فرض که رعایت آن الزامی می‌باشد عدم وجود همخطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین می‌باشد که از طریق عامل تورم واریانس[1] و شاخص تحمل[2] بررسی شد، جایی که عامل تورم واریانس کمتر از ۵ و شاخص تحمل بین ۰/۱۰ و ۱ به عنوان معیارهای قابل قبول برای عدم وجود همخطی چندگانه به شمار می‌روند. بر اساس جدول ۱، شاخص‌های تحمل و عامل تورم واریانس در محدوده مطلوب قرار داشتند. بنابراین، با توجه به رعایت این پیش‌فرض‌ها امکان بررسی تحلیل مسیر وجود دارد. در رابطه با شاخص‌های برازش مدل، از آنجا که مدل از نوع کاملاً اشباع‌شده با درجه آزادی صفر

1. variance inflation factor (VIF) 2. tolerance index

بود، بنابراین، شاخص‌های برازش قابل‌تفسیر نبودند و مدل اصطلاحاً قابلیت ابطال‌پذیری و تست تجربی ندارد و صرفاً ضرایب مسیر و نتایج آزمون بوت استرپ جهت بررسی روابط مستقیم و غیر مستقیم ارائه شده‌اند. نتایج تحلیل مسیر در نمودار ۲ و جدول ۳ ارائه شده است.



نمودار ۲: بررسی روابط مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل

جدول ۳: ضرایب روابط مستقیم در مدل

مسیرهای مستقیم	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	معناداری
استرس شغلی ← فرسودگی شغلی	۰/۱۱	۰/۰۶	<۰/۰۰۱**
جو سازمانی ← فرسودگی شغلی	-۰/۱۲	۰/۰۴	۰/۰۰۴*
استرس شغلی ← ذهن‌آگاهی	-۰/۱۱	۰/۲۰	۰/۰۰۴*
جو سازمانی ← ذهن‌آگاهی	۰/۸۰	۰/۰۸	<۰/۰۰۱**
ذهن‌آگاهی ← فرسودگی شغلی	-۰/۷۸	۰/۰۲	<۰/۰۰۱**

* p < ۰/۰۱. ** p< ۰/۰۰۱.

بر اساس نمودار ۲ و جدول ۳، استرس شغلی (p<۰/۰۰۱) و جو سازمانی (p<۰/۰۱) به ترتیب ارتباط مستقیم مثبت و منفی معناداری با فرسودگی شغلی داشتند. استرس شغلی به صورت منفی (p<۰/۰۱) و جو سازمانی به شکل مثبت (p<۰/۰۰۱) نیز ارتباط معناداری با ذهن‌آگاهی داشتند. به علاوه، ذهن‌آگاهی نیز به نوبه خود ارتباط منفی معناداری با فرسودگی شغلی نشان داد (p<۰/۰۰۱). کل مدل متشکل از استرس شغلی، جو سازمانی و ذهن‌آگاهی توانست ۸۸ درصد از فرسودگی شغلی را تبیین کند. برای بررسی معناداری

مسیرهای غیر مستقیم روش بوت استرپ با بازنمونه‌گیری ۲۰۰۰ در ایموس انجام شد. نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ٤: ضرایب روابط غیر مستقیم از طریق بوت استرپ

مسیرهای غیر مستقیم	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	حد پایین	حد بالا	معناداری
جو سازمانی ← ذهن‌آگاهی ← فرسودگی شغلی	-۰/۶۲	۰/۰۳	-۰/۶۹	-۰/۸۰	<۰/۰۰۱**
استرس شغلی ← ذهن‌آگاهی ← فرسودگی شغلی	۰/۰۹	۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۱۵	۰/۰۰۳*

* $p < ۰/۰۱$. ** $p < ۰/۰۰۱$.

بر اساس جدول ۴، نتایج بوت استرپ نشان داد ارتباط غیر مستقیم جو سازمانی با فرسودگی شغلی از طریق نقش میانجی ذهن‌آگاهی معنادار بود ($p< ۰/۰۰۱$). به علاوه، ذهن‌آگاهی در ارتباط غیر مستقیم بین استرس شغلی و فرسودگی شغلی نقش میانجی معناداری داشت ($p< ۰/۰۱$) به علاوه، ۹۵ درصد فاصله اطمینان نشان داد که حد بالا و پایین پوشش‌دهنده عدد صفر نبودند که نشان از معناداری هر دو مسیر غیر مستقیم بود.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی متغیر ذهن‌آگاهی در رابطه بین استرس شغلی و جو سازمانی با فرسودگی شغلی در کارکنان مراکز ترک اعتیاد بود. پژوهش حاضر نشان داد استرس شغلی به طور مثبت ارتباط مستقیم معناداری با فرسودگی شغلی نشان داد. این نتایج با پژوهش‌های لئونگ[1] و همکاران (۲۰۱۶)، وو و همکاران (۲۰۲۱) و هیاجنه[2] و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. می‌توان از استرس شغلی به عنوان یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده فرسودگی شغلی نام برد. قویدل و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که فرسودگی شغلی ممکن است منجر به کاهش راندمان کاری در میان پرسنل بخش درمان، افزایش غیبت، و افزایش درگیری با بیماران یا سایر کارکنان شود. پرسنلی که استرس شغلی را تجربه می‌کنند مستعد نگرش‌های منفی می‌شوند و احساسات منفی تسکین‌نیافته آنها برای سال‌ها تجمع می‌یابد. این موضوع آسیب روحی یا جسمی به همراه داشته و منجر به افزایش جا به جایی کارکنان و احتمالا فرسودگی شغلی می‌شود. همچنین،

1. Leung
2. Hayajneh

کارکنانی که تحت شـرایط منابع یا زمان محدود کار می‌کنند، حجم کاری بیش از حد را تحمل می‌کنند، اسـتراحت کافی ندارند، یا برای برآورده کردن انتظارات غیر واقع بینانه در محیط کار مامور شـده‌اند، در معرض خطر اسـترس شـغلی و نتیجتا فرسـودگی شـغلی قرار دارند (رز[1] و همکاران، ۲۰۰۲).

یافته‌های مطالعه ما به علاوه نشـان داد که جو سـازمانی ارتباط مسـتقیم منفی معناداری با فرسودگی شغلی داشت. این نتیجه با مطالعات نا و چلیا[2] (۲۰۲۲)، سان و جینگ[3] (۲۰۱۵)، و لوه[4] و همکاران (۲۰۱۹) همســو بود. جو ســازمانی منعکس‌کننده ادراک کارکنان از محیط کار اسـت که اطلاعات ارزشـمندی برای یک سـازمان محسـوب می‌شـود و می‌تواند در شـناسـایی و بهبود کمبودهای محل کار کمک کند و در نتیجه قصـد ماندن کارکنان را افزایش دهند (منینگ[5] و همکاران، ۲۰۰۵؛ لان و همکاران، ۲۰۲۰). جو ســازمانی مطلوب باعث کاهش فرسودگی شغلی در پرسنل شده و با رضایت کارکنان و انگیزه ارتباط مثبتی دارد و اسـترس کارکنان را کاهش می‌دهد (بهسـون[6] و همکاران، ۲۰۰۵؛ لان و همکاران، ۲۰۲۰). بهرامی و همکاران (۲۰۱۵) بر این باورند که جو ســازمانی اهداف کارکنان را با فراهم کردن محیط کاری مطلوب و شرایط مناسب برای دستیابی به رضایت شغلی منعکس می‌کند. در واقع، جو ســازمانی مطلوب موجب وفاداری و تقویت همکاری بین کارکنان شـده و در کیفیت خدمات رسـانی تاثیرگذار اسـت. از طرف دیگر، جو سـازمانی نامطلوب پیامدهایی مانند ادراک سـطوح بالای اسـترس، کاهش رضـایت شـغلی، افزایش غیبت و ترک شغل و متعاقبا فرسودگی شغلی را به دنبال دارد (رحیم‌پور و همکاران، ۲۰۲۰؛ تاپیا-کابالرو[7] و همکاران، ۲۰۲۲).

نهایتا، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ذهن‌آگاهی در رابطه غیر مستقیم استرس شغلی و جو سـازمانی با فرسـودگی شـغلی نقش میانجی معناداری داشـت. اسـترس شـغلی بالا از طریق کاهش سـطح ذهن‌آگاهی فرد (کاهش توانایی مدیریت هوشـیارانه و بدون قضـاوت

1. Rose
2. Na & Chelliah
3. Sun & Jing
4. Loh
5. Manning
6. Behson
7. Tàpia-Caballero

شرایط) و جو سازمانی نامطلوب نیز با تضعیف این منبع روان‌شناختی به افزایش فرسودگی شغلی منجر می‌شوند. ذهن‌آگاهی به عنوان یک منبع درونیِ تنظیم هیجان و توجه می‌تواند نحوه ادراک و واکنش فرد به عوامل استرس‌زای شغلی و کیفیت محیط سازمانی را تحت تأثیر قرار دهد. استرس شغلی مزمن با اشغال منابع شناختی و هیجانی فرد ظرفیت تمرکز بر لحظه حال و پذیرش غیر قضاوتی تجربیات را کاهش می‌دهد (یعنی ذهن‌آگاهی را تضعیف می‌کند) و این کاهش به نوبه خود فرد را در برابر فرسودگی آسیب‌پذیرتر می‌سازد. همچنین، همخوان با نتایج مامکارز و همکاران (۲۰۲۳)، جانسن[1] و همکاران (۲۰۱۸) و گلد[2] و همکاران (۲۰۱۰)، نقش محافظتی ذهن‌آگاهی در کاهش پیامدهای منفی استرس شغلی و بهبود بهزیستی روان‌شناختی تأیید شده است. در مقابل، جو سازمانی حمایتی و شفاف با فراهم آوردن بستری امن و قابل پیش‌بینی به حفظ و تقویت حالت ذهن‌آگاهی کمک می‌کند. افزایش ذهن‌آگاهی نیز باعث می‌شود فرد با آگاهی بیشتر و واکنش‌پذیری کمتری با چالش‌های شغلی مواجه شود، از منابع هیجانی خود محافظت کند و در نتیجه سطح فرسودگی کمتری را تجربه نماید. بنابراین، ذهن‌آگاهی نه تنها یک پیامد شرایط محیطی است، بلکه به عنوان یک مکانیسم انتقال‌دهنده (میانجی) بخشی از تأثیر این شرایط بر سلامت شغلی را توضیح می‌دهد. این بدان معناست که ذهن‌آگاهی دارای مزایای متعددی برای پرسنل از جمله افزایش شناخت احساسات جاری، بهبود تمرکز بر انجام وظایف در زمان حال، آرامش ذهنی و شادی می‌باشد (کانگ و میونگ[3]، ۲۰۲۲). ذهن‌آگاهی که یک درمان رفتاری موج سوم است که می‌کوشد از طریق تمرینات شخصی ذهن، مراقبه و یوگا فارغ از اهداف معنوی یا روان درمانی به کارکنان یک سازمان جهت بهبودی شرایطشان کمک کند. مداخلات ذهن‌آگاهی یک روش محبوب برای کاهش سطح استرس می‌باشد (گروسمن[4] و همکاران، ۲۰۰۴؛ مامکارز و همکاران، ۲۰۲۳) و می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی در برابر موقعیت‌های آسیب‌زا عمل کند. همچنین، اجرای این مداخلات حاکی از کاهش قابل توجه افسردگی و اضطراب متخصصان مراکز

1. Janssen
2. Gold
3. Kang & Myung
4. Grossman

سلامت و توانمندسازی بهزیستی و سلامت روان آنها بوده است. این نتیجه با نتایج مطالعات مامکارز و همکاران (۲۰۲۳)، جانسن و همکاران (۲۰۱۸) و گلد و همکاران (۲۰۱۰) همسو بود.

با توجه به نتایج این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که استرس شغلی و جو سازمانی از طریق مکانیسم ذهن‌آگاهی بر فرسودگی شغلی در کارکنان مراکز ترک اعتیاد تأثیر می‌گذارند. این یافته بر اهمیت توجه همزمان به عوامل سازمانی (کاهش استرس و بهبود جو سازمانی) و عوامل فردی (تقویت ذهن‌آگاهی) برای پیشگیری از فرسودگی شغلی در پرسنل مراکز درمان اعتیاد تأکید می‌کند. این مطالعه داری برخی محدودیت بود. کوچک بودن جامعه آماری و محدود بودن شرکت‌کنندگان به پرسنل مراکز یک شهر از جمله محدودیت‌های این مطالعه بود. همچنین، تکیه بر ابزارهای خودگزارش‌دهی که نسبت به سوگیری پاسخ آسیب‌پذیرند از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود. به هر رحال، یافته های پژوهش حاضر می تواند به درک بهتر عوامل مرتبط با فرسودگی شغلی در پرسنل مراکز درمان اعتیاد کمک کند و راهکارهای مؤثری جهت کاهش فرسودگی شغلی این گروه ارائه دهد. همچنین، با درک چالش‌ها و عوامل استرس‌زای خاصی که هر فرد با آن مواجه است سازمان‌ها می‌توانند مداخلات مؤثری را برای کاهش این مسائل و ایجاد تعادل سالم‌تر بین کار و زندگی برای همه کارکنان ایجاد کنند. بنابراین، انتظار می رود این پژوهش مدیران مراکز درمان اعتیاد را تشویق به تفکر در مورد چگونگی ایجاد یک جو سازمانی مثبت کند. همچنین، با توجه به نقش تاثیرگذار ذهن‌اگاهی در پژوهش حاضر، گنجاندن دوره‌های آموزشی ذهن‌اگاهی و مدیتیشن در برنامه‌های مراکز درمان اعتیاد می‌تواند نقش به سزایی در کاهش استرس و فرسودگی شغلی کارکنان این مراکز داشته باشد. مدیران این مراکز می‌توانند با کمک گرفتن از روان‌شناسان دوره‌های ذهن‌آگاهی را در مراکز برگزار نموده و پرسنل با نظارت و آموزش آنها تمرینات رسمی مانند (یوگا، معاینه بدن، تنفس همراه با ذهن‌آگاهی، مراقبهٔ نشسته، مراقبه راه رفتن) در قالب جلسات ۳۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای انجام دهند. پرسنل با انجام این تمرینات یاد می‌گیرند که نسبت به نگرش‌ها و شرایط محیطی و زندگی‌شان آگاه‌تر شوند.

منابع

اسماعیلی، سمیرا؛ طباطبایی، سیدموسی و افروز، غلامعلی (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و کنترل توجه در افراد معتاد. *پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۲۱ (۶)، ۱۴۳-۱۳۳. https://doi: 10.22059/japr.2015.59109

جهان میری، محمد حسام و غبیشاوی، محمد (۱۴۰۰). بررسی تاثیر استرس شغلی بر ابتکار و نوآوری و عملکرد شغلی کارکنان پتروشیمی اروند. *پژوهش‌های نوین در مدیریت کارآفرینی و توسعه کسب و کار*. ۲ (۳)، ۱۵۶-۱۴۳.

رسولی، زینب؛ حسنی، فریبا؛ خسروی بابادی، علی اکبرو زارع بهرام‌آبادی، مهدی. (۱۴۰۰). مدل‌یابی ساختاری برای پیش‌بینی فرسودگی شغلی بر اساس تعهد سازمانی با میانجی‌گری بهزیستی شغلی در پرستاران. *ابن سینا*، ۲۳(۴)، ۳۲-۲۵. https://doi.org/10.22034/23.4.25

شهبازیان خونیق، آرش؛ شیخعلی‌زاده، سیاوش؛ محمدیان قریبه، علی اصغر؛ رشبری دیباور، محمد؛ علی‌پور، فاطمه و آناهید، ابراهیم (۱۳۹۸). نقش تشخیصی هوش اخلاقی، ذهن‌آگاهی و اعتیاد به تلفن همراه در احتمال خودکشی دانشجویان. *اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۱۵ (۴)، ۲۲۲-۲۰۳. https://doi:10.22051/jontoe.2020.25487.2600

مهداد، علی؛ ملک‌زاده، مائده و امیری، ویدا (۱۴۰۰). تاثیر ادراک بی‌عدالتی سازمانی، ادراک ناامنی شغلی و ادراک فشارزاهای سازمانی بر ناکامیابی کاری کارکنان بازنشسته: نقش میانجیگرایانه فرسودگی شغلی. *پرستاری سالمندان*، ۵(۳)، ۲۸۹-۲۷۸.

References

Allen, J. G., Romate, J., & Rajkumar, E. (2021). Mindfulness-based positive psychology interventions: a systematic review. *BMC Psychology*, *9*(1), 116. https:/doi.org/10.1186/s40359-021-00618-2

Argyriadis, A., Ioannidou, L., Dimitrakopoulos, I., Gourni, M., Ntimeri, G., Vlachou, C., & Argyriadi, A. (2023). Experimental mindfulness intervention in an emergency department for stress management and development of positive working environment. *In Healthcare*, 11(6), 879. https://doi.org/10.3390/healthcare11060879

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, *13*(1), 27-45. https://doi.org/10.1177/1073191105283504

Bahrami, M. A., Barati, O., Ghoroghchian, M. S., Montazer-Alfaraj, R., & Ezzatabadi, M. R. (2015). Role of organizational climate in organizational commitment: The case of teaching hospitals. *Osong Public Health and Research Perspectives*, *7*(2), 96-100. https://doi.org/10.1016/j.phrp.2015.11.009

Barrett, L., & Yates, P. (2002). Oncology/haematology nurses: a study of job satisfaction, burnout, and intention to leave the specialty. *Australian Health Review*, *25*(3), 109-121. https://doi.org/10.1071/AH020109

Bartlett, L., Buscot, M. J., Bindoff, A., Chambers, R., & Hassed, C. (2021). Mindfulness is associated with lower stress and higher work engagement in a large sample of MOOC participants. *Frontiers in Psychology*, *12*, 724126. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.724126

Behson, S. J. (2005). The relative contribution of formal and informal organizational work–family support. *Journal of Vocational Behavior*, *66*(3), 487-500. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2004.02.004

Bronson, K. (2017). *Using mindfulness to decrease burnout and stress among nurses working in high intensity areas* (Doctoral dissertation, The University of North Carolina at Chapel Hill).

Cebolla, A., Campos, D., Galiana, L., Oliver, A., Tomás, J. M., Feliu-Soler, A., ... & Baños, R. M. (2017). Exploring relations among mindfulness facets and various meditation practices: Do they work in different ways?. *Consciousness and Cognition*, *49*, 172-180. https://doi.org/10.1016/j.concog.2017.01.012

Choi, E., Farb, N., Pogrebtsova, E., Gruman, J., & Grossmann, I. (2021). What do people mean when they talk about mindfulness?. *Clinical Psychology Review*, *89*, 102085. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102085

Dargahi, H., Changizi, V., & Jazayeri Gharabagh, E. (2012). Radiology employees' quality of work life. *Acta Medica Iranica*, *50*(4), 250-256. https://doi.org/10.5812/kmp.iranjradiol.17351065.3148

Dinibutun, S. R., Kuzey, C., & Dinc, M. S. (2020). The effect of organizational climate on faculty burnout at state and private universities: A comparative analysis. *Sage Open*, *10*(4), 2158244020979175. https://doi.org/10.1177/2158244020979175

Ghavidel, F., Fallahi-Khoshknab, M., Molavynejad, S., & Zarea, K. (2019). The role of organizational factors in nurse burnout: Experiences from Iranian nurses working in psychiatric wards. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *8*(12), 3893-3899. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_615_19

Gillions, A., Cheang, R., & Duarte, R. (2019). The effect of mindfulness practice on aggression and violence levels in adults: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, *48*, 104-115. https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.08.012

Gold, E., Smith, A., Hopper, I., Herne, D., Tansey, G., & Hulland, C. (2010). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for primary school teachers. *Journal of Child and Family Studies*, *19*(2), 184-189. https://doi.org/10.1007/s10826-009-9344-0

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*(1), 35-43. https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7

Hayajneh, N., Suifan, T., Obeidat, B., Abuhashesh, M., Alshurideh, M., & Masa'deh, R. E. (2021). The relationship between organizational changes and

job satisfaction through the mediating role of job stress in the Jordanian telecommunication sector. *Management Science Letters*, *11*(2021), 315-326. https://doi.org/10.5267/j.msl.2020.8.001

Hellriegel, D., & Slocum, J. W. (2008). *Organizational behavior, 13th*. South-Western. Cengage Learning.

Hwang, S., Kwon, K. T., Lee, S. H., Kim, S. W., Chang, H. H., Kim, Y., ... & Lee, J. Y. (2023). Correlates of burnout among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in South Korea. *Scientific Reports*, *13*(1), 3360. https://doi.org/10.1038/s41598-023-30372-x

Jahormi, L. R., Alamdarloo, S. M. M., Asmanjerdi, M. J. E., Khoshroo, M., & Mazidi, S. S. (2022). The impact of drop in center services on homeless drug users' quality of life, reduction of dangerous behaviours, and improvement of emotional regulation. *NeuroQuantology*, *20*(7), 3127-3137. https://doi.org/10.14704/nq.2022.20.7.NQ33392

Janssen, M., Heerkens, Y., Kuijer, W., Van Der Heijden, B., & Engels, J. (2018). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on employees' mental health: A systematic review. *PloS One*, *13*(1), e0191332. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191332

Kang, M. J., & Myung, S. K. (2022). Effects of mindfulness-based interventions on mental health in nurses: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Issues in Mental Health Nursing*, *43*(1), 51-59. https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1949765

Khammarnia, M., Ansari-moghaddam, A., Peyvand, M., & Setoodehzadeh, F. (2019). Role of substance abuse treatment centers in addiction recurrence. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 8(4), e91864 https://doi.org/10.5812/ijhrba.91864

Khodadoost, M., Zali, A., Gholamzadeh, S., Azizmohammad, L. M., Akrami, F., Rahmati, R. S., ... & Mohammadi, G. (2023). Job Burnout and Reduced Personal Accomplishment Among Health Sector Employees During COVID-19 Pandemic (Brief Report). *Health Scope*, *12*(1), e129841. https://doi.org/10.5812/jhealthscope-129841

Kurebayashi, Y. (2019). Comparison of factors predicting nursing skills between general and psychiatric nurses. *Perspectives in Psychiatric Care*, *55*(2), 183-189. https://doi.org/10.1111/ppc.12316

Lan, Y. L., Huang, W. T., Kao, C. L., & Wang, H. J. (2020). The relationship between organizational climate, job stress, workplace burnout, and retention of pharmacists. *Journal of Occupational Health*, *62*(1), e12079. https://doi.org/10.1002/1348-9585.12079

Lee, D. C., Liu, Y. T., Hung, L. M., & Mao, K. M. (2016). A cross multiply adjustment study of the effect of salary satisfaction and the work pressure on the organizational climate, organizational commitment on turnover intention. *Hungkuang Academic Review*, *9*(78), 223-252.

Leung, M. Y., Liang, Q., & Olomolaiye, P. (2016). Impact of job stressors and stress on the safety behavior and accidents of construction workers. *Journal of Management in Engineering*, *32*(1), 04015019. https://doi.org/10.1061/(ASCE)ME.1943-5479.0000373

Loh, M. Y., Idris, M. A., Dormann, C., & Muhamad, H. (2019). Organizational climate and employee health outcomes: A systematic review. *Safety Science*, *118*, 442-452. https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.05.052

Mamcarz, P., Droździel, P., Madleňák, R., Pukalskas, S., & Gwiazdowska-Stańczak, S. (2023). Does mindfulness mediate the relation between impulsiveness and job stressfulness perception of professional drivers?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(5), 4559. https://doi.org/10.3390/ijerph20054559

Manning, M. L., Davidson, M., & Manning, R. L. (2005). Measuring tourism and hospitality employee workplace perceptions. *International Journal of Hospitality Management*, *24*(1), 75-90. https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2004.05.001

Maslach, C. (2018). *Burnout: A multidimensional perspective*. In Professional burnout (pp. 19-32). CRC Press.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, *2*(2), 99-113. https://doi.org/10.1002/job.4030020205

Micklitz, K., Wong, G., & Howick, J. (2021). Mindfulness-based programmes to reduce stress and enhance well-being at work: a realist review. *BMJ Open*, *11*(3), e043525. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043525

Na, J., & Chelliah, S. (2022). Review of Organizational Atmosphere, Employee Engagement and Organizational Support. *Global Business & Management Research*, *14*(3), 1413-1426.

Rahimpour, F., Jarahi, L., Rafeemanesh, E., Taghati, A., & Ahmadi, F. (2020). Investigating job stress among professional drivers. *Journal of Molecular Biology Research*, *10*(1), 29. https://doi.org/10.5539/jmbr.v10n1p29

Rose, C. L., Murphy, L. B., Byard, L., & Nikzad, K. (2002). The role of the Big Five personality factors in vigilance performance and workload. *European Journal of Personality*, *16*(3), 185-200. https://doi.org/10.1002/per.451

Shao, H., Du, H., Gan, Q., Ye, D., Chen, Z., Zhu, Y., ... & Chen, M. (2023). Trends of the global burden of disease attributable to cannabis use disorder in 204 countries and territories, 1990–2019: Results from the Disease Burden Study 2019. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *22*, 2485-2507. https://doi.org/10.1007/s11469-022-00999-4

Shariatirad, S., & Maarefvand, M. (2013). Sanctions against Iran and the impact on drug use and addiction treatment. *International Journal of Drug Policy*, *24*(6), 636-7. http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.04.003

Sohrabpour, M., Kamyab, A., Yari, A., Harsini, P. A., & Khani Jeihooni, A. (2024). The factors affecting substance abuse relapse based on theory of planned behavior in male addicts covered by addiction treatment centers in Southern Iran. *BMC Public Health*, *24*(1), 1265. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18733-1

Stecher, C., Sullivan, M., & Huberty, J. (2021). Using personalized anchors to establish routine meditation practice with a mobile app: randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*, *9*(12), e32794. https://doi.org/10.2196/32794

Suleiman-Martos, N., Gomez-Urquiza, J. L., Aguayo-Estremera, R., Cañadas-De La Fuente, G. A., De La Fuente-Solana, E. I., & Albendín-García, L. (2020). The effect of mindfulness training on burnout syndrome in nursing: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *76*(5), 1124-1140. https://doi.org/10.1111/jan.14318

Sun, Y., & Jing, S. (2015). *Ambidextrous leadership style, organizational flexibility and organizational creativity*. In Forum on Science and Technology in China (Vol. 2, pp. 114-116).

Sussman, L., & Deep, S. (1989). *The Communication Experience in Human Relations (2nd ed., pp. 214-216)*. Cincinnati Ohio: South-Western Publishing Co.

Tang, Y., Wang, Y., Zhou, H., Wang, J., Zhang, R., & Lu, Q. (2023). The relationship between psychiatric nurses' perceived organizational support and job burnout: Mediating role of psychological capital. *Frontiers in Psychology*, *14*, 1099687. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1099687

Tàpia-Caballero, P., Serrano-Fernández, M. J., Boada-Cuerva, M., Sora, B., & Boada-Grau, J. (2022). Influence that job characteristics, personality and burnout have on fatigue in professional drivers. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, *28*(3), 1331-1341. https://doi.org/10.1080/10803548.2021.1888019

Useche, S. A., Cendales, B., Montoro, L., & Esteban, C. (2018). Work stress and health problems of professional drivers: a hazardous formula for their safety outcomes. *PeerJ*, *6*, e6249. https://doi.org/10.7717/peerj.6249

Wu, F., Ren, Z., Wang, Q., He, M., Xiong, W., Ma, G., ... & Zhang, X. (2021). The relationship between job stress and job burnout: the mediating effects of perceived social support and job satisfaction. *Psychology, Health & Medicine*, *26*(2), 204-211. https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1778750

Zheng, W., Yang, B., & McLean, G. N. (2010). Linking organizational culture, structure, strategy, and organizational effectiveness: Mediating role of knowledge management. *Journal of Business Research*, *63*(7), 763-771. https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2009.06.005

Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 20, No. 80, P 119-144, Summer 2026

Research Article

Predicting Substance Use Tendency Based on Parent-Child Relationship Patterns, Emotional Control, and Emotional Processing in Adolescents

Kimia Nahvi[1], Alireza Shokrgozar[2], Maryam Mashayekh[3]

Received: 2025/03/09 Accepted: 2026/08/25

Abstract

Objective: The present study aimed to predict substance use tendency based on parent-child relationship patterns (including father-child and mother-child relationship patterns), emotional control, and emotional processing in adolescents. **Method:** The present study was a cross-sectional descriptive-correlational design. The statistical population of the present study comprised 14- to 18-year-old adolescents in District 3 of Tehran. From this population, a sample of 200 adolescents was selected using convenience sampling. Participants completed the research instruments included the addiction readiness questionnaire, the parent-child relationship scale, the affective control scale, and the emotional processing scale. The data were analyzed using Pearson's correlation and multiple regression methods. **Results:** The results of multiple regression analysis indicated that the quality of father-child and mother-child relationship patterns were significant negative predictors of substance use tendency among adolescents, whereas emotional control and emotional processing served as positive predictors. Together, these variables accounted for 38% of the variance in substance use tendency in adolescents. **Conclusion**: These findings underscore the critical role of parent-child relationship quality and emotional skills, specifically emotional control and processing, in preventing substance involvement in adolescents. Consequently, designing psychological interventions aimed at equipping parents to enhance parent-child relationships, as well as training adolescents in efficient emotional control and processing, may prove effective in preventing substance use among at-risk adolescents.

Keywords: Emotional control, Emotional processing, Parent-child relationship pattern, Substance use

1. MA Student, Department of Clinical Psychology, Ka. C, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Health and Clinical Psychology, Ka. C, Islamic Azad University, Karaj, Iran. Email: dralirezashokrgozar@yahoo.com

3. Associate Professor, Research Center for Studies and Strategic Planning of Social Sciences, Ka. C, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال بیستم، شماره هشتاد، ص۱۴۴-۱۱۹، تابستان ۱۴۰۵

مقاله پژوهشی

پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس الگوی ارتباط والد-فرزندی، کنترل عاطفی و پردازش هیجانی در نوجوانان

کیمیا نحوی[۱]، علیرضا شکرگزار[۲]، مریم مشایخ[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۳

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس الگوی ارتباط والد-فرزند (شامل الگوی ارتباط پدر-فرزند و الگوی ارتباط مادر-فرزند) کنترل عاطفی و پردازش هیجانی در نوجوانان انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر یک طرح مقطعی توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل نوجوان ۱۴ تا ۱۸ ساله منطقه ۳ تهران بود. از این بین، نمونه‌ای به حجم ۲۰۰ نوجوان به شیوه در دسترس انتخاب شد. شرکت‌کنندگان ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه گرایش به اعتیاد، مقیاس کیفیت رابطه والد-فرزند، پرسش‌نامه کنترل عاطفی و پرسش‌نامه پردازش هیجانی را تکمیل کردند. داده‌ها با روش‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج رگرسیون چندگانه نشان دادکه کیفیت الگوی ارتباط پدر-فرزند و الگوی ارتباط مادر-فرزند پیش-بینی‌کننده‌های منفی معنادار گرایش به مصرف مواد در نوجوانان بودند، در حالی که دو متغیر کنترل عاطف و پردازش هیجانی پیش‌بینی‌کننده‌های مثبت بودند. این متغیرها به طور همزمان توانستند ۳۸ درصد از واریانس گرایش به مصرف مواد را در نوجوانان تبیین کنند. **نتیجه‌گیری:** نتایج بر اهمیت کیفیت روابط والد-فرزندی و مهارت‌های هیجانی نظیر کنترل عاطفی و پردازش هیجانی در پیشگیری از مصرف مواد در نوجوانان تأکید دارد. بنابراین، طراحی مداخلات روان‌شناختی جهت آموزش والدین برای بهبود کیفیت روابط والد-فرزندی و آموزش نوجوانان در راستای کنترل عاطفی و پردازش هیجانی کارآمد مهارت‌های هیجانی در نوجوانان می‌توانند در پیشگیری از مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر برای مصرف مواد موثر باشد.

کلیدواژه‌ها: الگوی ارتباط والد-فرزندی، پردازش هیجانی، کنترل عاطفی، مصرف مواد

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی سلامت و بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
پست الکترونیک: dralirezashokrgozar@yahoo.com

۳. دانشیار، مرکز تحقیقات مطالعات و برنامه‌ریزی راهبردی علوم اجتماعی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

مقدمه

اختلالات مصـرف مواد[1] به عنوان یکی از عمیق‌ترین و پیچیده‌ترین آسـیب‌های اجتماعی عصـر کنونی نه تنها بنیاد خانواده را متزلزل می‌سـازد، بلکه کارکردهای کلان اقتصـادی، نظام سـلامت عمومی، سـرمایه‌های فرهنگی و انسـجام اجتماعی جوامع را با تبعات جدی و چندوجهی روبه‌رو کرده اسـت (فیگوئیراس- ویلا[2] و همکـاران، ۲۰۲۵). بر اسـاس گزارش‌های سـازمان ملل، بیش از ۲۲۰ میلیون نفر در سـراسـر جهان از اختلالات مرتبط با مصـرف مواد رنج می‌برند و تخمین زده می‌شـود که در ایران حداقل ۳/۱ میلیون نفر به مصرف مواد وابستگی دارند (خوانساری و همکاران، ۱۴۰۴؛ محققی و همکاران، ۱۴۰۵). نوجوانی به عنوان یکی از بحرانی‌ترین دوره‌های تحولی با چالش‌های هویتی، اجتماعی و هیجانی همراه اسـت و شـواهد همه‌گیرشـناختی نشـان می‌دهند که ۹ نفر از هر ۱۰ نفر بزرگسال درگیر اختلالات مصرف مواد نخستین تجربه خود را پیش از ۱۸ سالگی داشته‌اند و در ایران ۱۶ درصد از مصرف‌کنندگان مواد زیر ۱۹ سال هستند (قربانعلی‌پور و همکاران، ۲۰۲۵). این آمار هشـداردهنده ضـرورت کاوش در عوامل پیش‌بینی‌کننده گرایش به مصـرف مواد در جمعیت نوجوانان را بیش از پیش آشـکار می‌سـازد، به‌ویژه آن‌که پژوهش‌های اخیر نشـان می‌دهند گرایش به مصـرف مواد در نوجوانان با تغییرات عصـبی-رشـدی، حساسـیت به پاداش و نارسـایی‌های شـناختی-هیجانی در این دوره تحولی ارتباط تنگاتنگی دارد (رایشرت[3] و همکاران، ۲۰۲۵؛ سینگ[4] و همکاران، ۲۰۲۶).

مرور نظام‌مند پیشـینه نشـان می‌دهد که خانواده به عنوان نخسـتین و اثرگذارترین بسـتر جامعه‌پذیری نقشـی تعیین‌کننده در شـکل‌دهی به الگوهای رفتاری و هیجانی نوجوانان ایفا می‌کند. خانواده نه تنها منبع اولیه دلبسـتگی و امنیت عاطفی اسـت، بلکه کیفیت ارتباط والد-فرزندی[5] به عنوان یک سـازوکار یادگیری اجتماعی توانایی نوجوان را در تنظیم هیجانات، تفسیر نشانه‌های اجتماعی و انتخاب راهبردهای مقابله‌ای تعیین می‌کند (تایسس[6] و همکاران، ۲۰۲۳). یافته‌های پژوهشـی نشـان داده‌اند که والدین دارای الگوی ارتباطی

1. substance use disorders
2. Folgueiras-Vila
3. Reichert
4. Singh
5. parent-child relationship quality
6. Theiss

مبتنی بر پاسخ‌دهی و حمایت‌گری به طور معناداری با کاهش مشکلات تنظیم هیجانی و رفتارهای تکانشی در نوجوانان مرتبط هستند، در حالی‌که الگوهای ارتباطی آمیخته با کنترل افراطی، طرد و بی‌توجهی هیجانی مسیرهای خطرآفرینی را برای نوجوانان ایجاد می‌نماید (شاکری و همکاران، ۱۴۰۴؛ قربانعلی‌پور و همکاران، ۲۰۲۵). مرور نظام‌مند اوسارهیاکیمن[1] و همکاران (۲۰۲۵) نیز نشان داد که بی‌توجهی هیجانی، اختلال عملکرد خانواده و مصرف مواد توسط والدین از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های گرایش به مصرف مواد در نوجوانان هستند. کارا و کاراکایا[2] (۲۰۲۶) نیز در مرور نظام‌مند خود تأکید کردند که عوامل زمینه‌ای و بافتاری از جمله الگوی ارتباط خانوادگی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های مصرف مواد در نوجوانان محسوب می‌شوند. بررسی‌های عصب‌شناختی معاصر نشان می‌دهد نوجوانانی که تحت تأثیر هیجانات منفی والدین قرار دارند، الگوهای فعالیتی متفاوتی در سیستم برجستگی مغز بروز می‌دهند که این امر با ناکارآمدی در تنظیم هیجان و بالا رفتن احتمال مصرف مواد در ارتباط است (کاپلین[3] و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، برگر[4] و همکاران (۲۰۲۶) در مرور خود بر ادبیات رشدی و والدگری تأکید کردند که کیفیت ارتباط والد-فرزندی یکی از مهم‌ترین حلقه‌های واسط در پیشگیری از انتقال بین‌نسلی گرایش به مصرف مواد محسوب می‌شود و مداخلات متمرکز بر بهبود این ارتباط می‌تواند از بروز اختلال در نسل بعد جلوگیری نماید.

علاوه بر الگوی ارتباطی، سازه کنترل عاطفی[5] به عنوان یکی از مؤلفه‌های بنیادین خودتنظیمی نقشی محوری در تبیین آسیب‌پذیری‌های رفتاری نوجوانان ایفا می‌کند. این سازه که به توانایی تشخیص، تمایز و تعدیل پاسخ‌های هیجانی در موقعیت‌های گوناگون اشاره دارد به مثابه یک مهارت فراشناختی امکان انتخاب راهبردهای مقابله‌ای کارآمد را فراهم می‌آورد (وبر و لینچ[6]، ۲۰۲۶). شواهد پژوهشی مؤید آن است که سطح پایین کنترل عاطفی که از ناتوانی در تحمل پریشانی و تنظیم مؤثر هیجانات نشأت می‌گیرد به عنوان

1. Osarhiaekhimen
2. Kara & Karakaya
3. Chaplin
4. Berger
5. affective control
6. Weber & Lynch

یک مسیر خطر در شروع و تداوم مصرف مواد عمل می‌کند (کرتین[1] و همکاران، ۲۰۲۵؛ بوون[2] و همکاران، ۲۰۲۶). در همین زمینه، محققی و همکاران (۱۴۰۵) نقش میانجی سازمان شخصیت را در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و استعداد اعتیاد مورد بررسی قرار دادند و نشان دادند که سبک‌های دلبستگی ناایمن که ریشه در الگوهای ارتباطی ناکارآمد والد-فرزندی دارند با تضعیف کنترل عاطفی و افزایش گرایش به مصرف مواد همراه هستند. همچنین، بررسی‌های عصب‌شناختی اخیر گویای تفاوت‌های جنسیتی چشمگیر در واکنش‌های مغزی نسبت به هیجانات والدین و پیوند آن با تنظیم هیجانی و مصرف مواد است، یافته‌ای که بر اهمیت واکاوی دقیق‌تر مکانیسم‌های عصبی-هیجانی اثرگذار بر تمایل به مصرف مواد تأکید می‌ورزد (شیلینگ[3] و همکاران، ۲۰۲۵). مطالعات جمعیت‌شناختی نیز نشان می‌دهد که عوامل اجتماعی-بوم‌شناختی[4] و الگوهای رفتاری خصوصا در جمعیت‌های دانشجویی و نوجوانان سهم مهمی در شکل‌گیری و تداوم مصرف مواد دارند و کنترل عاطفی به عنوان یک عامل محافظتی درون‌فردی می‌تواند پیامدهای منفی متغیرهای محیطی را تعدیل نماید (جان[5] و همکاران، ۲۰۲۶).

پردازش هیجانی[6] به عنوان یک سازوکار درون‌داد-برون‌داد در نظام هیجانی به فرایندی اشاره دارد که از طریق آن آشفتگی‌های هیجانی تعدیل و تخلیه می‌شوند تا رفتارهای انطباقی تسهیل گردند. انتخاب سبک‌های ناکارآمد در پردازش هیجانی شامل سرکوب، اجتناب و عدم کنترل با افزایش آسیب‌پذیری نسبت به مشکلات هیجانی و رفتاری از جمله مصرف مواد ارتباط مثبت و معناداری دارد (خوانساری و همکاران، ۱۴۰۴؛ محمدامینی و همکاران، ۱۴۰۵). خوانساری و همکاران (۱۴۰۴) در تبیین مدل پیش‌بینی گرایش نوجوانان به مصرف مواد براساس کیفیت زندگی خانواده نشان دادند که سبک‌های تنظیم هیجان نقش کلیدی در این رابطه ایفا می‌کنند و نوجوانانی که از سبک‌های ناکارآمد تنظیم هیجان (مانند سرکوب و اجتناب) استفاده می‌کنند در معرض خطر بیشتری برای گرایش به مصرف مواد قرار دارند. در همین راستا، محمدامینی و

1. Chrétien
2. Bowen
3. Schilling
4. socioecological determinants
5. John
6. emotional processing

همکاران (۱۴۰۵) اثبات کردند که بدرفتاری دوران کودکی گرایش به مصرف مواد را در نوجوانان از طریق پریشانی روان‌شناختی پیش‌بینی می‌کند. این یافته مؤید آن است که تجارب اولیه ناکارآمد سیستم پردازش هیجانی را به‌گونه‌ای شکل می‌دهند که فرد در مواجهه با تنش‌ها به راهبردهای مقابله‌ای ناسالم از قبیل مصرف مواد روی می‌آورد. پژوهش‌های نوین عصب‌شناختی نیز گویای آن است که نوجوانان دارای سابقه خانوادگی مصرف مواد الگوهای متفاوتی از پویایی فعالیت مغزی را در نواحی مرتبط با پردازش هیجانی و کنترل شناختی نشان می‌دهند که می‌تواند توجیه‌گر افزایش آسیب‌پذیری آن‌ها در برابر مواد باشد (شیلینگ و همکاران، ۲۰۲۵). به علاوه، یافته‌های کیفی اخیر حاکی از آن است که الگوهای کنترل والدینی به‌ویژه شیوه‌های ناکارآمد و سخت‌گیرانه پیامدهای منفی بر سلامت روانی و اجتماعی فرزندان دارند و برنامه‌های آموزشی والدین برای مدیریت روابط خانوادگی و کاهش رفتارهای کنترلی به پیشگیری از گرایش به مصرف مواد در جوانان کمک شایانی خواهد کرد (شاکری و همکاران، ۱۴۰۴).

با وجود انبوهی از مطالعات انجام‌شده در حوزه مصرف مواد و عوامل مرتبط با آن، کماکان شکاف‌های نظری و تجربی قابل‌توجهی در تبیین همزمان و تعاملی عوامل بافتی-رابطه‌ای (الگوی ارتباطی والد-فرزندی) و عوامل خودتنظیمی درون‌فردی (کنترل عاطفی و پردازش هیجانی) در پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد در جمعیت نوجوانان به چشم می‌خورد. مرور نظام‌مند پیشینه نشان می‌دهد که اغلب پژوهش‌ها به بررسی تک‌تک این متغیرها به‌صورت مجزا پرداخته‌اند و کمتر مطالعه‌ای به مدل‌سازی همزمان و تعامل این سه سازه در قالب یک مدل پیش‌بین جامع توجه داشته است (کارا و کاراکایا، ۲۰۲۶). افزون بر این، تمرکز بیشتر پژوهش‌های داخلی بر جمعیت بزرگسال یا گروه‌های بالینی بوده و جمعیت نوجوانان به عنوان گروهی با ویژگی‌های تحولی و آسیب‌پذیری‌های خاص کمتر مورد کاوش قرار گرفته‌اند (بیگی و همکاران، ۱۴۰۴؛ پیشه‌ور مفرد و همکاران، ۱۴۰۴). مطالعات جدید نشان می‌دهند که عوامل خطر در نوجوانان با متغیرهای مرتبط با بزرگسالان تفاوت‌های اساسی دارد. نوجوانی دوره‌ای است که تأثیرپذیری از عوامل محیطی و هیجانی به اوج می‌رسد و همزمان، سیستم‌های عصبی مرتبط با خودتنظیمی هنوز به بلوغ کامل

نرسیده‌اند (رایشرت و همکاران، ۲۰۲۵؛ سینگ و همکاران، ۲۰۲۶). شواهد دیگری نیز تأیید می‌کنند که سابقه خانوادگی مصرف مواد به عنوان یک عامل خطر قوی تأثیر عوامل محیطی همچون ارتباط والد-فرزندی و کنترل عاطفی را تعدیل می‌کند، به طوری‌که در نوجوانان دارای سابقه خانوادگی تأثیر الگوی ارتباطی ناکارآمد بر گرایش به مواد تشدید می‌گردد (وود[1] و همکاران، ۲۰۲۵). ماتی-مورا[2] و همکاران (۲۰۲۶) نیز نشان دادند که ترکیب متغیرهای روانی-اجتماعی با شاخص‌های عصب‌شناختی قدرت پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد را به طور چشمگیری افزایش می‌دهد و این یافته بر ضرورت رویکردهای چندبعدی در پیش‌بینی و پیشگیری از مصرف مواد در نوجوانان تأکید دارد.

شکاف پژوهشی دیگر به فقدان مطالعات بومی و مبتنی بر ابزارهای معتبر و هنجاری‌شده در جمعیت نوجوانان ایرانی بازمی‌گردد. پژوهش‌های اندکی که در این حوزه انجام شده‌اند غالباً از ابزارهای غیربومی یا غیراستاندارد استفاده کرده‌اند که تعمیم‌پذیری نتایج را با چالش مواجه می‌سازد. در همین راستا، با عنایت به تحولات سریع اجتماعی، فرهنگی و فناورانه در سال‌های اخیر و تغییر الگوهای مصرف مواد در میان نسل جدید، ضرورت به‌روزرسانی دانش موجود و ارائه مدل‌های پیش‌بین مبتنی بر متغیرهای روان‌شناختی معاصر بیش از پیش احساس می‌شود. شواهد جدید نشان می‌دهند که سبک‌های پردازش هیجانی نقشی کلیدی در تداوم یا ترک مصرف مواد ایفا می‌کنند و افراد دارای نارسایی در این حوزه خطر عود بیشتری پس از درمان دارند (محمدامینی و همکاران، ۱۴۰۵؛ بیگی و همکاران، ۱۴۰۴). بیگی و همکاران (۱۴۰۴) در مطالعه خود نشان دادند که آموزش خودشفابخشی بر عدم تحمل ناکامی در افراد تحت درمان نگهدارنده متادون مؤثر بوده و این یافته بر اهمیت توجه به متغیرهای خودتنظیمی در مداخلات بالینی تأکید دارد. از سوی دیگر، پژوهش‌های جدید گویای آن است که رفتار مصرف مواد با طیف گسترده‌ای از اختلالات روان‌پزشکی همبودی دارد و درک مکانیسم‌های مشترک آسیب‌پذیری از جمله نارسایی‌های پردازش هیجانی می‌تواند به طراحی مداخلات یکپارچه‌تر کمک کند

1. Wood
2. Mattey-Mora

(نیکلسون[1] و همکاران، ۲۰۲۶؛ هال[2] و همکاران، ۲۰۲۶). افزون بر این، بررسی مؤلفه‌های مرتبط با بافتار زیست-محیطی نشان می‌دهد که الگوهای رفتاری و بستر اجتماعی خصوصا در جمعیت‌های دانشجویی و نوجوانان نقش مؤثری در شکل‌گیری و تداوم مصرف مواد دارند و این موضوع لزوم رویکردهای پیشگیرانه چندسطحی را آشکار می‌سازد (جان و همکاران، ۲۰۲۶). پژوهش‌های جمعیت‌شناختی اخیر نیز نشان داده‌اند که تجارب نامطلوب دوران کودکی و پریشانی روان‌شناختی با گرایش به مصرف مواد در جمعیت‌های مختلف مرتبط هستند و این ارتباط تحت تأثیر جنسیت و عوامل بافتاری قرار می‌گیرد (کلینتون[3] و همکاران، ۲۰۲۶).

اجرای این مطالعه از دو جنبه حائز اهمیت است: در گام نخست، با توجه به شیوع روزافزون مصرف مواد در نوجوانان و تأکید سازمان بهداشت جهانی بر شناسایی دقیق زنجیره علّی عوامل خطر و محافظت برای طراحی مداخلات پیشگیرانه مؤثر (کارا و کاراکایا، ۲۰۲۶)، شناسایی و تبیین متغیرهای پیش‌بین و سازوکارهای تأثیرگذار بر گرایش به مصرف مواد گامی اساسی محسوب می‌شود، به‌ویژه آنکه نوجوانان به عنوان جمعیت هدف در پژوهش‌های حوزه مصرف مواد کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند و مطالعات نوین نقش کیفیت ارتباط خانوادگی، حمایت اجتماعی و آموزش تنظیم هیجانی را در کاهش استعداد اعتیاد تأیید کرده‌اند (کلبی[4] و همکاران، ۲۰۲۶)، افزون بر اینکه برنامه‌های پیشگیرانه مبتنی بر شخصیت نیز نتایج امیدوارکننده‌ای در بلندمدت نشان داده‌اند (کانرود[5] و همکاران، ۲۰۲۵). در گام دوم، این مطالعه از منظر نظری به تدوین و آزمون فرضیه‌ای می‌پردازد که نقش سه‌گانه الگوی ارتباط والد-فرزندی، کنترل عاطفی و پردازش هیجانی را به صورت توأمان در پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بررسی می‌کند و شکاف پژوهشی موجود در فقدان مدلی جامع را پر می‌نماید (فیش‌باین و راس[6]، ۲۰۲۵). علاوه بر جنبه‌های نظری، یافته‌های کاربردی این مطالعه به متخصصان کمک می‌کند تا در تشخیص و مداخله توجه ویژه‌ای به این متغیرهای کلیدی داشته باشند و برنامه‌های درمانی خود را

1. Nicholson
2. Hall
3. Clinton
4. Çelebi
5. Conrod
6. Fishbein & Rose

هدفمندتر طراحی نمایند (کاسوبوسکی[1] و همکاران، ۲۰۲۶). مضاف بر موارد یادشده، تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که رابطه بین مصرف مواد و خشونت در نوجوانی به‌شدت تحت تأثیر پویایی‌های عاطفی و رابطه‌ای قرار دارد و درک این تعاملات می‌تواند به طراحی مداخلات جامع‌تر در این حوزه کمک شایانی نماید (لونگا[2] و همکاران، ۲۰۲۶). با توجه به مطالب فوق، سؤال اصلی پژوهش این است که آیا الگوی ارتباطی والد-فرزندی، کنترل عاطفی و پردازش هیجانی به‌طور همزمان قادر به پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد در نوجوانان هستند؟

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ سال ساکن منطقه ۳ شهر تهران بود که در پاییز سال ۱۴۰۳ عضو کانال‌های تلگرامی «اخبار مدارس» و «من و درسام» بودند. مجموع اعضای این دو کانال در زمان اجرای پژوهش ۳۷۰ هزار نفر برآورد گردید. جهت انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. با توجه به حجم جامعه، ابتدا حجم نمونه اولیه با استفاده از فرمول پلنت ($n=50+8m$) محاسبه گردید، که براساس آن تعداد ۱۴۶ به دست آمد. با در نظر گرفتن احتمال حذف پاسخ‌های ناقص یا داده‌های پرت در مرحله پالایش داده‌ها، حجم نمونه نهایی به ۲۰۰ نفر افزایش یافت تا کفایت آماری مدل‌های رگرسیونی تضمین گردد.

معیارهای ورود به پژوهش شامل دامنه‌ی سنی ۱۴ تا ۱۸ سال (بر اساس خودگزارش‌دهی)، جنسیت مؤنث، سکونت در منطقه‌ی ۳ شهر تهران در زمان اجرای پژوهش، عضویت در یکی از کانال‌های تلگرامی «اخبار مدارس» یا «من و درسام»، و تمایل آگاهانه برای مشارکت در پژوهش بود. معیارهای خروج نیز شامل تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها (بیش از ۱۰ درصد گویه‌های بی‌پاسخ)، ارائه‌ی الگوی پاسخ‌دهی یکنواخت یا سیستماتیک (مانند انتخاب یک گزینه در تمامی گویه‌ها) که حاکی از پاسخ‌دهی

1. Kosobuski
2. Lunga

غیردقیق یا سطحی باشد، زمان پاسخ‌دهی کمتر از ۵ دقیقه (به عنوان نشانه‌ی سطحی‌نگری یا پاسخ‌دهی تصادفی) چراکه معیار زمان پاسخ‌دهی براساس مطالعه‌ی راهنما (پایلوت) بر روی ۲۰ نفر از واجدین شرایط حداقل ۱۵ دقیقه برآورد گردید، و انصراف داوطلبانه در هر مرحله از پژوهش بود.

فرایند نمونه‌گیری در بازه‌ی زمانی ۱۵ مهر تا ۱۵ آذر ۱۴۰۳ به‌شیوه‌ی ذیل اجرا شد. پژوهشگر با جست‌وجوی نظام‌مند در نرم‌افزار پیام‌رسان تلگرام فهرستی از کانال‌های دارای مخاطبان نوجوان را شناسایی نمود و از میان کانال‌های واجد شرایط (با حداقل ۵۰ هزار عضو فعال) دو کانال به‌کمک روش تصادفی ساده انتخاب گردیدند. پس از اخذ هماهنگی رسمی با مدیران (ادمین‌های) کانال‌های مذکور و تأیید محتوای ابزار توسط ایشان، لینک پرسش‌نامه‌ی الکترونیکی که در بستر گوگل‌فرم[1] طراحی شده بود در کانال‌ها منتشر گردید. پیش از آغاز پاسخ‌دهی، صفحه‌ی راهنما شامل شرح کامل اهداف پژوهش، تضمین محرمانگی داده‌ها، تأکید بر داوطلبانه بودن مشارکت، و معیارهای ورود (سن ۱۴ تا ۱۸ سال و جنسیت مؤنث) درج گردید و از پاسخ‌دهندگان خواسته شد در صورت عدم تطابق با شرایط از تکمیل پرسش‌نامه خودداری نمایند. متوسط زمان مورد نیاز برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها براساس مطالعه‌ی راهنما بر روی ۲۰ نفر از واجدین شرایط ۱۵ تا ۲۰ دقیقه برآورد گردید که این زمان در ابتدای لینک به مشارکت‌کنندگان اطلاع‌رسانی شد. پس از پایان بازه‌ی جمع‌آوری داده‌ها (به مدت ۴ هفته متوالی)، خروجی پاسخ‌های ثبت شده به‌صورت فایل اکسل از سامانه استخراج گردید. در مرحله‌ی بعد، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۶ مورد پالایش اولیه قرار گرفتند. بدین‌ترتیب که پرسش‌نامه‌های دارای بیش از ۱۰ درصد پاسخ‌دهی ناقص، پاسخ‌های یکنواخت (انحراف معیار صفر)، و زمان پاسخ‌دهی کمتر از ۵ دقیقه از تحلیل حذف گردیدند. در نهایت، به منظور تحلیل داده‌های پالایش‌شده ابتدا شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف‌معیار) برای توصیف ویژگی‌های نمونه محاسبه گردید. سپس، برای بررسی روابط بین متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون و به منظور آزمون پیش‌بینی‌پذیری متغیرها مدل رگرسیون خطی

1. google forms

چندگانه به روش ورود همزمان به‌کار گرفته شـد. تمامی تحلیل‌های آماری با اسـتفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۶ انجام پذیرفت.

پژوهش حاضـر با رعایت کامل موازین اخلاقی مندرج در آیین‌نامه‌ی پژوهش‌های علوم رفتاری انجام شـد. پیش از شـروع پاسـخ‌دهی، تمامی شـرکت‌کنندگان از ۱) اهداف علمی پژوهش، ۲) محرمانگی کامل داده‌ها و هویت افراد، ۳) عدم شـناسـایی پاسـخ‌ها به‌صـورت فردی، و ۴) داوطلبانه‌بودن مشـارکت و امکان انصـراف در هر مرحله مطلع گردیدند و با ورود به صـفحه‌ی پرسـش‌نامه رضـایت آگاهانه‌ی خود را به‌صـورت ضـمنی اعلام نمودند. همچنین، تمامی داده‌ها صـرفاً به صـورت تجمیعی و با کدگذاری عددی (بدون شـناسـه‌های فردی نظیر نام، شـماره تماس یا آدرس) ذخیره و تحلیل شـدند و پس از اتمام پژوهش، فایل اصلی داده‌ها از سیستم پژوهشگر حذف گردید تا اصل محرمانگی به طور کامل رعایت شده باشد.

ابزار

۱-پرسش‌نامه گرایش به مصرف مواد[1]: این ابزار توسط وید[2] و همکاران (۱۹۹۲) طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی که بر پایه پرسش‌نامه چندوجهی شـخصـیت مینه‌سـوتا اسـتخراج شـده اسـت و شـامل زیرمقیاس‌های آمادگی برای اعتیاد، اعتراف به اعتیاد و الکلیسم است. در پژوهش حاضر، جهت سنجش میزان گرایش به اعتیاد در نوجوانان از زیرمقیاس آمادگی برای اعتیاد با ۳۹ گویه اسـتفاده شـد. پاسـخ‌دهندگان به هر گویه در دو گزینه بله (۱ امتیاز) یا خیر (۰ امتیاز) پاسـخ دادند. ضـریب آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعات اولیه توسـط سـازندگان ۰/۷۵ و در مطالعات انجام شـده در ایران توسـط عقدکی و صـدیقی ارفعی (۱۴۰۲) برابر با ۰/۸۰ گزارش شـده اسـت. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۷۱ برآورد گردید.

۲-پرسـش‌نامه کیفیت رابطه والد-فرزندی[3]: این ابزار توسـط فاین[4] و همکاران (۱۹۸۳) طراحی شـده اسـت. پرسـش‌نامه خودگزارش‌دهی مذکور شـامل دو فرم مجزا برای پدر و

1. addiction readiness questionnaire
2. Wade & Butcher
3. parent-child relationship scale
4. Fine

مادر است که هر کدام دارای ۲۴ گویه می‌باشد. زیرمقیاس‌های هر دو فرم شامل عاطفه مثبت، مشارکت و رابطه گفت‌وگو است. نمره‌گذاری گویه‌ها در طیف ۷ درجه‌ای لیکرت (۰ = تقریباً هیچ تا ۶ = بسیار زیاد) انجام می‌شود. لازم به ذکر است که گویه‌های شماره ۹، ۱۳ و ۱۴ در هر دو فرم به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌گردند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار در مطالعه اصلی ۰/۹۶ و برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۶۱ تا ۰/۹۴ گزارش شده است. در مطالعه‌ای که در ایران انجام شد، اینانلو و همکاران (۱۴۰۱) ضمن تأیید روایی همگرایی ابزار با مقیاس هویت اجتماعی ($p<0/01$ و $r=0/26$)، ضریب آلفای کرونباخ کل را ۰/۹۴ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۴ برآورد شد.

۳-پرسش‌نامه کنترل عاطفی[1]: این ابزار خودگزارش‌دهیتوسط ویلیامز[2] و همکاران (۱۹۹۷) طراحی شده است. پرسش‌نامه مذکور شامل ۴۲ گویه است که ۴ زیرمقیاس خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری گویه‌ها در طیف ۷ درجه‌ای لیکرت (از ۱ = به شدت مخالفم تا ۷ = به شدت موافقم) انجام می‌شود. ویلیامز و همکاران (۱۹۹۷) ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه را ۰/۹۴ و برای زیرمقیاس‌های خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۹۱، ۰/۸۹ و ۰/۸۴ گزارش کردند. همچنین، پایایی آزمون-بازآزمایی برای نمره کل ۰/۷۸ و ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس‌ها بیش از ۰/۴۷ برآورد شده است. در مطالعات داخلی، طهماسبیان و همکاران (۱۳۹۳) ضمن تأیید همسانی درونی و معناداری همبستگی‌های آزمون، ضرایب آلفای کرونباخ را در گروه‌های دانش‌آموزان ۰/۷۸، دانشجویان ۰/۸۱، معلمان ۰/۸۸، اساتید دانشگاه ۰/۹۳ و پرستاران ۰/۹۰ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۷۴ برآورد شد.

۴-پرسش‌نامه پردازش هیجانی[3]: این ابزار در سال ۲۰۰۷ توسط باکر[4] و همکاران طراحی و در سال ۲۰۱۰ مورد بازنگری قرار گرفته است. پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی

1. affective control scale
2. Williams
3. emotional processing scale
4. Bakar

مذکور شامل ۲۵ گویه است که ۵ زیرمقیاس سرکوب هیجانی، هیجان تنظیم‌نشده، فقر تجربه هیجانی، هیجان پردازش‌نشده و اجتناب هیجانی را می‌سنجد. نمره‌گذاری گویه‌ها در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (از ۱ = کاملاً موافقم تا ۵ = کاملاً مخالفم) انجام می‌شود. باکر و همکاران (۲۰۱۰) ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه را ۰/۹۲ و برای زیرمقیاس‌ها را بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۵ گزارش کردند. همچنین، پایایی آزمون-بازآزمایی برای کل ابزار ۰/۷۴ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۵ تا ۰/۸۴ برآورد شد. در مطالعات داخلی، لطفی (۱۳۸۹) ضریب آلفای کرونباخ کل را ۰/۹۵ گزارش نموده است (دریای‌لعل و اکبری، ۱۴۰۱). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه برابر با ۰/۶۸ برآورد گردید.

یافته‌ها

جدول ۱ نشان‌دهنده یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	شاخص تحمل	عامل تورم واریانس
الگوی ارتباط پدر/فرزند	۵۲/۸۸	۷/۴۶	۱/۳۴	۱/۴۷	۰/۸۴	۱/۱۹
الگوی ارتباط مادر/فرزند	۴۶/۹۸	۶/۲۳	۰/۸۲	۰/۱۳	۰/۷۵	۱/۱۹
کنترل عاطفه	۱۱۶/۷۹	۲۸/۰۰	۱/۰۳	۰/۳۳	۰/۸۱	۱/۲۵
پردازش هیجانی	۶۳/۳۲	۱۰/۰۳	-۰/۷۱	۰/۵۶	۰/۸۴	۱/۱۹
گرایش به مصرف مواد	۲۸/۱۰	۵/۰۶	-۰/۱۷	۱/۵۲		

پیش از انجام تحلیل رگرسیون چندگانه به روش ورود همزمان، مفروضات اساسی رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند. ابتدا برای بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع خطاها[1] آزمون‌های کجی و کشیدگی[2] مورد استفاده قرار گرفت. نتایج این آزمون‌ها نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع نمرات بود. جهت بررسی مفروضه استقلال خطاها[3] و عدم وجود خودهمبستگی[4] شاخص دوربین-واتسون[5] محاسبه گردید. مقادیر این شاخص برای الگوی ارتباطی والد-فرزند ۱/۸۱، کنترل عاطفی ۱/۷۰ و پردازش هیجانی ۱/۸۲ بود که با توجه به قرار گرفتن در محدوده ۱/۵ الی ۲/۵ نشان‌دهنده عدم وجود خودهمبستگی در خطاهاست.

1. normality of errors
2. skewness and kurtosis
3. independence of errors
4. no autocorrelation
5. Durbin-Watson

در نهایت، جهت بررسی پیش‌فرض عدم وجود هم‌خطی چندگانه[1] عامل تورم واریانس[2] و شاخص تحمل[3] محاسبه گردید. مطابق جدول ۱، نتایج نشان داد که مقادیر این شاخص برای تمامی متغیرها کمتر از ۱۰ بود. به علاوه، مقدار شاخص تحمل نیز بین محدوده قابل قبول ۰/۱۰ و ۱ قرار داشت. اضافه بر این، بررسی همبستگی‌های پیرسون که در جدول ۲ ارائه شده است نیز تأیید کرد که همبستگی بین متغیرهای مستقل کمتر از ۰/۹۰ بود. بنابراین، آماره‌های دو شاخص عامل تورم واریانس و تحمل و نتایج همبستگی بیانگر عدم وجود هم‌خطی چندگانه بود و تحلیل رگرسیون انجام شد.

جدول ۲: ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵
۱- الگوی ارتباط پدر/فرزند	۱				
۲- الگوی ارتباط مادر/فرزند	۰/۴۰*	۱			
۳- کنترل عاطفه	-۰/۲۸*	۰/۵۷*	۱		
۴- پردازش هیجانی	-۰/۳۱*	-۰/۶۸*	۰/۳۹*	۱	
۵- گرایش به مصرف مواد	-۰/۵۲*	-۰/۴۶*	۰/۵۷*	۰/۴۴*	۱

*p<۰/۰۱

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که بین گرایش به مصرف مواد با متغیرهای الگوی ارتباط پدر/فرزند و الگوی ارتباط مادر/فرزند رابطه منفی و معناداری وجود داشت (p<۰/۰۱). علاوه بر این، گرایش به مصرف مواد همبستگی مثبت معناداری با کنترل عاطفی و پردازش هیجانی داشت (p<۰/۰۱).

جدول ۳: ضرایب رگرسیون گرایش به مصرف مواد براساس متغیرهای پژوهش

متغیر پیش‌بین	بتا	t	F	معناداری
الگوی ارتباطی با پدر	-۰/۳۴	-۸/۶۰	۷۴/۰۱	۰/۰۱۱*
الگوی ارتباطی با مادر	-۰/۴۶	-۷/۳۲	۵۳/۶۳	۰/۰۰۷**
کنترل عاطفی	۰/۵۷	۹/۸۶	۹۷/۲۰	۰/۰۱۸*
پردازش هیجانی	۰/۴۴	۶/۹۴	۴۸/۱۰	۰/۰۱۴*

* p< ۰/۰۵. ** p <۰/۰۱.

1. multicollinearity
2. variance inflation factor (VIF)
3. tolerance index

نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۳ نشان داد که تمامی متغیرهای پژوهش شامل الگوی ارتباطی با پدر، الگوی ارتباطی با مادر، کنترل عاطفی و پردازش هیجانی توانستند به طور معناداری گرایش به مصرف مواد را پیش‌بینی کنند. بر اساس ضرایب استاندارد شده عوامل بین فردی یعنی الگوهای ارتباطی با پدر($p<۰/۰۵$) مادر ($p<۰/۰۱$) دارای ارتباط منفی و معنادار با گرایش به مصرف مواد بودند، در حالی که متغیرهای درون فردی (یعنی کنترل عاطفی/پردازش هیجانی) نیز با ضرایب مثبت پیش‌بینی‌کننده معنادار گرایش به مصرف مواد بودند ($p<۰/۰۵$). به علاوه، مدل حاصل توانست ۳۸ درصد از واریانس گرایش به مصرف مواد را پیش‌بینی کند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد براساس الگوی ارتباط والد-فرزند، کنترل عاطفی و پردازش هیجانی در نوجوانان انجام شد. نخستین یافته پژوهش حاضر نشان داد که گرایش به مصرف مواد در نوجوانان با کیفیت رابطه والد-فرزندی رابطه منفی و معناداری داشت. به عبارت دیگر، هرچه کیفیت ارتباط بین نوجوان و والدین او پایین‌تر باشد گرایش وی به مصرف مواد افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج مطالعات پیشین همسو است. محمدزاده و جنگی (۱۴۰۲) و ترکمانی و همکاران (۱۴۰۱) نیز در پژوهش‌های خود به رابطه منفی بین کیفیت ارتباط والد-فرزند و گرایش به مصرف مواد دست یافتند. همچنین، سوپراپتو[1] و همکاران (۲۰۲۴) و هافمن[2] (۲۰۲۳) در مطالعات خود تأیید کردند که الگوهای ارتباطی ناکارآمد در خانواده زمینه‌ساز رفتارهای پرخطر در نوجوانان است. استاد رحیمی و فتحی (۱۴۰۰) نیز نشان دادند که بین الگوی ارتباطی جهت‌گیری گفت و شنود و مصرف مواد رابطه منفی معنادار و بین جهت‌گیری همنوایی و مصرف مواد رابطه مثبت معناداری وجود دارد. به علاوه، آن‌ها نشان دادند که مؤلفه‌های فرهنگ مدرسه (روابط دانش‌آموزان، روابط دانش‌آموزان و معلمان و فرصت‌های آموزشی) با گرایش به مصرف مواد روابط منفی معناداری دارند که نشان از چندبعدی بودن عوامل مؤثر بر این پدیده دارد. همچنین، یافته‌های گاطع‌زاده و مولایی‌راد (۱۳۹۹) و

1. Suprapto
2. Hoffmann

دورا[1] و همکاران (۲۰۲۳) نیز همسو با پژوهش حاضر بر نقش متغیرهای ارتباطی و عاطفی در گرایش به مصرف مواد تأکید دارند. در مجموع، همگرایی نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهشگران داخلی و خارجی بیانگر ثبات و پایایی رابطه بین کیفیت روابط خانوادگی و گرایش به مصرف مواد در بسترهای فرهنگی مختلف است.

در تبیین رابطه منفی بین کیفیت رابطه والد-فرزند و گرایش به مصرف مواد می‌توان گفت که خانواده خصوصا والدین مهم‌ترین نقش را در شکل‌گیری الگوهای رفتاری و هیجانی نوجوانان ایفا می‌کنند. شواهد حاصل از پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که نوجوانان متمایل به مصرف مواد غالباً در معرض آسیب‌های ارتباطی درون‌خانوادگی نظیر طلاق، تعارضات پایدار خانوادگی، محرومیت از محبت، فقدان ارتباط عاطفی متقابل و شیوه‌های تنبیهی افراطی قرار دارند (کارا و کاراکایا، ۲۰۲۶؛ اوسارهیاکیمن و همکاران، ۲۰۲۵). این شرایط نه تنها موجب کاهش دلبستگی ایمن بین والد و فرزند می‌شود، بلکه بهزیستی روانی اعضای خانواده را نیز مختل می‌سازد (برگر و همکاران، ۲۰۲۵). براساس نظریه روانکاوی هورنای[2]، چنانچه والدین به جای پذیرش فرزند و ایجاد روابط آرامبخش به طرد و خصومت با وی بپردازند در کودک احساس اضطراب و خصومت شکل می‌گیرد که به نوبه خود زمینه‌ساز رفتارهای پرخطر نظیر گرایش به مصرف مواد خواهد شد (شولتز و شولتز[3]، ۱۴۰۴). به زعم پژوهشگر، خانواده با الگوی ارتباطی مطلوب فضایی است که امنیت عاطفی، احساس ارزشمندی، باور تعلق و مورد علاقه بودن را در اعضای خود تأمین می‌کند و بدین‌ترتیب فرزندان را در برابر تنش‌های زندگی مقاوم‌تر می‌سازد. در مقابل، خانواده با الگوی ارتباطی ناکارآمد با ایجاد جو آشفته و بیمار زمینه را برای بروز رفتارهای مخرب فراهم می‌آورد.

برآیند دیگر پژوهش نشان داد که بین نمره کنترل عاطفی با گرایش به مصرف مواد در نوجوانان همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت. به بیان دیگر، هرچه نوجوانان در کنترل عواطف خود ناتوان‌تر باشند گرایش بیشتری به مصرف مواد نشان می‌دهند. این یافته

1. Dora
2. Horney
3. Schultz & Schultz

با نتایج گاطع‌زاده و مولایی‌راد (۱۳۹۹) که نشـــان دادند شـــیوه‌های فرزندپروری والدین با نقش میانجی منبع کنترل، اثر مثبت و معناداری بر گرایش نوجوانان به مصـــرف مواد دارد همســـو اســـت. همچنین، دورا و همکاران (۲۰۲۳) نشـــان دادند که بین کنترل عاطفی با مقاومت در برابر وسوسه مصرف الکل همبستگی معناداری وجود دارد. با این‌حال، برخی پژوهش‌ها مانند مطالعه چاپلین و همکاران (۲۰۲۴) نشـــان داده‌اند که رابطه بین کنترل عاطفی و مصرف مواد ممکن است تحت تأثیر متغیرهای تعدیل‌گر نظیر جنسیت و سن قرار گیرد که می‌تواند توجیه‌کننده بخشی از واریانس تبیین‌نشده در پژوهش حاضر باشد. به‌طور کلی، یافته‌های همبســـتگی در این بخش نیز با اکثر مطالعات پیشـــین همخوانی دارد و بر اهمیت کنترل عاطفی به عنوان یک عامل حفاظتی یا خطرزا در گرایش به مصـــرف مواد تأکید می‌ورزد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که کنترل عاطفی به تنهایی نمی‌تواند گرایش به مصـــرف مواد را تبیین کند، بلکه ممکن اســـت متغیرهای میانجی‌گری مانند مهارت‌های اجتماعی، منبع کنترل و راهبردهای مقابله‌ای در این رابطه نقش داشـته باشـند (گاطع‌زاده و مولایی‌راد، ۱۳۹۹). افرادی که توانایی کنترل عواطف خود را دارند در عملکرد اجتماعی به‌ویژه در برقراری روابط ســـازنده با دیگران موفق‌تر عمل می‌کنند. از ســـوی دیگر، افراد درگیر در مصـــرف مواد در توجه به اطلاعات هیجانی، ادراک صـــحیح آن‌ها، پردازش درست و مدیریت مطلوب هیجانات در روابط بین‌فردی با دشـواری‌هایی مواجه‌اند (کرتین و همکاران، ۲۰۲۵؛ بوون و همکاران، ۲۰۲۶). به زعم پژوهشـگر، این دشـواری‌ها می‌توانند بـاعـث شـــونـد کـه فرد در مواجهـه بـا موقعیـت‌هـای تنش‌زای زنـدگی توانـایی تحلیـل، تصـمیم‌گیری و انتخاب رفتار صـحیح را از دسـت بدهد و به سـوی رفتارهای سـازش‌نایافته نظیر مصـــرف مواد کشـــیده شـــود. به بیان دیگر، ناتوانی در کنترل عواطف فرد را در برابر هیجانات منفی آسیب‌پذیر می‌سازد و او را به سمت راهبردهای کوتاه‌مدت و تسکین‌دهنده نظیر مصرف مواد سوق می‌دهد.

یافته دیگر این پژوهش نشـــان داد که بین نمره پردازش هیجانی و گرایش به مصـــرف مواد در نوجوانان همبســـتگی مثبت و معناداری وجود داشـــت. این بدان معناســـت که هرچه

پردازش هیجانی در نوجوانان ناقص‌تر و ناکارآمدتر باشد گرایش آن‌ها به مصرف مواد افزایش می‌یابد. این یافته با نتایج ترکمانی و همکاران (۱۴۰۱) همسو است که نشان دادند نمره گرایش به مصرف مواد براساس سبک‌های فرزندپروری و تنظیم شناختی‌هیجانی دانشجویان قابل پیش‌بینی است. همچنین، اکبری و همکاران (۱۴۰۰) نیز نقش مثبت و معنادار حس انسجام و دشواری در تنظیم هیجان را در گرایش به مصرف مواد نوجوانان پسر تأیید کردند. در سطح بین‌المللی، مطالعات کرتین و همکاران (۲۰۲۵)، و فیگوئیراس-ویلا و همکاران (۲۰۲۵) نیز نشان داده‌اند که نقص در پردازش هیجانی یکی از عوامل کلیدی در شروع و تداوم مصرف مواد در نوجوانان و بزرگسالان است. با این‌حال، پژوهش‌های ماتی-مورا و همکاران (۲۰۲۶) و شیلینگ و همکاران (۲۰۲۵) نشان داده‌اند که تأثیر پردازش هیجانی بر مصرف مواد ممکن است تحت تأثیر عوامل نوروبیولوژیک و تفاوت‌های فردی قرار گیرد که می‌تواند توجیه‌کننده تفاوت‌های جزئی در میزان واریانس تبیین‌شده در پژوهش‌های مختلف باشد.

در تبیین این یافته باید گفت که آمادگی به مصرف مواد به عنوان یک پتانسیل فردی تحت تأثیر تفاوت‌های فردی از جمله توانایی پردازش هیجانات قرار دارد. نظریه‌پردازان معتقدند افرادی که توانایی کنترل و مدیریت صحیح هیجانات خود را در مواجهه با چالش‌ها و مشکلات روزمره ندارند بیشتر علائم روان‌شناختی زمینه‌ساز مصرف مواد مخدر را نشان می‌دهند (فیش‌باین و راس، ۲۰۲۵؛ چاپلین و همکاران، ۲۰۲۴). هنگامی که فرد در پردازش هیجان با چالش‌هایی مواجه می‌شود به جای استفاده از راهبردهای مسئله‌مدار به راهبردهای هیجان‌مدار روی می‌آورد و با سرپوش گذاشتن بر چالش‌ها از حل مسئله اصلی طفره می‌رود. مصرف مواد یکی از بارزترین رفتارهای هیجان‌مدار است که به عنوان راهی برای فرار از موقعیت‌های تنش‌زا و کنار آمدن با روان‌رنجوری‌های ناشی از زندگی روزمره انتخاب می‌شود (کانرود و همکاران، ۲۰۲۵؛ لونگا و همکاران، ۲۰۲۶). در واقع، نوجوانانی که در پردازش هیجانات خود ناتوان هستند هنگام رویارویی با مشکلات زندگی به جای استفاده از راهبردهای سازگارانه جهت تسکین هیجانات منفی مصرف مواد را به عنوان یک راهکار سریع و در دسترس تجربه می‌کنند. این فرایند به مرور زمان می‌تواند به یک

الگوی رفتاری تثبیت‌شده تبدیل شود که زمینه‌ساز مصرف مواد در دوره‌های بعدی زندگی خواهد بود (نیکلسون و همکاران، ۲۰۲۶؛ سینگ و همکاران، ۲۰۲۶).

برآیند دیگر مطالعه حاضر نشان داد که مدل ترکیبی متغیرهای پژوهش (کیفیت رابطه والد-فرزند، کنترل عاطفی و پردازش هیجانی) توانستند گرایش به مصرف مواد را پیش‌بینی کنند. این نتیجه نشان‌دهنده سهم قابل توجه متغیرهای مورد مطالعه در پیش‌بینی رفتارهای پرخطر در نوجوانان است. این یافته با نتایج استاد رحیمی و فتحی (۱۴۰۰) که نشان دادند الگوهای ارتباطی خانواده قادر به پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد در دانش‌آموزان هستند همسو است. همچنین، ترکمانی و همکاران (۱۴۰۱) نشان دادند که سبک‌های فرزندپروری و تنظیم شناختی‌هیجانی می‌توانند گرایش به مواد را در دانشجویان پیش‌بینی کنند که این امر با یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر نقش ترکیبی متغیرهای ارتباطی و هیجانی همخوانی دارد. خالدیان و حسنوند (۱۴۰۴) نیز در پژوهشی بر نقش عوامل روان‌شناختی در تداوم و وسوسه مصرف مواد تأکید کردند، که به نوعی بیانگر اهمیت متغیرهای درون‌فردی در کنار متغیرهای بین‌فردی است. در سطح بین‌المللی، یافته‌های قربانعلی‌پور و همکاران (۲۰۲۵) نشان داد که جو عاطفی خانواده و نیازهای اساسی با میانجی‌گری هیجان‌خواهی می‌توانند گرایش به مصرف مواد را در نوجوانان پیش‌بینی کنند که با مدل ترکیبی پژوهش حاضر هماهنگی دارد. همچنین، وود و همکاران (۲۰۲۵) و ماتی-مورا و همکاران (۲۰۲۶) نیز بر نقش تعامل عوامل محیطی، خانوادگی و عصبی-شناختی در پیش‌بینی مصرف مواد تأکید کرده‌اند. با این‌حال، پژوهش‌های جان و همکاران (۲۰۲۶) و کارا و کاراکایا (۲۰۲۶) نشان داده‌اند که عوامل زمینه‌ای نظیر وضعیت اقتصادی-اجتماعی و دسترسی به مواد نیز سهم عمده‌ای در پیش‌بینی مصرف مواد دارند، که در پژوهش حاضر لحاظ نشد.

همچنین، سهم ترکیبی در تبیین واریانس گرایش به مصرف مواد بیانگر این واقعیت است که گرایش به مصرف مواد پدیده‌ای چندعلتی و پیچیده است که تحت تأثیر کنش متقابل عوامل فردی (مانند کنترل و پردازش هیجانی) و بین‌فردی (مانند کیفیت روابط والد-فرزند) قرار دارد. یافته‌های پژوهش‌های پیشین نیز این پیچیدگی را تأیید کرده‌اند.

به‌عنوان مثال، بیگی و همکاران (۱۴۰۴) نشان دادند که آموزش خودشفابخشی می‌تواند بر عدم تحمل ناکامی در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مؤثر باشد که این امر بر اهمیت توانمندسازی شناختی-هیجانی در کنار مداخلات ارتباطی تأکید دارد. پیشه‌ور مفرد و همکاران (۱۴۰۴) نیز با مقایسه نیمرخ روانی افراد وابسته به مواد، زندانی و عادی نشان دادند که تفاوت‌های شخصیتی و روان‌شناختی نقشی تعیین‌کننده در گرایش به مصرف مواد دارند. همچنین، پژوهش‌های نوروبیولوژیک اخیر (مانند شیلینگ و همکاران، ۲۰۲۵؛ سینگ و همکاران، ۲۰۲۶) نیز نشان داده‌اند که تفاوت‌های ساختاری و عملکردی در مغز نوجوانان با سابقه خانوادگی اختلالات مصرف مواد می‌تواند آسیب‌پذیری آن‌ها را افزایش دهد که این امر بیانگر تعامل پیچیده بین عوامل زیستی و محیطی است. مدل ترکیبی پژوهش حاضر با تلفیق متغیرهای ارتباطی و هیجانی توانسته است بخش قابل‌توجهی از این تعامل را پوشش دهد و مسیری عملیاتی برای طراحی مداخلات روان‌شناختی هدفمند نظیر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان (کرتین و همکاران، ۲۰۲۵)، خانواده‌درمانی مبتنی بر بهبود الگوهای ارتباطی (برگر و همکاران، ۲۰۲۶)، و برنامه‌های توانمندسازی پدران (شاکری و همکاران، ۱۴۰۴) ارائه کند.

یافته‌های پژوهش ضرورت طراحی مداخلات پیشگیرانه با محوریت تقویت مهارت‌های هیجانی، بهبود روابط خانوادگی (به‌ویژه رابطه با پدر) و کاربست رویکردهای خانواده‌درمانی را آشکار می‌سازد و مسیری عملیاتی برای کاهش گرایش به مصرف مواد در نوجوانان و ارتقای سلامت روان آنان فراهم می‌آورد. پژوهش حاضر با برخی محدودیت‌های روش‌شناختی مواجه بود که باید در تفسیر یافته‌ها لحاظ گردند. نخست، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و تغییر جامعه آماری از محیط‌های مدرسه‌ای به بسترهای مجازی (کانال‌های تلگرامی) می‌تواند بر میزان معرف بودن نمونه و قابلیت تعمیم یافته‌ها به کل جامعه نوجوانان شهر تهران اثرگذار باشد. همچنین، ماهیت خودسنجی ابزارها و عدم امکان کنترل متغیرهای مداخله‌گر نظیر ویژگی‌های شخصیتی، وضعیت سلامت روان و عوامل محیطی از دیگر محدودیت‌های این مطالعه است. سوم، مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی است و امکان نتیجه گیری علت و معلولی امکانپذیر نیست. با

توجه به این موارد، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با به‌کارگیری روش‌های نمونه‌گیری احتمالی و حجم نمونه بزرگ‌تر به بررسی نقش تعاملی متغیرهای کنترل‌کننده مذکور در پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بپردازند. علاوه بر این، استفاده از طرح های طولی و مدل‌سازی معادلات ساختاری جهت تبیین روابط مسیر و تحلیل همزمان متغیرهای پژوهش در دو گروه دختر و پسر می‌تواند به شناسایی دقیق‌تر مکانیسم‌های روانی پیش‌بین در این بازه سنی کمک نماید.

تشکر و قدردانی

محققان این مطالعه از تمامی نوجوانان شرکت‌کننده در پژوهش و مسئولان کانال‌های تلگرامی «اخبار مدارس» و «من و درسام» جهت فراهم ساختن شرایط اجرای مطالعه صمیمانه قدردانی می‌نمایند.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با کسب مجوزهای لازم از سوی واحد پژوهش دانشگاه آزاداسلامی واحد کرج اجرا شد و در تمامی مراحل اجرای این مطالعه رضایت افراد نمونه و صیانت از گمنامی آنان و محرمانگی اطلاعات در اولویت قرار داشت.

حامی مالی

این پژوهش حمایت مالی از هیچ سازمانی دریافت نکرده است.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند که هیچ تعارض منافعی در انجام این مطالعه و انتشار آن ندارند.

منابع

استاد رحیمی، احمد و فتحی، آیت الله (۱۴۰۰). نقش الگوهای ارتباطی خانواده و فرهنگ مدرسه در گرایش به اعتیاد دانش آموزان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۵*(۵۹)، ۲۹۲-۲۷۵. https://doi.org/10.52547/etiadpajohi.15.59.275

اکبری، نقی؛ جاویدپور، مرتضی و شعبانیان، امیرحسین (۱۴۰۰). الگوی تحلیل مسیر گرایش به اعتیاد براساس حس انسجام با میانجی‌گری دشواری در تنظیم هیجان در نوجوانان پسر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۰(۱۱)، ۱۲۲۲-۱۲۰۹. https://doi.org/10.52547/jrums.20.11.1209

اینانلو، مریم؛ بشردوست، سیمین و ابوالمعالی‌الحسینی، خدیجه (۱۴۰۱). ارائه الگوی پیش‌بینی اعتیاد به بازی‌های آنلاین براساس ویژگی‌های شخصیتی هگزاکو و رابطه والد-فرزندی با میانجی‌گری تکانشگری. *فصلنامه خانواده درمانی کاربردی*، ۳(۱)، ۳۱۰- ۲۸۵.

بیگی، علی؛ رحیمی، حسن و خدامی، پیمان (۱۴۰۴). اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر عدم تحمل ناکامی در افراد با اختلال مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده متادون. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۹ (۷۸)، ۱۶۶-۱۴۹. https://doi.org/10.22034/ETI.19.78.149

پیشه‌ور مفرد، محمدحسن؛ مظاهری، مهرداد؛ قیصری، فاطمه و منصورخانی، زهرا (۱۴۰۴). مقایسه نیمرخ روانی افراد وابسته به مواد، زندانی و عادی با استفاده از پرسش‌نامه چندوجهی شخصیتی مینه‌سوتا. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۹ (۷۶)، ۱۰۲-۷۹. https://doi.org/10.22034/ETI.19.76.79

ترکمانی، حسین؛ قاسمی مطلق، مهدی؛ اسماعیلی شاد، بهرنگ و محمدی‌پور، محمد (۱۴۰۱). پیش‌بینی میانگین نمره گرایش به اعتیاد بر اساس سبک‌های فرزندپروری و تنظیم شناختی هیجانی دانشجویان. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۲، ۱۴۳.

خالدیان، محمد و حسنوند، بنفشه (۱۴۰۴). علل و عوامل تأثیرگذار در وسوسه بدون لغزش در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۹ (۷۸)، ۱۴۸-۱۲۹. https://doi.org/10.22034/ETI.19.78.129

خوانساری، ابوالفضل؛ میرزا حسینی، حسن و شریفی‌راد، غلامرضا (۱۴۰۴). تبیین مدل پیش‌بینی گرایش نوجوانان به مصرف مواد مخدر بر اساس کیفیت زندگی خانواده: نقش میانجی سبک‌های تنظیم هیجان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۹ (۷۷)، ۱۷۸-۱۵۷. https://doi.org/10.22034/ETI.19.77.157

دریای‌لعل، غلامرضا و اکبری، بهمن (۱۴۰۱). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر پردازش‌های هیجانی در دانشجویان دختر دارای اختلال اضطراب اجتماعی. *فصلنامه خانواده درمانی کاربردی*، ۳(۳)، ۶۵- ۵۱. https://doi.org/10.61838/kman.aftj.3.3.4

شاکری، زهرا؛ چوب فروش‌زاده، آزاده؛ رضاپور میرصالح، یاسر و صحراییان، کیمیا (۱۴۰۴). بررسی کیفی الگوی کنترل والدین بر اساس نظریه انتخاب گلاسر در جوانان مصرف‌کننده مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۹ (۷۵)، ۱۳۴-۱۰۳. https://doi.org/10.22034/ETI.19.75.103

شولتز، دوان پی و شولتز، سیدنی آلن (۱۴۰۴). *نظریه‌های شخصیت*. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر ویرایش.

طهماسبیان، حجت اله؛ خزایی، حبیب اله؛ عارفی، مختار؛ سعیدپور، مهشید و حسینی، سیدعلی (۱۳۹۳). هنجاریابی آزمون مقیاس کنترل عواطف. *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، *۱۸* (۶)، ۳۵۴- ۳۴۹.

عقدکی، فریده و صدیقی ارفعی، فریبرز (۱۴۰۲). نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و خشم در پیش بینی گرایش به اعتیاد نوجوانان. فصلنامه *اعتیادپژوهی*، *۱۷* (۶۷)، ۲۴۴- ۲۲۹. https://doi.org/10.52547/etiadpajohi.17.67.229

گاطع‌زاده، عبدالامیر و مولایی‌راد، محمدرضا (۱۳۹۹). پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد نوجوانان بر اساس شیوه‌های فرزندپروری والدین و نقش میانجی منبع کنترل. *مجله علوم پزشکی رفسنجان*، *۱۹* (۱۲)، ۱۲۷۶-۱۲۶۱. https://doi.org/10.29252/jrums.19.12.1261

محققی، حسین؛ برازنده، مرضیه؛ فرهادی، مهران و یارمحمدی واصل، شهریار (۱۴۰۵). نقش میانجی سازمان شخصیت در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و استعداد اعتیاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۲۰* (۷۹)، ۸۴-۵۹. https://doi.org/10.22034/ETI.20.79.59

محمدامینی، سامان؛ میکائیلی، نیلوفر و حاجلو، نادر (۱۴۰۵). رابطه بدرفتاری دوران کودکی و گرایش به مصرف مواد در نوجوانان: نقش میانجی پریشانی روان‌شناختی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۲۰* (۷۹)، ۵۸-۳۵. https://doi.org/10.22034/ETI.20.79.35

محمدزاده، فائزه و جنگی، پریا (۱۴۰۲). پیش‌بینی گرایش به سوءمصرف موادمخدر افیونی در نوجوانان بر اساس آشفتگی‌های روان‌شناختی و سلامت در خانواده. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۷* (۶۹)، ۲۰۰-۱۸۱. https://doi.org/10.61186/etiadpajohi.17.69.181

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

References

Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., & Owens, M. (2007). Development of an emotional processing scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *62*(2), 167-178. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.09.005

Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., Gower, P., Santonastaso, M., & Whittlesea, A. (2010). The Emotional Processing Scale: scale refinement and abridgement (EPS-25). *Journal of psychosomatic research*, *68*(1), 83-88.https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.07.007

Berger, E. L., Y. Barrett, A. M., Mendes, S., Oro, V., Leve, L. D., Pfeifer, J. H., & Cioffi, C. C. (2026). Preventing the Intergenerational Transmission of Substance Use Disorder: Lessons Learned From Developmental Science on

Parenting and Adolescence. *Substance Use: Research and Treatment*, *20*, 29768357261454176. https://doi.org/10.1177/29768357261454176

Bowen, A. M., Calder, R., Neale, J., Meynen, T., & Gilchrist, G. (2026). Emotion Regulation in the Association Between Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use: A Systematic Review With Narrative Synthesis. *Trauma, Violence, & Abuse*, *27*(1), 3-21. https://doi.org/10.1177/15248380241306362

Çelebi, L., Kılıçoğlu, A. G., & Algedik, P. (2026). Substance use disorder treatment completion rates in adolescent inpatients and factors affecting these rates. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 1-10. https://doi.org/10.15805/addicta.2026.511

Chaplin, T. M., Gonçalves, S. F., Kisner, M. A., Ryan, M., Forbes, E., & Thompson, J. C. (2024). Adolescents' neural responses to their parents' emotions: associations with emotion regulation, internalizing symptoms, and substance use. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *19*(1), nsae084. https://doi.org/10.1093/scan/nsae084

Chrétien, S., Giroux, I., Smith, I., Jacques, C., Ferland, F., Sévigny, S., & Bouchard, S. (2025). Emotional regulation in substance-related and addictive disorders treatment: a systematic review. *Journal of Gambling Studies*, *41*(2), 353-448. https://doi.org/10.1007/s10899-024-10366-8

Clinton, S., Shomuyiwa, D., Sarwar, G., Wang, L., Callands, T. A., Hansen, N. B., & Haider, M. R. (2026). Gender Differences in Adverse Childhood Experiences, Psychological Distress, and Substance Use Disorder Among Persons who Inject Drugs in Northeast Georgia, USA: A Moderated Mediation Analysis. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. https://doi.org/10.1007/s40653-025-00815-w

Conrod, P., Stewart, S. H., Seguin, J., Pihl, R., Masse, B., Spinney, S., & Lynch, S. (2025). Five-year outcomes of a school-based personality-focused prevention program on adolescent substance use disorder: A cluster randomized trial. *American Journal of Psychiatry*, *182*(5), 473-482. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20240042

Dora, J., Piccirillo, M., Foster, K. T., Arbeau, K., Armeli, S., Auriacombe, M., ... & King, K. M. (2023). The daily association between affect and alcohol use: A meta-analysis of individual participant data. *Psychological Bulletin*, *149*(1-2), 1-24. https://doi.org/10.1037/bul0000387

Fine, M. A., Moreland, J. R., & Schwebel, A. I. (1983). Long-term effects of divorce on parent-child relationships. *Developmental Psychology*, *19*, 703–713**.** https://doi.org/10.1037/0012-1649.19.5.703

Fishbein, D., & Rose, E. J. (2025). A translational framework for personalizing intervention models to prevent substance use disorder. *Addiction Neuroscience*, *15*, 100206. https://doi.org/10.1016/j.addicn.2025.100206

Folgueiras-Vila, A., Martorell-Poveda, M. A., del Señor Sesmilo-Martínez, M., Vidal-Massot, P., & Ortega-Sanz, L. (2025). Self-Care in Addiction Recovery: A Scoping Review. *International Journal of Mental Health Nursing*, *34*(5), e70124. https://doi.org/10.1111/inm.70124

Ghorbanalipour, M., Jafari, E., Behboodi, M., & Alilou, S. (2025). The Role of Basic Needs and Family Emotional Climate in Predicting Tendency toward Addiction with the Mediating Role of Sensation Seeking in Adolescents. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, *12*(2), 17-28. https://doi.org/10.22037/ijabs.v12i2.47327

Hall, W., Yimer, T. M., Thorne, R. L., Hoch, E., Burke, C., Gridley, A., ... & Freeman, T. P. (2026). Relationships between cannabis use and mental disorders: assessing the coherence of evidence from studies with different methodologies. *The Lancet Psychiatry*, *13*(7), 604-614. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(26)00086-6

Hoffmann, J. P. (2023). Parent-child relations, religiousness, and adolescent substance use disorders. *Journal of Drug Issues*, *53*(2), 335-356. https://doi.org/10.1177/00220426221121608

John, A. E., Olorunda, J. O., Nwekeoma, S. O., & Fasesin, O. O. (2026). A Public Health Review of Socioecological Determinants and Behavioral Patterns of Substance Use in Tertiary Education Populations. *Journal of Pharma Insights and Research*, *4*(3), 117-142. https://doi.org/10.69613/s02trn82

Kara, H., & Karakaya, D. (2026). Substance use disorders in adolescents: A qualitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *82*(3), 2084-2100. https://doi.org/10.1111/jan.16967

Kosobuski, L., Palombi, L., & Hager, K. (2026). Pharmacist-Delivered Comprehensive Medication Management in a Substance Use Disorder Inpatient Residential Treatment Program, a 12-Month Descriptive Report. *Journal of the American College of Clinical Pharmacy*, *9*(1), e70159. https://doi.org/10.1002/jac5.70159

Lunga, R. A., Rada, C., Neagu, A. E., Marinescu, V., & Rodideal, A. A. (2026). Substance use and violence in adolescence: emotional and relational dynamics. *Anthropological Researches and Studies*, 16, 1-20. https://doi.org/10.26758/16.1.1

Mattey-Mora, P. P., Murray, O. K., Aloi, J., Dzemidzic, M., Harezlak, J., & Hulvershorn, L. A. (2026). Risk calculation circuit abnormalities plus psychosocial risk variables predict problematic substance use in youth with externalizing disorders. *Neuropsychopharmacology*, *51*, 1335-1344. https://doi.org/10.1038/s41386-026-02367-5

Nicholson, R. C., Choi, U. E., Mojtabai, R., & Thrul, J. (2026). Association of cannabis use disorder versus other substance use disorders with psychiatric conditions: a propensity-matched retrospective cohort analysis. *American Journal of Psychiatry*, *183*(4), 260-268. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20250336

Osarhiaekhimen, G., Oge, S. O., Oyeniyi, T., Ifezuoke, N. F., Emesobum, M., Olamiju, J. O., ... & Aja, L. (2025). Psychosocial Predictors of Drug Use Disorders among Secondary School Adolescents in Abuja, Nigeria: The Role of Emotional Neglect, Family Dysfunction, and Parental Substance Abuse. *F1000Research*, *14*, 1415. https://doi.org/10.12688/f1000research.174166.1

Reichert, R. A., De Micheli, D., Fidalgo, T. M., de Souza Vitalle, M. S., & da Silveira, D. X. (2025). Neuropsychological and behavioral aspects of substance use and mental disorders in adolescence. In R. A. Reichert, A. L. M. Andrade, & D. De Micheli (Eds.), *Neuropsychology and substance use disorders: Assessment and treatment* (pp. 331–353). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-031-82614-6_14

Schilling, L., Singleton, S. P., Tozlu, C., Hédo, M., Zhao, Q., Pohl, K. M., ... & Kuceyeski, A. (2025). Sex-specific differences in brain activity dynamics of youth with a family history of substance use disorder. *Nature Mental Health*, *4*, 2024.09.03.610959. 10.1101/2024.09.03.610959

Singh, A., Ali, A., & Paul, F. A. (2026). Neurobiological contributions to addiction: a narrative review of adolescent and adult vulnerabilities. *Journal of Addictive Diseases*, *44*(2), 110-120. https://doi.org/10.1080/10550887.2025.2513142

Suprapto, M. H., Setiasih, S., & Siaputra, I. B. (2024). Parent-Child Relationship and Smartphone Addiction: The Role of Self-Control and Fear of Missing Out as Mediators. *Journal of Educational, Health, and Community Psychology*, *13*(1), 170-200. https://doi.org/10.12928/jehcp.v13i1.28244

Theiss, J. A., Haverfield, M. C., Jones, H. E., & Austin, J. T. (2023). An analysis of turn transitions and conversational motifs in parent-adolescent emotion-focused interactions. *Communication Methods and Measures*, *17*(4), 347-367. https://doi.org/10.1080/19312458.2023.2219889

Weber, S., & Lynch, S. (2026). Interpersonal violence, emotion regulation, and trauma-coping self-efficacy as predictors of posttraumatic stress disorder, substance use, and risk engagement among women in jail. *Journal of Interpersonal Violence*, *41*(1-2), 26-47. https://doi.org/10.1177/08862605241307227

Weed, N. C., Butcher, J. N., McKenna, T., & Ben-Porath, Y. S. (1992). New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: The APS and AAS. *Journal of Personality Assessment*, *58*(2), 389-404. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5802_15

Williams, K. E., Chambless, D. L., & Ahrens, A. (1997). Are emotions frightening? An extension of the fear of fear construct. *Behaviour Research and Therapy*, *35*(3), 239-248. 10.1016/S0005-7967(96)00098-8

Wood, E. E., Liang, Y., Moon, T. J., Hill-Kapturczak, N., Wasserman, A. M., Roache, J. D., ... & Dougherty, D. M. (2025). Social and environmental predictors of youth alcohol and cannabis initiation risk: The moderating role of family history of substance use disorders. *Substance Use & Misuse*, *60*(3), 403-413. https://doi.org/10.1080/10826084.2024.2434007

Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 20, No. 80, P 145-168, Summer 2026

Research Article

The Efficacy of Metacognitive Therapy on Distress Tolerance, Executive Functions, and Substance Use Tendency in Aggressive Adolescents[1]

Akbar Jadidi Mohammadabadi[2] , Fatemeh Kamalzadeh[3]

Received: 2025/07/10 Accepted: 2026/08/26

Abstract

Objective: This study aimed to investigate the efficacy of metacognitive therapy (MCT) on distress tolerance, executive functions, and substance use tendency among aggressive adolescents. **Method:** This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group. The statistical population comprised all male lower-secondary school students enrolled in the 2024–2025 academic year at Imam Mohammad Baqir School in Jask County. Using convenience sampling based on cut-off scores from the Ahvaz Aggression Questionnaire, 30 students identified as aggressive were selected and randomly assigned to an experimental group (n = 15) and a control group (n = 15). For data collection, participants completed the Ahvaz aggression inventory, the distress tolerance scale, the executive function questionnaire, and the addiction proneness scale. The experimental group received Wells' MCT protocol across 10 weekly sessions (1 hour each), whereas the control group received no intervention. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance. **Results:** The findings revealed a statistically significant difference between the experimental and control groups. Specifically, compared to the control group, MCT significantly increased distress tolerance, improved executive functions, and reduced substance use tendency in the experimental group at posttest. **Conclusion:** The results indicate that MCT can serve as a targeted therapeutic strategy to attenuate risk-taking behaviors and enhance self-regulation in aggressive adolescents. These findings underscore the necessity of integrating metacognitive programs into psychosocial interventions for aggressive adolescents, particularly within educational and clinical settings.

Keywords: Adolescents, Aggression, Distress tolerance, Executive functions, Metacognitive therapy, Substance use tendency

1. This article has been extracted from Master's thesis of the second author at Payam-e-Noor University.

2. Corresponding Author: Associate Professor, Department of Educational Sciences and Counseling, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran. Email: a.jadidi@pnu.ac.ir

3 . MA, Department of Psychology, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran; Educator, Ministry of Education, Jask, Bandar Abbas, Iran.

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال بیستم، شماره هشتاد، ص۱۶۸-۱۴۵، تابستان ۱۴۰۵

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان فراشناختی بر تحمل پریشانی، کارکردهای اجرایی و گرایش به مصرف مواد در نوجوانان پرخاشگر*

اکبر جدیدی محمدآبادی[۱]، فاطمه کمال‌زاده[۲]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۴

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر تحمل پریشانی، کارکردهای اجرایی و گرایش به مصرف مواد در نوجوانان پرخاشگر انجام شد. **روش:** این پژوهش نیمه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی دانش‌آموزان پسر مشغول به تحصیل در مقطع متوسطه اول در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳ در مدرسه اما محمد باقر شهرستان جاسک بود. از بین آن‌ها، تعداد ۳۰ دانش‌آموز که بر اساس نمره برش پرسش‌نامه پرخاشگری به عنوان دانش‌آموزان پرخاشگر طبقه‌بندی شدند با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ دانش‌آموز) و کنترل (۱۵ دانش‌آموز) گمارش شدند. برای گردآوری داده‌ها، شرکت‌کنندگان پرسش-نامه پرخاشگری اهواز، پرسش‌نامه تحمل پریشانی، پرسش‌نامه کارکردهای اجرایی و پرسش‌نامه گرایش یا آمادگی برای مصرف مواد/اعتیاد را تکمیل کردند. برای افراد گروه آزمایش بسته درمان فراشناختی ولز طی ۱۰ جلسه (جلسات هفتگی به‌مدت ۱ ساعت) اعمال شد، اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. تحلیل داده‌ها با روش‌تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد بین دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود داشت. به طور خاص، درمان فراشناختی باعث افزایش تحمل پریشانی، بهبود کارکردهای اجرایی، و کاهش گرایش به مصرف مواد در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون شد. **نتیجه‌گیری:** نتایج مؤید آن است که مداخله درمان فراشناختی می‌تواند به عنوان یک راهبرد درمانی هدفمند هم در کاهش رفتارهای پرخطر و هم در ارتقای خودتنظیمی نوجوانان پرخاشگر به کار گرفته شود. چنین یافته‌هایی ضرورت گنجاندن برنامه‌های فراشناختی را در مداخلات روان-اجتماعی نوجوانان پرخاشگر به ویژه در محیط‌های آموزشی و کلینیکی پررنگ می‌سازد.

کلیدواژه‌ها: درمان فراشناختی، تحمل پریشانی، کارکردهای اجرایی، گرایش به مصرف مواد، پرخاشگری، نوجوانان

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده دوم در دانشگاه پیام نور است.

۱. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه علوم تربیتی و مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. پست الکترونیک: a.jadidi@pnu.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. مربی آموزش و پرورش، جاسک، بندرعباس، ایران.

مقدمه

دوران نوجوانی یکی از حساس‌ترین و بحرانی‌ترین دوره‌های رشدی است که با تحولات گسترده در ابعاد جسمانی، شناختی، هیجانی و اجتماعی همراه است. این تغییرات سریع نوجوانان را در معرض چالش‌های متعددی قرار می‌دهد که می‌تواند مسیر رشد آنان را به سمت سازگاری یا ناسازگاری هدایت کند (دواگی[1] و همکاران، ۲۰۲۴). از اهداف مهم نظام‌های آموزشی نوین پرورش دانش‌آموزانی است که بتوانند با بهره‌گیری از مهارت‌های خودتنظیمی و حل مسئله بر چالش‌های زندگی روزمره غلبه کنند. با این حال، پژوهش‌های دهه اخیر نشان می‌دهد که شمار فزاینده‌ای از نوجوانان نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی، رفتاری و هیجانی را تجربه می‌کنند که یکی از شایع‌ترین آن‌ها رفتارهای پرخاشگرانه است (ترنت[2] و همکاران، ۲۰۱۹؛ چن و سان[3]، ۲۰۲۵). بر اساس نظریه پنج عاملی شخصیت[4] (مک‌کری و کاستا[5]، ۱۹۹۲)، افراد در ابعاد مختلف شخصیتی با یکدیگر تفاوت دارند. این تفاوت‌ها موجب می‌شود که افراد در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا واکنش‌های رفتاری متفاوتی از خود نشان دهند: برخی با رفتارهای پرخاشگرانه[6] و خشمگینانه، برخی با کناره‌گیری و انفعال، و برخی دیگر با آرامش و خودتنظیمی هیجانی پاسخ دهند (جدیدی محمدآبادی و همکاران، ۱۴۰۰؛ مک‌کری و کاستا، ۱۹۹۲). عوامل مختلف در طول دوران زندگی موجب شکل‌گیری و تقویت این رفتارها شده است و یکی از این رفتارها پرخاشگری است (هاشمی و همکاران، ۱۳۹۹).

پرخاشگری به عنوان هرگونه رفتار عمدی که به قصد آسیب‌رسانی به دیگری یا تخریب اموال انجام می‌شود تعریف می‌گردد (باس و پری[7]، ۱۹۹۲). این رفتار در دوران نوجوانی شیوع بالایی دارد و پیامدهای نامطلوبی برای فرد و جامعه به همراه دارد. نوجوانان پرخاشگر در مقایسه با همسالان خود در معرض آسیب‌پذیری روان‌شناختی بالاتری قرار دارند و رفتارهای پرخاشگرانه آنان با پیامدهایی نظیر طرد همسالان، تعارض والد-فرزندی،

1. Duagi
2. Trent
3. Chen & Sun
4. five-factor theory of personality
4. McCrae & Costa
6. aggressIve behaviors
7. Buss & Perry

بزهکاری، رفتارهای جنسی پرخطر، افت تحصیلی و مشکلات تنظیم هیجانی همراه است (رمضانخانی و همکاران، ۱۴۰۰؛ کوان[1] و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، پرخاشگری می‌تواند به عنوان یک عامل خطر برای ایجاد و تداوم سایر اختلالات روانی و رفتاری در نوجوانان عمل کند (بیرنه و کولن[2]، ۲۰۲۴).

در سبب‌شناسی و تداوم رفتارهای پرخاشگرانه عوامل متعددی نقش دارند که یکی از مهم‌ترین آن‌ها تحمل پریشانی[3] پایین است (مورنو[4] و همکاران، ۲۰۲۴). تحمل پریشانی به عنوان توانایی فرد برای تحمل و مقاومت در برابر حالات هیجانی منفی تعریف می‌شود (سیمونز و گاهر[5]، ۲۰۰۵). افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند هنگام مواجهه با استرس و تنش در تنظیم و کنترل هیجانات خود دچار مشکل می‌شوند و برای کاهش سریع تنش به راهبردهای ناکارآمدی نظیر رفتارهای پرخطر، تکانشگری و اعمال پرخاشگرانه متوسل می‌شوند (ویسی و همکاران، ۱۴۰۳). در مطالعه‌ای یانگ[6] (۲۰۲۳) نشان داد که تمایل به استفاده از رفتارهای عملکردی مانند بزهکاری و پرخاشگری برای فرار از حالت‌های عاطفی منفی نشانه بارز تحمل پریشانی پایین است. همچنین، لابلا[7] و همکاران (۲۰۲۴) بیان داشتند که افراد دارای سطح بالای پرخاشگر دارای مهارت‌های حل مسئله و تحمل پریشانی پایینی هستند که این عوامل چرخه معیوب پرخاشگری را تداوم می‌بخشد.

نقص در کارکردهای اجرایی[8] از دیگر عوامل مؤثر بر رفتارهای پرخاشگرانه است (صالحی و همکاران، ۱۴۰۳). کارکردهای اجرایی مجموعه‌ای از فرایندهای شناختی سطح بالا هستند که نقش اساسی در هدایت رفتارهای هدفمند، بازداری پاسخ‌های نابه‌جا، برنامه‌ریزی، سازماندهی و تنظیم هیجان را ایفا می‌کنند. بر اساس نظریه کارکرد شناختی-اجرایی داوسون و گورا[9] (۲۰۱۲)، پرخاشگری با سطوح پایین کارکردهای اجرایی و نقایص روانی-عصبی مرتبط است (صالحی و همکاران، ۱۴۰۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نوجوانان دارای نقص در کارکردهای اجرایی در کنترل تکانه‌ها، مدیریت خشم و

1. Quan
2. Byrne & Cullen
3. distress tolerance
4. Moreno
5. Simons & Gaher
6. Yang
7. Labella
8. executive functions
9. Dawson & Guare

تصمیم‌گیری مؤثر دچار مشکل هستند که این امر احتمال بروز رفتارهای پرخاشگرانه را افزایش می‌دهد (هو[1] و همکاران، ۲۰۲۴). توحیدی و شریف‌پور (۱۴۰۱) نیز نشان دادند که سطوح بالای پرخاشگری با عدم کنترل هیجانی، برنامه‌ریزی ضعیف و سازماندهی رفتاری نامناسب رابطه مستقیم دارد.

علاوه بر این، پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که رفتارهای پرخاشگرانه در نوجوانان گرایش به مصرف مواد[2] را به طور معناداری افزایش می‌دهد (فرانسیس[3] و همکاران، ۲۰۲۴؛ حکیم[4] و همکاران، ۲۰۲۴). نوجوانان پرخاشگر به دلیل هیجانات منفی، عقاید غیرمنطقی و ضعف در مقابل تنش‌ها در موقعیت‌های استرس‌زا به احتمال بیشتری به سمت استفاده از سبک‌های مقابله هیجان‌مدار نظیر مصرف مواد کشیده می‌شوند (حکیم و همکاران، ۲۰۲۴). در همین راستا، محمدامینی و همکاران (۱۴۰۵) نشان دادند که پریشانی روان‌شناختی نقش مهمی در ارتباط با گرایش به مصرف مواد در نوجوانان ایفا می‌کند، یافته‌ای که بر اهمیت متغیرهای هیجانی همچون تحمل پریشانی در تبیین گرایش به مصرف مواد تأکید دارد. مصرف مواد در سنین پایین احتمال تداوم آن در بزرگسالی را افزایش می‌دهد و می‌تواند به مشکلاتی نظیر بزهکاری، وابستگی پایدار، آسیب‌های مغزی و عملکردهای ضعیف تحصیلی منجر شود (بزمی، ۱۴۰۲). همچنین، چن و همکاران (۲۰۲۴) نشان دادند که پرخاشگری، رفتارهای تکانشگری و مشکلات رفتاری در نوجوانی زمینه‌ساز بزهکاری، ناسازگاری مدرسه و گرایش به مصرف مواد در سال‌های بعد است.

با توجه به پیامدهای مخرب پرخاشگری، طراحی و اجرای مداخلات مؤثر برای کاهش این رفتار و پیامدهای همراه آن از ضروریات پژوهشی و بالینی محسوب می‌شود. یکی از رویکردهای نوین و اثربخش در این حوزه درمان فراشناختی[5] است که توسط ولز (فیشر و ولز[6]، ۱۴۰۰) توسعه یافته است. درمان فراشناختی بر این باور است که افراد به دلیل فعال‌سازی یک سبک تفکر ناسازگارانه به نام سندرم شناختی-توجهی[7] که شامل نشخوار

1. Hu
2. substance use
3. Francis
4. Hakim
5. metacognitive therapy
6. Fisher & Wells
7. cognitive attentional syndrome

فکری، نگرانی متمرکز بر تهدید و راهبردهای مقابله ناکارآمد است در دام مشکلات هیجانی و رفتاری گرفتار می‌شوند (ولز و همکاران، ۱۳۹۹؛ کرونر[1] و همکاران، ۲۰۲۴). این درمان با هدف‌گذاری بر باورهای فراشناختی (باورهای مثبت و منفی درباره افکار) و اصلاح راهبردهای کنترل فکر ناکارآمد به فرد کمک می‌کند تا رابطه خود را با افکار و هیجاناتش تغییر دهد (رجبی، ۱۴۰۱) و به جای تلاش برای کنترل یا سرکوب آن‌ها از طریق تکنیک‌های ذهن‌آگاهی گسلیده[2] فاصله‌ای سالم با آنها برقرار کند (فیشر و ولز، ۲۰۰۹، ۱۴۰۰).

پژوهش‌های متعدد اثربخشی درمان فراشناختی را بر طیف گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی و رفتاری نشان داده‌اند. به عنوان مثال، این درمان در کاهش مشکلات خلقی و هیجانی (سلیمانی و همکاران، ۱۴۰۳)، کاهش رفتارهای تکانشگری (پوترا[3] و همکاران، ۲۰۲۴)، سازش‌یافتگی با موقعیت‌های فشارزا (فیشر و ولز، ۲۰۰۹)، کاهش علائم اضطراب اجتماعی (اوزر[4] و همکاران، ۲۰۲۴) و افزایش توانمندی‌های تحصیلی (یعقوبی و همکاران، ۱۴۰۳) مؤثر بوده است. همچنین، پژوهش‌هایی که به بررسی اثربخشی این درمان بر پرخاشگری پرداخته‌اند نتایج امیدوارکننده‌ای را گزارش کرده‌اند (قلی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۴؛ موریس[5] و همکاران، ۲۰۲۴). درمان فراشناختی با افزایش آگاهی افراد از فرایندهای شناختی خود و ارائه راهبردهایی برای اصلاح الگوهای فکری ناکارآمد می‌تواند به بهبود تحمل پریشانی، تقویت کارکردهای اجرایی و کاهش گرایش به رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد کمک کند (جدیدی محمدآبادی و همکاران، ۱۴۰۲). ولی‌زاده و همکاران (۱۴۰۴) در پژوهشی نشان دادند که درمان فراشناختی به طور معناداری باعث بهبود تنظیم هیجان و افزایش خودکارآمدی ترک می‌شود. این یافته مؤید این است که مکانیسم‌های فراشناختی نه تنها در کاهش آسیب‌های هیجانی، بلکه در تقویت باورهای فرد برای مقاومت در برابر مصرف مواد نقش کلیدی ایفا می‌کنند. با وجود شواهد گسترده در مورد اثربخشی درمان فراشناختی بر مشکلات هیجانی و رفتاری،

1. Kroener
2. detached mindfulness
3. Putra
4. Özer
5. Morris

عدم وجود مطالعه‌های پژوهشی برای بررسی همزمان تأثیر این درمان بر سه متغیر تحمل پریشانی، کارکردهای اجرایی و گرایش به مصرف مواد در جمعیت نوجوانان پرخاشگر به عنوان یک خلأ پژوهشی مهم تلقی می‌شود. بنابراین، پژوهش حاضر به بررسی این موضوع پرداخت و با هدف پاسخ به این سؤال انجام شد که آیا درمان فراشناختی بر تحمل پریشانی، کارکردهای اجرایی و گرایش به مصرف مواد در نوجوانان پرخاشگر مؤثر است؟

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان پسر مشغول به تحصیل مقطع متوسطه اول مدرسه امام محمدباقر شهرستان جاسک در سال ۱۴۰۴-۱۴۰۳ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۳۰ نفر از دانش‌آموزان با نمره بالاتر از ۳۰ بر روی پرسش‌نامه پرخاشگری اهواز[1] (به عنوان یک نمره برش بر روی این مقیاس برای طبقه‌بندی افراد با و بدون پرخاشگری) و با دارا بودن ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند.

حجم نمونه بر اساس تحلیل توان آماری[2] با استفاده از نرم‌افزار G*Power نسخه ۳.۱ تعیین گردید. با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۰/۰۵، توان آماری ۰/۸۰ و اندازه اثر متوسط (۰/۲۵) بر اساس معیارهای کوهن[3] (۱۹۸۸) برای یک طرح نیمه‌آزمایشی با دو گروه، حجم نمونه مورد نیاز برای هر گروه ۱۳ نفر برآورد شد. با احتساب احتمال ریزش نمونه، حجم نمونه نهایی برای هر گروه ۱۵ نفر (جمعاً ۳۰ نفر) در نظر گرفته شد که مناسب برای شناسایی اثرات معنادار با توان آماری کافی است (کوهن، ۱۹۸۸). شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: ۱) رضایت و تمایل آگاهانه دانش‌آموزان جهت شرکت در مطالعه، ۲) کسب نمره بالاتر از ۳۰ در پرسش‌نامه پرخاشگری اهواز، ۳) تکمیل کامل ابزارهای

1. ahvaz aggression inventory (AAI)
2. power analysis
3. Cohen

پژوهش، ۴) تأیید وضعیت جسمانی سالم از طریق مصاحبه بالینی ساختاریافته توسط پژوهشگر (با تأکید بر عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمانی، ضایعات مغزی و مصرف داروهای روانپزشکی) بود. لاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل این موارد بود: ۱) عدم تکمیل کامل پرسش‌نامه‌ها، ۲) غیبت بیش از یک جلسه از شرکت در جلسات مداخله، ۳) دریافت درمان‌های روان‌شناختی همزمان با مطالعه یا طی ۶ ماه اخیر، ۴) ابتلا به بیماری‌های حاد جسمانی (مانند تب شدید، عفونت، بیماری‌های گوارشی و ...)، و ۵) مصرف داروهای پزشکی مؤثر بر عملکرد شناختی (مانند آرام‌بخش‌ها، ضدافسردگی‌ها و داروهای ضدصرع). در مرحله تحلیل آماری، برای بررسی اثربخشی برنامه مداخله فراشناختی بر سازه‌های مورد مطالعه از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 استفاده شد.

ابزار

۱- پرسش‌نامه پرخاشگری اهواز: این پرسش‌نامه توسط زاهدی‌فر و همکاران (۱۳۷۹) در دانشگاه اهواز طراحی و ساخته شد و دارای ۳۰ گویه و سه زیرمقیاس خشم و عصبانیت، تهاجم و توهین و لجاجت و کینه‌توزی است. گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای (از کاملاً مخالفم با نمره ۱ تا کاملاً موافقم با نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات کل از ۳۰ تا ۱۵۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده پرخاشگری بیشتر می‌باشد. نقطه برش برای تشخیص پرخاشگری نمره ۳۰ در نظر گرفته شده است (زاهدی‌فر و همکاران، ۱۳۷۹). زاهدی‌فر و همکاران (۱۳۷۹) پایایی این پرسش‌نامه را به روش بازآزمایی ۰/۷۰ و به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کردند. در مطالعه‌ای دیگر، پایایی کل پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و برای زیرمقیاس خشم و عصبانیت ۰/۸۶، برای تهاجم و توهین ۰/۸۹ و برای لجاجت و کینه‌توزی ۰/۹۰ گزارش شد (اسلامی و همکاران، ۱۴۰۳). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۱ بدست آمد.

۲- پرسش‌نامه تحمل پریشانی[1]: این پرسش‌نامه توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) طراحی شـد و دارای ۱۵ گویه و ۴ زیرمقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم اسـت. گویه‌ها بر اسـاس طیف لیکرت پنج درجه‌ای (از کاملاً مخالفم با نمره ۱ تا کاملاً موافقم با نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شـوند. دامنه نمرات کل از ۱۵ تا ۷۵ اسـت و نمره بالاتر نشان‌دهنده تحمل پریشـانی بیشـتر می‌باشـد. سـازندگان پرسـش‌نامه ضـریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسـش‌نامـه ۰/۸۲ و برای زیرمقیـاس‌هـای تحمـل، جـذب، ارزیـابی و تنظیم بـه ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ گزارش کرده‌اند. در مطالعه داخل کشـور، شـمش و همکاران (۱۳۸۹) ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های نسخه فارسی را در دامنه‌ای بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ گزارش کردند و در مطالعه‌ای دیگر، ضـریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۳ بدسـت آمد (کشـاورز و آرام‌فر، ۱۴۰۳). در پژوهش حاضـر، ضـریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۶۱ بدست آمد.

۳- پرسش‌نامه کارکردهای اجرایی[2]: نسخه اولیه این پرسش‌نامه توسط داوسون و گورا (۲۰۱۲) طراحی شـده اسـت و یک ابزار خودگزارشـی اسـت که برای نوجوانان دارای ۳۳ گویه اسـت. بعد از بررسـی‌های روان‌سـنجی، این پرسـش‌نامه توسـط اسـتریت[3] و همکاران (۲۰۲۰) اصـلاح گردد و با حذف برخی از گویه‌ها تعداد عبارات به ۲۵ گویه تقلیل یافت که ۵ کارکرد برنامه‌ریزی، مدیریت زمان، تنظیم هیجان، سازماندهی و تنظیم رفتار را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری این پرسـش‌نامه بر روی یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰= هرگز تا ۴ = تقریبا همیشه صورت می‌گیرد. پایایی محاسبه شده با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۹۱ و برای برنامه‌ریزی ۰/۹۵، مدیریت زمان ۰/۹۴، تنظیم هیجان ۰/۹۵، سـازماندهی ۰/۷۲ و تنظیم رفتار ۰/۶۹ بدسـت آمد (اسـتریت و همکاران، ۲۰۲۰). در مطالعه داخل کشـور نیز پایایی کل ابزار با اسـتفاده از ضـریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب برنامه‌ریزی ۰/۸۶، مدیریت زمان ۰/۶۲، تنظیم هیجان ۰/۶۸، سـازماندهی ۰/۷۲ و تنظیم رفتار ۰/۷۹ گزارش شـد (غدیری صـورمان آبادی و

1. distress tolerance scale (DTS)
2. executive functions scale
3. Strait

عبدالمحمدی، ۱۴۰۲). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۶۴ بدست آمد.

۳- پرسش‌نامه گرایش/آمادگی برای مصرف مواد/اعتیاد [1]: این پرسش‌نامه توسط وید [2] و همکاران (۱۹۹۲) تهیه شد و دارای ۴۱ گویه و دو مؤلفه آمادگی فعال و آمادگی منفعل است که بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (از کاملاً مخالفم با نمره ۱ تا کاملاً موافقم با نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات کل از ۴۱ تا ۲۰۵ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده گرایش یا آمادگی بیشتر برای مصرف مواد/اعتیاد می‌باشد. سازندگان پرسش‌نامه پایایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند (وید و همکاران، ۱۹۹۲). این پرسش‌نامه توسط زرگر و همکاران (۱۳۸۷) در جمعیت ایرانی هنجاریابی شده است. پایایی پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد (عبدالمنافی و همکاران، ۱۴۰۳). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۶۰ بدست آمد.

روش اجرا

پژوهشگر با حضور در مدرسه و طی جلسه با مدیریت مدرسه، اجازه اجرای پژوهش بر روی دانش‌آموزان مدرسه را کسب نمود. پس از موافقت مدیریت مدرسه، پژوهشگر ابزارهای گردآوری اطلاعات (پرسش‌نامه‌ها) را در بین دانش‌آموزانی که مایل به شرکت در پژوهش بودند توزیع نمود. پس از پاسخگویی به پرسش‌نامه‌ها و کسب نمرات لازم در ابزارها، پژوهشگر به تخصیص افراد به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل اقدام نمود. گروه آزمایش برنامه درمان فراشناختی را دریافت نمود، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند و پس از اتمام پژوهش به منظور رعایت اصول اخلاقی برنامه مداخله‌ای برای گروه کنترل نیز اعمال گردید. برای رعایت اخلاق در پژوهش توضیحات لازم در خصوص اصول اخلاقی پژوهش از قبیل رضایت آگاهانه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، عدم هرگونه خطر جانی و مالی، و محرمانه ماندن اطلاعات هویتی به آزمودنی‌های هر دو گروه ارائه شد. پس از اتمام جلسات

1. addiction proneness scale (APS) 2. Weed

مـداخلـه، مجـدداً ابزارهـای پژوهش بین آزمودنی‌هـای هر دو گروه بـه منظور اجرای پس‌آزمون توزیع شـد. پروتکل مداخله‌ای مورد اسـتفاده در این پژوهش بر اسـاس بسـته درمان فراشناختی ولز (۲۰۱۳) تدوین شده است. این پروتکل شامل ۱۰ جلسه هفتگی (هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه) به صورت گروهی اجرا شد. محتوای جلسات بر اساس راهنمای درمان فراشناختی ولز و همچنین منابع معتبر دیگر در این حوزه طراحی گردیده است. در این پروتکل، جلسات به ترتیب به فرمول‌بندی موردی، اجتماعی‌سازی با مدل فراشناختی، چالش با باورهای منفی فراشـــناختی (کنترل‌ناپذیری و خطر)، چالش با باورهای مثبت فراشـــناختی، آموزش تکنیک توجه و ذهن‌آگاهی گســـلیده، و در نهایت پیشـــگیری از عود اختصاص یافته است. خلاصه محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات آموزشی براساس درمان فراشناختی

جلسات	محتوای جلسات
اول	معارفه و آشنایی، معرفی کلی پرخاشگری، تفکیک پرخاشگری و خشم برای افراد، و مشخص کردن ضرورت درمان برای افراد پرخاشگر
دوم	بررسی درمان‌های مختلف برای پرخاشگری و رفتارهای تکانشی و ارائه توضیحاتی در مورد منطق درمان فراشناختی برای پرخاشگری و رفتارهای مخرب
سوم	بررسی باورهای مثبت و منفی فراشناختی، راهبردهای کنترل فراشناختی، مزایا و معایب این باورها و راهبردهای کنترل فراشناختی مورد استفاده مورد تحلیل قرار گرفت و در نهایت راهبردهای کنترل فراشناختی سودمند جایگزین می‌گردد.
چهارم	آشناسازی اعضاء با سندرم توجهی-شناختی که نوعی سبک تفکر تکرار شونده به صورت نگرانی یا نشخوار فکری متمرکز بر تهدید و رفتارهای ناسازگارانه (مانند سرکوب فکر، اجتناب) می‌باشد، پیامدهای آن و همچنین نقش آن‌ها در تداوم اختلال‌های روانی
پنجم	تکنیک آموزش توجه، منطق تکنیک، ارزیابی اعتبار تکنیک، درجه‌بندی توجه معطوف به خود، رهنمودهای اساسی برای آموزش تکنیک توجه و دریافت بازخورد از بیماران
ششم	کاربرد تکنیک‌های ذهن آگاهی گسلیده (فاصله گرفتن از ذهن‌آگاهی) در برخورد با راهبردها و افکار ناکارآمد فراشناختی و همچنین هدف‌های ذهن‌آگاهی گسلیده، عناصر آن، مدل پردازش اطلاعات ذهن‌آگاهی گسلیده
هفتم	آموزش چهار تا ده تکنیک ذهن‌آگاهی(هدایت فراشناختی، تکلیف تداعی آزاد، تکلیف تجسم پلنگ، آزمایش سرکوبی-عدم سرکوبی)

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات آموزشی براساس درمان فراشناختی

جلسات	محتوای جلسات
هشتم	آموزش سه تکنیک دیگر از ده تکنیک ذهن‌آگاهی گسلیده (استعاره ابرهای گذرا، استعاره کودک متمرکز، استعاره قطار مسافری)
نهم	آموزش سه تکنیک باقیمانده به اعضاء (حلقه کلامی، گسستگی: مشاهده کردن خود و تکنیک خیال‌پردازی)
دهم	آماده کردن اعضاء برای پایان آموزش، شناسایی موانع در بکارگیری تکنیک‌ها، علت‌یابی و رفع آن، نتیجه‌گیری و انجام پس‌آزمون

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: وضعیت شرکت‌کنندگان بر حسب سن و پایه تحصیلی

متغیر	جنسیت	آزمایش		کنترل	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
پایه تحصیلی	هفتم	۲	۱۳/۳۳	۲	۱۳/۳۳
	هشتم	۴	۲۶/۶۷	۳	۲۰
	نهم	۹	۶۰	۱۰	۶۶/۶۷
سن	۱۲ سال	۲	۱۳/۳۳	۳	۲۰
	۱۳ سال	۴	۲۶/۶۷	۵	۳۳/۳۳
	۱۴ سال	۴	۲۶/۶۷	۳	۲۰
	۱۵ سال	۵	۳۳/۳۳	۴	۲۶/۶۷

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را در دو گروه نشان می‌دهد.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تحمل پریشانی	آزمایش	۲۸/۰۶	۲/۴	۶۸/۲۶	۳/۸۹
	کنترل	۳۶/۷۳	۲/۶۳	۳۷/۳۳	۲/۶۶
کارکردهای اجرایی	آزمایش	۵۱/۴۶	۷/۸	۳۲/۱۳	۵/۹۲
	کنترل	۵۵/۵۳	۳/۸۷	۷۸/۴۶	۵/۴۲
گرایش به مصرف مواد	آزمایش	۶۶/۸۶	۷/۵۴	۳۳/۲۶	۵/۵۴
	کنترل	۶۴/۴۶	۷/۲۲	۸۱/۶	۴/۲۲

قبل از انجام آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره، ابتدا پیش‌فرض‌های این آزمون شامل آزمون کولموگروف-اسمیرنف (جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها)، آزمون لوین (جهت بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون ام باکس (جهت بررسی همگنی واریانس-کوواریانس) و آزمون همگنی شیب‌های خط رگرسیون (جهت بررسی یکسان بودن گروه‌ها در متغیرهای پژوهش قبل از شروع آزمایش) انجام شد. نتایج نشان داد که سطح معنی‌داری آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای تمامی متغیرهای پژوهش غیر معنادار بود (p>۰/۰۵) که نشان دهنده نرمال بودن توزیع داده‌ها بود. همچنین، نتایج غیر معنادار آزمون لوین (p>۰/۰۵) نشان داد که واریانس دو گروه برابر بود. به علاوه، نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد که آماره این آزمون معنادار نبود (p=۰/۲۴، F=۱/۳۱، M Box = ۸/۹۵) و پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برقرار بود. همچنین، آزمون شیب خط رگرسیون نشان داد که سطوح معناداری بدست آمده بالاتر از ۰/۰۵ بود که حاکی از تایید پیش‌فرض تحلیل کوواریانس بود.

نتایج آزمون لامبدای ویلکز به عنوان رایج‌ترین آزمون تحلیل واریانس نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری در مرحله پس‌آزمون وجود داشت (۰/۰۵ = ارزش آماری، F = ۱/۶۱، p < ۰/۰۰۱) و ۷۴ درصد تغییرات مربوط به عضویت گروهی بود. برای بررسی دقیق‌تر این تفاوت‌ها نتایج کوواریانس چندمتغیره در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ٤: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
تحمل پریشانی	۴۳۲/۴۳	۱	۴۳۲/۴۳	۶/۷۳	۰/۰۱۵*	۰/۱۹
کارکردهای اجرایی	۵۵۸/۴۸	۱	۵۵۸/۴۸	۶/۳۵	۰/۰۱۸*	۰/۱۹
گرایش به مصرف مواد	۱۷۰۵۶/۵۱	۱	۱۷۰۵۶/۵۱	۶۷۶/۸۶	۰/۰۰۱**	۰/۹۶

* p < ۰/۰۵. ** p < ۰/۰۰۱.

با توجه به نتایج جدول ۵ مشخص شد که بین دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود داشت. به طور خاص، نتایج نشان داد که مداخله درمان فراشناختی باعث

بهبود تحمل پریشـــانی (p<۰/۰۵) و کارکردهای اجرایی (p<۰/۰۵) و کاهش گرایش به مصرف مواد (p<۰/۰۰۱) در نوجوانان پرخاشگر شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر تحمل پریشانی، کارکردهای اجرایی و گرایش به مصـرف مواد در نوجوانان پرخاشـگر انجام شـد. یافته‌ها نشـان داد که درمان فراشـــناختی به طور معناداری باعث افزایش تحمل پریشـــانی، بهبود کارکردهای اجرایی و کاهش گرایش به مصـــرف مواد در نوجوانان گروه آزمایش در مقایســه با گروه کنترل شـد. این یافته‌ها به طور کلی نشـان‌دهنده اثربخشـی مطلوب این رویکرد درمانی بر متغیرهای مورد مطالعه اســت. در ادامه، به تبیین دقیق‌تر این یافته‌ها برای هر یک از متغیرها پرداخته می‌شود.

یافته نخســت پژوهش نشـان داد که درمان فراشـناختی به طور معناداری باعث افزایش تحمل پریشـانی در نوجوانان پرخاشـگر شـد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشـین از جمله مطالعه ســالگورو و راموس-کجودو[1] (۲۰۲۳) که نشـان دادند باورهای فراشـــناختی نقش کلیدی در تنظیم هیجان و تحمل پریشـانی ایفا می‌کنند همسـو اسـت. همچنین، یافته مطالعه اوزر و همکاران (۲۰۲۴) که نشـــان داد درمان فراشـــناختی با کاهش باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری به افزایش تحمل پریشانی در افراد دارای اختلال مصرف مواد منجر می‌شود با یافته پژوهش حاضـر همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان به مکانیسـم اصـلی درمان فراشـناختی اشـاره کرد. بر اسـاس مدل ولز (فیشـر و ولز، ۲۰۰۹، ۱۴۰۰)، افراد دارای تحمل پریشـانی پایین در دام سـندرم شـناختی-توجهی گرفتار می‌شـوند، یعنی الگویی از تفکر تکرارشونده شامل نشخوار فکری، نگرانی متمرکز بر تهدید و راهبردهای مقابله ناکارآمد (سـرکوب فکر). این سـندرم با فعال‌سـازی باورهای فراشـناختی منفی (مانند "*نگرانی من را کنترل می‌کند*") و مثبت (مانند "*نگرانی به من کمک می‌کند تا آماده باشـــم*") تداوم می‌یابد. درمان فراشناختی با هدف‌گذاری بر این باورها و آموزش تکنیک‌های ذهن‌آگاهی گســـلیده به فرد کمک می‌کند تا رابطه خود را با افکار و هیجاناتش تغییر دهد. به عبارت

1. Salguero & Ramos-Cejudo

دیگر، فرد یاد می‌گیرد که به جای تلاش برای کنترل یا سرکوب افکار منفی آن‌ها را به عنوان رویدادهای ذهنی گذرا مشاهده کند و از درگیری با آن‌ها فاصله بگیرد (فیشر و ولز، ۲۰۰۹). این فرایند ظرفیت فرد را برای تحمل حالات هیجانی منفی افزایش می‌دهد و او را از واکنش‌های تکانشی و پرخطر دور می‌سازد (ویسی و همکاران، ۱۴۰۳). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراشناختی با اصلاح باورهای ناکارآمد و کاهش سندرم شناختی-توجهی بستر مناسبی برای افزایش تحمل پریشانی در نوجوانان پرخاشگر فراهم کرده است.

یافته دوم پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی به طور معناداری باعث بهبود کارکردهای اجرایی (شامل برنامه‌ریزی، سازماندهی، تنظیم هیجان و کنترل رفتار) در نوجوانان پرخاشگر شد. این یافته با پژوهش‌های پیشین از جمله مطالعه هو و همکاران (۲۰۲۴) که نشان دادند کارکردهای اجرایی به عنوان متغیر میانجی بین تکانشگری و رفتار پرخاشگرانه عمل می‌کند همسو است. همچنین، مطالعه صالحی و همکاران (۱۴۰۳) نشان داد که مداخلات شناختی می‌توانند کارکردهای اجرایی را در دانش‌آموزان پرخاشگر بهبود بخشند که با یافته پژوهش حاضر همخوانی دارد. علاوه بر این، مطالعه پوترا و همکاران (۲۰۲۴) که به بررسی اثر درمان فراشناختی بر کاهش رفتارهای تکانشی پرداخته بود نشان داد که این درمان با افزایش آگاهی فراشناختی به بهبود کنترل تکانه و تصمیم‌گیری منجر می‌شود که با یافته ما همسو است.

در تبیین این یافته باید به این نکته توجه کرد که کارکردهای اجرایی به عنوان مجموعه‌ای از فرایندهای شناختی سطح بالا نقش کلیدی در هدایت رفتارهای هدفمند، بازداری پاسخ‌های نابه‌جا، برنامه‌ریزی و سازماندهی ایفا می‌کنند (داوسون و گورا، ۲۰۱۲). درمان فراشناختی از دو مسیر اصلی به بهبود کارکردهای اجرایی کمک می‌کند: نخست، با افزایش آگاهی فراشناختی نوجوانان یاد می‌گیرند که بر فرایندهای شناختی خود نظارت کنند و الگوهای تفکر تحریف‌شده و تکانشی را شناسایی نمایند (غدیری صورمان آبادی و عبدالمحمدی، ۱۴۰۲). دوم، با آموزش راهبردهای کنترل فکر جایگزین افراد به جای استفاده از راهبردهای ناکارآمد مانند سرکوب فکر یا نشخوار فکری به استفاده از

راهبردهای کارآمدتر مانند توجه برگردانی و ارزیابی مجدد شـــناختی روی می‌آورند (رجبی، ۱۴۰۱). این فرایندها با کاهش بار شـــناختی ناشـــی از نگرانی و نشـــخوار فکری ظرفیت پردازش شـــناختی فرد را برای انجام وظایف اجرایی افزایش می‌دهند. به عبارت دیگر، درمان فراشناختی با کاهش صدای ذهن و افزایش فاصله‌گیری شناختی به نوجوانان کمک می‌کند تا منابع شـــناختی خود را به جای درگیری با افکار منفی به برنامه‌ریزی، حل مســـئله و خودتنظیمی اختصـــاص دهند. بنابراین، می‌توان گفت که درمان فراشـــناختی با اصـــلاح فرایندهای فراشـــناختی ناکارآمد و تقویت آگاهی شـــناختی به بهبود قابل توجه کارکردهای اجرایی در نوجوانان پرخاشگر منجر شده است.

یافته ســـوم پژوهش نشـــان داد که درمان فراشـــناختی به طور معناداری باعث کاهش گرایش به مصرف مواد در نوجوانان پرخاشگر شد. این یافته با پژوهش‌های پیشین از جمله مطالعه فرانسیس و همکاران (۲۰۲۴) که نشان دادند کاهش پرخاشگری با کاهش گرایش به مصرف مواد همراه است همسو است. همچنین، مطالعه حکیم و همکاران (۲۰۲۴) نشان داد که نوجوانان پرخاشـــگر به دلیل هیجانات منفی و ضـــعف در مهارت‌های مقابله‌ای به ســـمت مصـــرف مواد گرایش پیدا می‌کنند که با کاهش این عوامل از طریق درمان فراشـــناختی می‌توان گرایش به مصـــرف را کاهش داد. علاوه بر این، مطالعه کرونر و همکاران (۲۰۲۴) که به بررسی اثربخشی گروهی درمان فراشناختی بر اختلال مصرف مواد پرداخته بود نشان داد که این درمان با کاهش باورهای مثبت درباره مصرف مواد و افزایش خودکارآمدی در مقاومت در برابر مصـــرف به کاهش معنادار علائم منجر می‌شـــود که با یافته پژوهش حاضـــر همخوانی کامل دارد. در تبیین این یافته باید به نقش کلیدی ســـندرم شـناختی-توجهی در تداوم رفتارهای اعتیادی اشاره کرد. بر اساس مدل فراشـناختی اعتیاد (فیشـــر و ولز، ۲۰۰۹، ۱۴۰۰)، افراد مبتلا به گرایش به مصـــرف مواد یک ســـبک تفکر ناسازگارانه و تکراری را تجربه می‌کنند که شامل نگرانی درباره مصرف، نشخوار فکری در مورد پیامدهای منفی و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد (مانند مصرف بیشتر برای کاهش اضـطراب) اسـت. این سـندرم با باورهای فراشـناختی مثبت (مانند "*مصـرف به من کمک می‌کند تا آرام شوم*") و منفی (مانند "*من نمی‌توانم در برابر مصرف مقاومت کنم*") تداوم

می‌یابد. درمان فراشناختی با هدف‌گذاری بر این باورها به فرد کمک می‌کند تا رابطه خود را با افکار و هیجانات مرتبط با مصـــرف تغییر دهد (بزمی، ۱۴۰۲). از طریق تکنیک‌های ذهن‌آگاهی گســلیده فرد یاد می‌گیرد که افکار مربوط به مصــرف را به عنوان رویدادهای ذهنی گذرا مشاهده کند و به جای عمل بر اساس آن‌ها از این افکار فاصله بگیرد. همچنین، آموزش توجه به فرد کمک می‌کند تا کنترل توجه خود را از محرک‌های مرتبط با مصرف به سمت محرک‌های خنثی یا مثبت هدایت کند (قلی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۴). در نتیجه، فرد به تدریج نیاز خود به مصرف به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای را کاهش داده و به راهبردهای ســازگارانه‌تر روی می‌آورد. بنابراین، درمان فراشــناختی با اصــلاح باورهای فراشــناختی ناکارآمد و کاهش ســندرم شــناختی-توجهی به کاهش معنادار گرایش به مصرف مواد در نوجوانان پرخاشگر منجر شده است. این یافته با نتایج پژوهش ولی‌زاده و همکاران (۱۴۰۴) که نشان دادند درمان فراشناختی خودکارآمدی ترک و تنظیم هیجان در افراد وابســته به مواد را افزایش می‌دهد همخوانی دارد. همچنین، تأکید محمدامینی و همکاران (۱۴۰۵) بر نقش پریشانی روان‌شناختی در گرایش به مصرف مواد مؤید آن است که تقویت تحمل پریشانی از طریق درمان فراشناختی می‌تواند مسیر مؤثری برای پیشگیری از مصــرف مواد در نوجوانان پرخاشــگر باشــد. اندازه اثر بســیار بزرگ در این متغیر نشان‌دهنده آن است که درمان فراشناختی به ویژه در کاهش رفتارهای پرخطر و اعتیادی از کارایی بالایی برخوردار است.

به طور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراشناختی بر هر سه متغیر مورد مطالعه (تحمل پریشــانی، کارکردهای اجرایی و گرایش به مصــرف مواد) به طور معناداری مؤثر بود. این یافته‌ها با پژوهش‌های متعدد پیشــین از جمله مطالعات موریس و همکاران (۲۰۲۴)، فیشــر و ولز (۲۰۰۹، ۱۴۰۰) و ســالگورو و راموس-کجودو (۲۰۲۳) همسو است. آنچه پژوهش حاضر را از مطالعات پیشین متمایز می‌کند بررسی همزمان این سه متغیر در یک گروه از نوجوانان پرخاشگر است که به عنوان یک نوآوری در این حوزه محســوب می‌شــود. یافته‌ها نشــان می‌دهد که درمان فراشــناختی با هدف‌گذاری بر مکانیســم‌های فراشــناختی مشــترک (مانند باورهای مثبت و منفی درباره افکار و ســندرم

شـــناختی-توجهی) می‌تواند به طور همزمان بر طیف گســـترده‌ای از مشـــکلات رفتاری و شـناختی تأثیر مثبت بگذارد. این یافته بر اسـاس مدل ولز (فیشـر و ولز، ۲۰۰۹، ۱۴۰۰) نشـان می‌دهد که درمان فراشـــناختی به جای تمرکز بر محتوای افکار (مانند درمان‌های شـــناختی ســـنتی) بر فرایندهای تفکر و رابطه فرد با افکارش متمرکز اســـت و این ویژگی آن را به رویکردی کارآمد و فراتشـــخیصـــی تبدیل کرده اســـت که می‌تواند برای جمعیت‌های مختلف با مشـکلات متنوع به کار گرفته شـود. بنابراین، درمان فراشـناختی به عنوان یک مداخله مؤثر و کارآمد می‌تواند به بهبود تحمل پریشـــانی، تقویت کارکردهای اجرایی و کاهش گرایش به مصـرف مواد در نوجوانان پرخاشـگر کمک شـایانی کند. این درمان با اصـــلاح باورهای فراشـــناختی ناکارآمد، کاهش ســـندرم شـــناختی-توجهی و آموزش راهبردهای مقابله‌ای ســـازگارانه زمینه را برای ارتقای خودتنظیمی و کاهش رفتارهای پرخطر فراهم می‌سازد. با توجه به شیوع بالای پرخاشگری و رفتارهای مرتبط در نوجوانان، بکارگیری این رویکرد درمانی در مدارس، مراکز مشـــاوره و کلینیک‌های روان‌شـــناســـی می‌تواند گامی مؤثر در جهت پیشـــگیری و کاهش آســـیب‌های روانی-اجتماعی در این گروه سنی باشد.

پژوهش حاضـــر با محدودیت‌هایی مواجه بود که باید در تفســـیر نتایج مد نظر قرار گیرد. نخســـت، حجم نمونه نســـبتاً کوچک (۳۰ نفر) که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند. دوم، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس که ممکن است منجر به سوگیری انتخاب شـود. سـوم، اسـتفاده از ابزارهای خودگزارشـی که ممکن اسـت با سـوگیری پاســخ‌دهی (مانند بزرگ‌نمایی یا کوچک‌نمایی) همراه باشـد. چهارم، عدم انجام مرحله پیگیری که امکان بررســی ماندگاری اثرات مداخله را فراهم نمی‌کند. پنجم، پایین بودن ضـریب آلفای کرونباخ در برخی پرسـش‌نامه‌ها (به ویژه تحمل پریشـانی با ۰/۶۱ و مصـرف مواد با ۰/۶۰) که ممکن اســـت بر دقت اندازه‌گیری تأثیر گذاشـــته باشـــد. با وجود این محدودیت‌ها، یافته‌های پژوهش از اعتبار علمی قابل قبولی برخوردار اســـت. بر اســـاس یافته‌های پژوهش حاضـر، پیشـنهادات زیر ارائه می‌شـود: انجام پژوهش‌های مشـابه با حجم نمونه بزرگتر و با اســـتفاده از روش نمونه‌گیری تصـــادفی طبقه‌ای؛ اجرای پژوهش با طرح

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

طولی و انجام مرحله پیگیری برای بررسی ماندگاری اثرات درمان؛ بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر سایر متغیرهای مرتبط مانند کیفیت زندگی، عملکرد تحصیلی و روابط بین‌فردی در نوجوانان پرخاشگر؛ و انجام پژوهش‌های مقایسه‌ای بین درمان فراشناختی و سایر رویکردهای درمانی مانند شناخت-رفتاری درمانی.

تشکر و قدردانی

مقاله ارسالی حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور بود که در تاریخ ۱۴۰۴/۰۲/۰۱ با شناسه IR.PNU.REC.1404.001 کد اخلاق اخذ کرد و مورخ ۱۴۰۴/۰۴/۰۱ دفاع گردید و تأمین‌کننده منابع مالی نداشته است. نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از همکاری همه دانش‌آموزان و مدیریت آموزش و پرورش شهرستان جاسک که ما را در انجام این پژوهش صمیمانه یاری نمودند کمال تشکر را داشته باشند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

منابع

اسلامی، افسانه سادات؛ غنی‌فر، محمدحسن و آهی، قاسم (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش هوش معنوی بر وندالیسم مدرسه‌ای و پرخاشگری دانش آموزان. *علوم روان‌شناختی*، ۲۳ (۱۳۷)، ۱۸۹-۱۶۹. https://doi.org/10.52547/JPS.23.137.1165

بزمی، نعیمه (۱۴۰۱). *روان‌شناسی وابستگی به مواد (سبب شناسی، تشخیص و درمان اعتیاد)*. تهران: انتشارات ارجمند.

توحیدی، افسانه و شریف‌پور، لطیفه (۱۴۰۱). *رابطه کارکردهای اجرایی با پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی*. دومین همایش ملی روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان. اردبیل.

جدیدی محمدابادی، اکبر؛ سعید، نسیم و احمدی ده قطب الدینی، محمد (۱۴۰۰). رابطه خودکارآمدی، امید به زندگی و سلامت عمومی با میزان فعالیت بدنی مصرف‌کنندگان مواد مخدر. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۵ (۶۲)، ۲۲۴-۲۰۵. https://doi.org/10.52547/etiadpajohi.15.62.205

جدیدی محمدآبادی، اکبر؛ احمدی ده قطب الدینی، محمد؛ اسلامی شهربابکی، فرزانه و حیدری بافقی، زهرا (۱۴۰۲). بررسی مروری باورهای فراشناختی و خودمراقبتی والدین دارای فرزندان با ناتوانی‌های ذهنی. *مجله علمی پژوهشی تعالی بالینی*، ۱۳ (۳)، ۵۵-۶۵.

رجبی، میترا (۱۴۰۱). اثربخشی فراشناخت درمانی بر میزان اعتیادپذیری دانشجویان دانشگاه پیام نور شهریار. *مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی*، *۸*(۲)، ۲۳۲-۲۲۴.

رمضانخانی، علی؛ الحانی، فاطمه؛ ودادهبر، ابوعلی و محمدخواه، فاطمه (۱۴۰۰). پیامدهای خشونت نوجوانان: مطالعه کیفی تحلیل محتوا. *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، *۱۷* (۱)، ۷۶-۶۸.

زاهدی‌فر، شهین؛ نجاریان، بهمن و شکرکن، حسین (۱۳۷۹). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش پرخاشگری. *مجله علوم تربیتی*، *۷*(۱)، ۱۰۲-۷۳.

زرگر، یدالله؛ نجاریان، بهمن و نعای، عبدالزهرا (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی (هیجان‌خواهی، ابراز وجود، سرسختی روان‌شناختی)، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی*، *۱*، ۳، ۱۲۰-۹۹

سلیمانی، برزان؛ دست باز، انور و غریبی، حسن (۱۴۰۳). اثربخشی درمان فراشناختی بر ذهن‌خوانی، حافظه سرگذشتی و تنظیم هیجان در دانش آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، *۱۸* (۴)، ۲۱۹-۲۴۳. https://doi.org/10.48308/apsy.2024.236968.1707

شمس، جمال؛ عزیزی، علیرضا و میرزایی، آزاده (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله پژوهشی حکیم*، *۱۳* (۱)، ۱۸-۱۱.

صالحی، زلیخا؛ غفاری نوران، عذرا و موسی‌زاده، توکل (۱۴۰۳). اثربخشی موسیقی درمانی بر کارکردهای اجرایی دانش‌آموزان پرخاشگر. *فصلنامه خانواده و پژوهش*، *۲۱* (۱)، ۱۱۴-۹۵.

عبدالمنافی، وحید؛ اسمعلی، احمد و حکمتی، عیسی (۱۴۰۳). نقش میانجی سوگیری خوش‌بینی و خطرپذیری در رابطه مشکلات بین‌فردی با استعداد اعتیاد در معتادان به مواد مخدر. *مجله نوآوری های اخیر در روان‌شناسی*، *۱* (۲)، ۵۷-۴۵. https://doi.org/10.22034/rip.2024.194009

غدیری صورمان آبادی، فرهاد و عبدالمحمدی، کریم (۱۴۰۲). کارکردهای اجرایی در نوجوانان دارای اختلال خواب. *مجله شفای خاتم*، *۱۱* (۲)، ۴۰-۳۲. Doi: 10.61186/shefa.11.2.32

فیشر، پیتر و ولز، آدرین (۱۴۰۰). *درمانگری فراشناختی (فراشناخت درمانی)*. ترجمه مژگان آگاه هریس و مسعود جان برگی، تهران: انتشارات ارجمند.

قلی‌نژاد، جابر؛ کریم‌زاده، زهرا؛ شاهین‌فرد، محمد و تشویشی، حامد (۱۳۹۴). تأثیر درمان فراشناختی بر کاهش پرخاشگری فیزیکی و کلامی کارکنان وظیفه مرکز آموزش های پشتیبانی شهید فیض الله امانی. *فصلنامه علوم و فنون نظامی، ۱۱*(۳۳)، ۲۱-۵.

کشاورز، مریم و آرام‌فر، بهنوش (۱۴۰۳). نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان در رابطه بین تحمل پریشانی و باورهای فراشناختی با اختلال وسواس جبری. *مجله رویش روان‌شناسی، ۱۳*(۷)، ۱۰۰-۹۱.

محمدامینی، سامان؛ میکائیلی، نیلوفر و حاجلو، نادر (۱۴۰۵). رابطه بدرفتاری دوران کودکی و گرایش به مصرف مواد در نوجوانان: نقش میانجی پریشانی روان‌شناختی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۲۰(۷۹)، ۳۵-۵۸. https://doi.org/10.22034/ETI.20.79.35

ولز، کارن سی؛ لاکمن، جان و لنهارت، لیزا (۱۳۹۹). *مقابله با پرخاشگری در کودکان*. ترجمه شیرین ولی‌زاده و رحمان بردی. تهران: انتشارات ارجمند.

ولی‌زاده، حدیث؛ مامی، شهرام؛ سلیمان‌نژاد، حمیرا و میهن‌دوست، زینب (۱۴۰۴). اثربخشی درمان فراشناختی بر تنظیم هیجان و خودکارآمدی ترک افراد وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۹(۷۵)، ۱۶۰-۱۳۵. https://doi.org/10.22034/ETI.19.75.135

ویسی، سعید؛ شیرپور، احسان؛ ایمانی، صدف و شیرپور، یاسر (۱۴۰۳). نقش ممیزی پرخاشگری، دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی پسران بر رفتارهای وندالیستی. *پژوهش در روان-درمانی کودک و نوجوان*، ۱(۱)، ۷۶-۶۵. https://doi.org/10.22098/rcap.2022.2020.۶۵

هاشمی، امیر؛ رضاپور میرصالح، یاسر و بهجتی اردکانی، فاطمه (۱۳۹۹). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر آرام‌سازی حالت بر کاهش پرخاشگری نوجوانان پسر تحت پوشش سازمان بهزیستی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۱(۴۰)، ۱۵۲-۱۳۳. https://doi.org/10.22054/jcps.2021.57713.2486

یعقوبی، ابوالقاسم؛ عزیزی، معصومه؛ افضلی، افشین و حق‌طلب، طاهره (۱۴۰۳). اثربخشی راهبردهای فراشناختی بر مهارت تمرکز و امید تحصیلی در دانش‌آموزان با انگیزش تحصیلی. *فصلنامه علمی پژوهش در یادگیری آموزشگاهی و مجازی، ۱۱*(۴)، ۵۵-۷۰. https://doi.org/10.30473/etl.2024.69658.4108

References

Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*(3), 452-459. https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.452

Byrne, G., & Cullen, C. (2024). Acceptance and commitment therapy for anger, irritability, and aggression in children, adolescents, and young adults: a systematic review of intervention studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, *25*(2), 935-946. https://doi.org/10.1177/15248380231167393

Chen, D., & Sun, H. (2025). The dynamics from reactive aggression to proactive aggression among adolescents: A multilevel chain mediating model. *Personality and Individual Differences*, *234*, 112950. https://doi.org/10.1016/j.paid.2024.112950

Chen, L. S., Yao, Y., & Xiong, M. S. (2024). The Dark Triad and aggression among drug abstainers: a moderated mediation model of self-control and physical exercise. *BMC Psychiatry*, *24*, 577. https://doi.org/10.1186/s12888-024-06016-3

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences. Second Edition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Dawson, P., & & Guare, R. (2012). *Coaching students with executive skills deficits*. New York: The Guilford Press.

Duagi, D., Carter, B., Farrelly, M., Lisk, S., Shearer, J., Byford, S., ... & Brown, J. S. (2024). Long-term effects of psychosocial interventions for adolescents on depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, *68*, 102382. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102382

Fisher, P., & Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy: Distinctive features (Vol. 1)*. London: Routledge.

Francis, B., Ganasan, V. A. L., & Sulaiman, A. R. B. (2024). Brexpiprazole attenuates aggression, suicidality and substance use in borderline personality disorder: a case series. *Medicina*, *60*(2), 283. https://doi.org/10.3390/medicina60020283

Hakim, E. A., McDonald, K. L., Lochman, J. E., Powell, N., Witte, T. H., & Vernberg, E. M. (2024). Youth aggression and peer victimization as predictors of adolescent alcohol and marijuana use: a longitudinal analysis of youth with aggressive behavior problems. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, *52*(6), 877-889. https://doi.org/10.1007/s10802-024-01166-0

Hu, C. S., Wang, Y., Sun, Y., Gong, G., & Bao, L. (2024). Executive function mediates the relationship between impulsivity and aggressive behavior in adolescents. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, *52*(4), 1-12. https://doi.org/10.2224/sbp/12908

Kroener, J., Eickholt, M. L., & Sosic-Vasic, Z. (2024). Group based metacognitive therapy for alcohol use disorder: a pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1375960. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1375960

Labella, M. H., Klein, N. D., Yeboah, G., Bailey, C., Doane, A. N., Kaminer, D., ... & Cross-Cultural Addictions Study Team. (2024). Childhood bullying victimization, emotion regulation, rumination, distress tolerance, and depressive symptoms: A cross-national examination among young adults in

seven countries. *Aggressive Behavior*, *50*(1), e22111. https://doi.org/10.1002/ab.22111

McCrae, R. R & Costa, P. T. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Moreno, I. R., Comes-Fayos, J., Bressanutti, S., Blasco-Ros, C., Martínez, M., Lila, M., Romero-Martínez, Á., & Moya-Albiol, L. (2024). Unraveling the layers of empathy: Self-compassion as a partial mediator in male and female offenders' personal distress and aggression. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma,* 33(7), 900–918. https://doi.org/10.1080/10926771.2024.2313974

Morris, V., Mamak, M., Chaimowitz, G., & Moulden, H. (2024). Cognitive behavioural therapy for anger and aggression in forensic mental health populations. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 35(2), 291-313. https://doi.org/10.1080/14789949.2024.2326641

Özer, D., Şahin Altun, Ö., Kayaoğlu, K., & Tanrıkulu, A. B. (2024). Evaluation of metacognition, difficulties in emotion regulation and addiction severity levels of individuals diagnosed with substance use disorder. *Journal of Substance Use*, *30*(3), 498-504. https://doi.org/10.1080/14659891.2024.2356573

Putra, A. A., Fitri, S., & Marjo, H. K. (2024). Analysis of Cognitive Behavior Therapy (CBT) to Reduce Aggressive Behavior in Adolescents: Literature Study. *BICC Proceedings*, *2*, 46-51. https://doi.org/10.30983/bicc.v1i1.106

Quan, S., Fu, C., Xing, X., & Wang, M. (2024). A daily diary study of the reciprocal relation between parental psychological aggression and adolescent anxiety in China. *Journal of Youth and Adolescence*, *53*(10), 2251-2265. https://doi.org/10.1007/s10964-024-02006-6

Salguero, J. M., & Ramos-Cejudo, J. (2023). A multi-study examination of the relevance of the metacognitive beliefs about uncontrollability in emotion regulation and clinical symptoms. *Journal of Affective Disorders*, *340*, 812-819. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.090

Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, *20*, 83-102. https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3

Strait, J. E., Dawson, P., Walther, C. A., Strait, G. G., Barton, A. K., & Brunson McClain, M. (2020). Refinement and psychometric evaluation of the Executive Skills Questionnaire-Revised. *Contemporary School Psychology*, *24*, 378-388. https://doi.org/10.1007/s40688-018-00224-x

Trent, E. S., Viana, A. G., Raines, E. M., Woodward, E. C., Storch, E. A., & Zvolensky, M. J. (2019). Parental threats and adolescent depression: The role of emotion dysregulation. *Psychiatry Research*, *276*, 18-24. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.009

Weed, N. C., Butcher, J. N., McKenna, T., & Ben-Porath, Y. S. (1992). New measures for assessing alcohol and other drug problems with MMPI-2, APS

& AAS. *Journal of Personality Assessment*, *58*(2), 389-404. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5802_15

Wells, A. (2013). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.

Yang, Y. (2023). Modeling state-and trait-level associations between aggression, somatic symptoms, substance use, and distress tolerance. *Aggressive Behavior*, *49*(6), 580-594. https://doi.org/10.1002/ab.22096

Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 20, No. 80, P 169-186, Summer 2026

Research Article

Comparison of Executive Functions, Working Memory, and Selective Attention Between Adolescents With and Without Cannabis Use

Parastoo Santagar Mahani[1], Farzad Farhoodi[2]

Received: 2024/10/06 Accepted: 2026/08/25

Abstract

Objective: The present study aimed to compare executive functions, working memory, and selective attention between adolescents with and without cannabis use. **Method:** This study was a causal-comparative research. The statistical population comprised all 16- to 20-year-old adolescents using cannabis who were referred to addiction treatment centers, as well as non-cannabis-using adolescents, in the city of Kerman in 2024. The research sample consisted of 70 cannabis-using adolescents and 70 non-cannabis-using adolescents selected via convenience sampling. Participants were evaluated by the Stroop test, the Wisconsin card sorting test, and the working memory test. Data were analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA). **Results:** The findings of MANOVA showed that there was a significant difference between the two groups of adolescents with and without cannabis use in the mean scores of executive functions, working memory, and selective attention. Specifically, cannabis-using adolescents scored lower on the variables of executive functions, working memory, and selective attention compared to non-cannabis-using adolescents. **Conclusion:** Based on the results of this study, it can be concluded that cannabis use can lead to the emergence of cognitive impairments, such as a decline in executive functioning, working memory, and selective attention, among adolescent cannabis users. Therefore, raising adolescents' awareness of the negative impacts of cognitive problems can be effective in preventing cannabis use.

Keywords: Cannabis use, Executive functions, Selective attention, Working memory

1. MA, Department of Psychology, Branch Yazd, Islamic Azad University, Yazd, Iran.

2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Branch Yazd, Islamic Azad University, Yazd, Iran. Email: farzad.farhoodi@iau.ac.ir

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال بیستم، شماره هشتاد، ص۱۸۶-۱۶۹، تابستان ۱۴۰۵

مقاله پژوهشی

مقایسه کنش‌های اجرایی، حافظه فعال و توجه انتخابی بین نوجوانان با و بدون مصرف کانابیس

پرستو صنعتگرماهانی[۱]، فرزاد فرهودی[۲]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۳

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به مقایسه کنش‌های اجرایی، حافظه فعال و توجه انتخابی بین نوجوانان با و بدون مصرف‌کننده کانابیس پرداخت. **روش:** این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه نوجوانان ۲۰-۱۶ ساله مصرف‌کننده کانابیس مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد و نوجوانان بدون مصرف کانابیس شهر کرمان در سال ۱۴۰۳ بود. نمونه پژوهش شامل ۷۰ نوجوان مصرف‌کننده کانابیس و ۷۰ نوجوان بدون مصرف کانابیس بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان از طریق آزمون استروپ، آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین و آزمون حافظه فعال ارزیابی شدند. داده‌ها با روش تحلیل واریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که بین دو گروه نوجوانان با و بدون مصرف‌کننده کانابیس در میانگین نمرات کنش‌های اجرایی، حافظه فعال و توجه انتخابی تفاوت معناداری وجود داشت. به طور خاص، نوجوانان مصرف‌کننده کانابیس میانگین نمرات کمتری بر روی متغیرهای کنش‌های اجرایی، حافظه فعال و توجه انتخابی نسبت به نوجوانان بدون مصرف کانابیس داشتند. **نتیجه‌گیری:** بر اساس این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که مصرف کانابیس می‌تواند به ایجاد مشکلات شناختی نظیر کاهش توانایی کنش‌های اجرایی، حافظه فعال و توجه انتخابی در نوجوانان مصرف‌کننده کانابیس منجر شود. بنابراین، آگاه‌سازی نوجوانان از اثرات منفی مشکلات شناختی می‌تواند در پیشگیری از مصرف کانابیس موثر باشد.

کلیدواژه‌ها: کنش‌های اجرایی، حافظه فعال، توجه انتخابی، مصرف کانابیس

۱. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران. پست الکترونیک: farzad.farhoodi@iau.ac.ir

مقدمه

نوجوانی یک دوره حساس و تعیین کننده در زندگی است که با تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی همراه است. در این دوران، مغز نوجوانان در حال تکامل و رشد است و ساختارها و سیستم‌های عصبی مرتبط با فرایندهای شناختی مانند حافظه، توجه و کنترل رفتاری در حال شکل‌گیری هستند (اوربن[1] و همکاران، ۲۰۲۰). برخی نوجوانان ممکن است به دلایل مختلف مانند کنجکاوی، فشار همسالان یا مشکلات روانی به مصرف مواد مخدر مانند کانابیس روی آورند که می‌تواند عواقب جدی بر سلامت جسمی و روانی آن‌ها داشته باشد (شتی[2]، ۲۰۲۱). مطالعات اخیر نشان می‌دهند که مصرف کانابیس در نوجوانی می‌تواند اثرات منفی بر عملکرد شناختی و ساختار مغز داشته باشد. این یافته‌ها با مطالعات قبلی که اختلال در کنش‌های اجرایی را در نوجوانان مصرف‌کننده کانابیس نشان می‌دهند همسو است (وینبرگر[3] و همکاران، ۲۰۲۲). به علاوه، نوجوانان مصرف‌کننده کانابیس کاهش حجم ماده خاکستری در قشر پیشانی و هیپوکامپ را نشان می‌دهند که با اختلالات حافظه و کنش‌های اجرایی مرتبط است (اور[4] و همکاران، ۲۰۱۹). این یافته‌ها نگرانی‌هایی را در مورد اثرات بلندمدت مصرف کانابیس در نوجوانی بر تکامل مغز و عملکرد شناختی ایجاد می‌کند (دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد[5]، ۲۰۲۲). بنابراین، پژوهش‌ها نیازمند بررسی تفاوت‌ها در رابطه با نوع تغییرات کارکردهای اجرایی بین نوجوانان مصرف‌کننده و غیر مصرف‌کننده کانابیس تا میزان و نحوه تغییر کارکردهای اجرایی نوجوانان مصرف‌کننده مشخص شود. عواقب مصرف کانابیس در نوجوانی فراتر از اختلالات شناختی است. شواهد نشان می‌دهند که مصرف کانابیس در نوجوانی با افزایش خطر ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی مانند اضطراب، افسردگی و اسکیزوفرنی در بزرگسالی مرتبط است (میلس[6] و همکاران، ۲۰۱۶). علاوه بر این، مصرف کانابیس در نوجوانی با عملکرد تحصیلی پایین‌تر، مشکلات رفتاری و افزایش خطر اعتیاد به سایر مواد در آینده ارتباط دارد.

1. Orben
2. Shetty
3. Weinberger
4. Orr
5. united nations office on drugs and crime
6. Myles

مطالعات نشان می‌دهند که مصرف کانابیس در دوران نوجوانی می‌تواند بر این کنش‌های اجرایی افراد تأثیر منفی بگذارد (صابری زفرقندی و همکاران، ۱۴۰۲). کنش‌های اجرایی به مجموعه‌ای از فرایندهای شناختی عالی اشاره دارند که برای برنامه‌ریزی، سازماندهی، انعطاف‌پذیری شناختی و کنترل رفتار ضروری هستند. کنش‌های اجرایی عملکردهای مختلف شناختی را در بر می‌گیرد از جمله کنترل بازداری که توسط مصرف کانابیس در نوجوانان تحت تأثیر قرار می‌گیرد و به سرکوب پاسخ‌های تکانشی و ناخواسته اشاره داد (تپر[1] و همکاران، ۲۰۲۲). مطالعات نشان داده‌اند که نوجوانان مصرف‌کننده کانابیس در تکالیف کنترل بازداری عملکرد ضعیف‌تری نسبت به همسالان غیر مصرف‌کننده خود دارند (هاموند[2] و همکاران، ۲۰۲۲). عملکرد دیگری که کنش‌های اجرایی را در بر می‌گیرد انعطاف‌پذیری شناختی است، یعنی توانایی تغییر میان وظایف شناختی مختلف که می‌تواند تحت تأثیر مصرف کانابیس در نوجوانان قرار گیرد. تحقیقات نشان داده‌اند که نوجوانان مصرف‌کننده کانابیس در تکالیف انعطاف‌پذیری شناختی عملکرد ضعیف‌تری نسبت به همسالان غیر مصرف‌کننده خود دارند. در مجموع، شواهد فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد مصرف کانابیس در دوران نوجوانی می‌تواند بر کنش‌های اجرایی مختلف از جمله کنترل بازداری، انعطاف‌پذیری شناختی و توجه تأثیر منفی بگذارد. این اثرات می‌تواند بر عملکرد شناختی، تحصیلی و اجتماعی نوجوانان تأثیر بگذارد (پرشاد[3] و همکاران، ۲۰۱۸). یکی از مهم‌ترین کنش‌های اجرایی که تحت تأثیر مصرف کانابیس در نوجوانان قرار می‌گیرد حافظه فعال است. حافظه فعال توانایی نگهداری و دستکاری اطلاعات در ذهن برای انجام تکالیف پیچیده است. تحقیقات نشان داده‌اند که مصرف کانابیس در نوجوانان با عملکرد ضعیف‌تر در تکالیف حافظه فعال مرتبط است (اسکوت[4] و همکاران، ۲۰۱۸). این کنش شناختی برای انجام موفقیت‌آمیز تکالیف روزانه، یادگیری و حل مسئله ضروری است و مصرف کانابیس در دوران نوجوانی می‌تواند بر حافظه فعال تأثیر منفی بگذارد (اسکوت و همکاران، ۲۰۱۸). یکی از مهم‌ترین جنبه‌های حافظه فعال که تحت تأثیر مصرف

1. Tepper
2. Hammond
3. Prashad
4. Scott

کانابیس در نوجوانان قرار می‌گیرد ظرفیت حافظه فعال است. ظرفیت حافظه فعال به میزان اطلاعاتی اشاره دارد که می‌توان در یک زمان خاص در ذهن نگه داشت و بازیابی اطلاعات از حافظه فعال به توانایی دسترسی و استفاده از اطلاعات ذخیره شده در حافظه فعال اشاره دارد. مطالعات نشان داده‌اند که نوجوانان مصرف‌کننده کانابیس در تکالیف ظرفیت حافظه فعال و تکلیف بازیابی اطلاعات عملکرد ضعیف‌تری نسبت به همسالان غیر مصرف‌کننده خود دارند (اسکوت و همکاران، ۲۰۱۸؛ کران و وادا[1]، ۲۰۲۳). علاوه بر این، حافظه فعال در نوجوانان مصرف‌کننده کانابیس می‌تواند تحت تأثیر اثرات مختل‌کننده مواد قرار گیرد. مطالعات نشان داده‌اند که مصرف کانابیس می‌تواند منجر به کاهش توانایی نگهداری و دستکاری اطلاعات در ذهن در نوجوانان شود (والاس[2] و همکاران، ۲۰۱۹). در مجموع، شواهد فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد مصرف کانابیس در دوران نوجوانی می‌تواند بر حافظه فعال و جنبه‌های مختلف آن از جمله ظرفیت حافظه فعال، کدگذاری حافظه فعال و بازیابی اطلاعات از حافظه فعال تأثیر منفی بگذارد. این اثرات می‌تواند بر عملکرد شناختی، تحصیلی و اجتماعی نوجوانان تأثیر بگذارد (رضایی و همکاران، ۱۴۰۰).

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

علاوه بر این، مصرف کانابیس در نوجوانان با اختلالات توجه نیز مرتبط است. توجه برای انجام موفقیت‌آمیز تکالیف شناختی و یادگیری ضروری است. مطالعات نشان داده‌اند که نوجوانان مصرف‌کننده کانابیس در تکالیف توجه پایین‌تر از همسالان غیر مصرف‌کننده خود عمل می‌کنند (والاس و همکاران، ۲۰۱۹). توجه انتخابی یکی از انواع توجه است که به توانایی تمرکز بر محرک‌های مرتبط و نادیده گرفتن محرک‌های نامرتبط اشاره دارد. این کنش شناختی برای انجام موفقیت‌آمیز تکالیف روزانه و یادگیری ضروری است. مطالعات نشان می‌دهند که مصرف کانابیس در دوران نوجوانی می‌تواند بر توجه انتخابی تأثیر منفی بگذارد و نوجوانان مصرف‌کننده کانابیس در تکالیف کنترل توجه عملکرد ضعیف‌تری نسبت به همسالان غیر مصرف‌کننده خود دارند (دوپروزل[3] و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این، توجه انتخابی در نوجوانان مصرف‌کننده کانابیس می‌تواند تحت تأثیر اثرات مختل-

1. Crane & Wade
2. Wallace
3. Duperrouzel

کننده مواد قرار گیرد. مطالعات نشان داده‌اند که مصرف کانابیس می‌تواند منجر به کاهش توانایی حفظ تمرکز و افزایش حواس‌پرتی در نوجوانان شود (حسن‌شاهی و پولادی، ۱۴۰۰). در مجموع، شواهد فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد مصرف کانابیس در دوران نوجوانی می‌تواند بر توجه انتخابی و جنبه‌های مختلف آن از جمله کنترل توجه، جابجایی توجه، توجه پایدار و تمرکز تأثیر منفی بگذارد. این اثرات می‌تواند بر عملکرد شناختی، تحصیلی و اجتماعی نوجوانان تأثیر بگذارد (کوینیس[1] و همکاران، ۲۰۲۱).

با توجه به موارد ذکر شده می توان بیان داشت که مقایسه کنش‌های اجرایی، حافظه فعال و توجه انتخابی بین نوجوانان مصرف‌کننده و غیر مصرف‌کننده کانابیس باعث گسترش دانش موجود در زمینه تأثیرات مصرف این ماده بر عملکردهای شناختی نوجوانان شده و با توجه اهمیت دوران نوجوانی به عنوان دوره حساس رشدی و تکامل مغز می‌تواند ما را به سمت ارائه مداخلات آموزشی، درمانی و پیشگیرانه برای این جمعیت سوق داده و از خطرات احتمالی مصرف این ماده در نوجوانان و ایجاد آسیب‌های شناختی جلوگیری کند. یکی از جنبه‌های نوآوری این پژوهش نسبت به پژوهش های انجام شده در حوزه اعتیاد در نوجوانان پرداختن به پیامدهای شناختی اعتیاد به کانابیس به عنوان یک ماده مخدر نوپدید در نوجوانان ایرانی است که در پژوهش‌های گذشته کمتر به آن پرداخته شده است. با توجه به مطالب گفته شده، پژوهش حاضر با الهام از مطالب فوق و در راستای توسعه رویکرد کاهش آسیب، به مقایسه کنش‌های اجرایی، حافظه فعال و توجه انتخابی بین نوجوانان با و بدون مصرف کانابیس پرداخت و در پی پاسخ‌گویی به این سوال بود که آیا بین این دو گروه در کارکردهای شناختی مورد بحث تفاوتی وجود دارد؟

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه نوجوانان مصرف‌کننده کانابیس ۱۶ تا ۲۰ ساله مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد (۸۴ نفر) و نوجوانان بدون مصرف کانابیس شهر کرمان در سال ۱۴۰۳ بود. پس از اخذ کد اخلاق به

1. Koenis

شماره IR.IAU.YAZD.REC.1403.031 از دانشگاه آزاد اسلامی یزد، نمونه مورد بررسی براساس جدول مورگان شامل ۷۰ نوجوان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد به روش نمونه‌گیری در دسترس و رعایت ملاک های ورود و خروج انتخاب شدند. همچنین، از میان نوجوانان بدون مصرف کانابیس شهر کرمان، ۷۰ نوجوان به صورت در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت از: ۱- سن ۱۶ تا ۲۰ سال، ۲- مصرف و اعتیاد به کانابیس در حداقل شش ماه گذشته و بر اساس تشخیص متخصص اعتیاد برای گروه اول، ۳- عدم ابتلا به اختلال روان‌پزشکی شدید، ۴- عدم مصرف سایر مواد محرک یا روان‌گردان به جز کانابیس برای گروه اول و ۵- کسب رضایت کتبی آگاهانه از نوجوانان و والدین آن‌ها. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت از: ۱- وجود ناتوانی‌های شناختی و هوشی شدید که امکان شرکت در آزمون‌ها را محدود می‌کند و ۲- عدم تمایل به همکاری با پژوهشگر بودند. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به این صورت بود که به همه شرکت‌کنندگان در پژوهش تاکید شد که اطلاعات آن‌ها به صورت کلی و گروهی و بودن ذکر نام تجزیه و تحلیل می‌شود و اصل رازداری در همه مراحل پژوهش رعایت شد. همچنین، در صورت ادامه روند پژوهش شرکت‌کنندگان می‌توانستند از ادامه شرکت در پژوهش انصراف دهند. لازم به ذکر است که بررسی ملاک‌های ورود و خروج با انجام مصاحبه‌های تشخیصی صورت گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره در نرم افزار SPSS-26 استفاده شد.

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

ابزار

۱- آزمون استروپ: این آزمون که اولین بار در سال ۱۹۳۵ توسط ریدلی استروپ ساخته شد در حال حاضر به عنوان یک مرجع استاندارد جهت سنجش مکانیزم‌های توجه انتخابی مطرح است (رزقی و همکاران، ۱۳۹۰). آزمون استروپ یک آزمون واحد نیست، بلکه تاکنون شکل‌های مختلفی از آن جهت اهداف پژوهشی تهیه شده است. در این پژوهش نسخه کلاسیک رایانه‌ای این آزمون مورد استفاده قرار گرفت. در این آزمون ۴۸ کلمه رنگی همخوان (رنگ کلمه با معنای کلمه یکسان است) و ۴۸ کلمه رنگی ناهمخوان (رنگ کلمه با معنای کلمه یکسان نیست)، با فاصله ارائه محرک ۸۰۰ میلی ثانیه و مدت زمان ارائه

محرک ۲۰۰۰ میلی ثانیه ارائه می‌شود (نجاتی و همکاران، ۱۳۹۱). تکلیف آزمودنی این است که تنها رنگ صحیح را انتخاب کند. به منظور نمره‌دهی و تفسیر نتایج حاصل از این آزمون، بر حسب تعداد پاسخ‌های صحیح، تعداد خطاها، و زمان واکنش به صورت مجزا برای گروه کلمات همخوان و ناهمخوان ثبت می‌شود. افزون بر این، نمره تداخل نیز از طریق محاسبه تفاوت بین تعداد پاسخ‌های صحیح همخوان بدست می‌آید (زرقی و همکاران، ۱۳۹۰). نتایج بررسی پژوهشگران (صالحی فدردی و ضیائی، ۱۳۸۹؛ نجاتی و همکاران، ۱۳۹۱) حاکی از آن است که این آزمون حائز روایی و پایایی مطلوب برای کاربران ایرانی است.

۲- آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین[1]: این آزمون برای بررسی کارکردهایی اجرایی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این آزمون ۴ کارت نمونه در بالای صفحه قرار دارد که از نظر شکل روی آن‌ها (مثلث، ستاره، صلیب و دایره)، تعداد اشکال (از یک تا چهار عدد) و رنگ اشکال (سبز، آبی، قرمز و زرد) با یکدیگر متفاوت هستند. یک دسته کارت ۶۴ تایی هم در پایین صفحه نمایشگر قرار دارد که فقط کارت رویی آن مشخص است. آزمودنی باید بر اساس قانونی که حدس می‌زند کارت‌ها را دسته‌بندی کند و بر اساس بازخورد «درست» یا «غلط» روی صفحه قانون دسته‌بندی را کشف کند. پس از قرار دادن درست کارت‌ها قانون تغییر می‌کند و فرد باید قانون جدید را مبتنی بر بازخورد کشف کند. نمره آزمودنی در این آزمون تعداد دسته‌های ده‌تایی صحیح است. پژوهش‌ها از اعتبار و پایایی کارت‌های آزمون ویسکانسین حمایت کرده‌اند (نایهوس و بارکلو[2]، ۲۰۰۹). جوانمرد و همکاران (۱۳۸۷) پایایی مقیاس به روش باز-آزمایی (۰/۸۴) و روایی سازه آزمون را نیز مطلوب گزارش کرده‌اند.

۳- آزمون حافظه فعال[3]: این مقیاس برای سنجش ظرفیت حافظه فعال توسط دانیمن و کارپنتر[4] (۱۹۸۰) ساخته شد. این آزمون ۲۷ گویه و شامل اطلاعات شخصی و عمومی، جهت‌یابی، کنترل ذهنی، حافظه منطقی، تکرار ارقام، حافظه بینایی، و یادگیری تداعی است

1. Wisconsin card sorting test (WCST)
2. Nyhus & Barceló
3. working memory test
4. Daneman & Carpenter

که جملات ۲ تا ۷ بخشی را در بردارد. ویژگی اصلی این ابزار سنجش همزمان اندوزش و پردازش در حافظه فعال است. در این آزمون از آزمودنی‌ها درخواست می‌شود تا با دقت به هر جمله گوش دهند و سپس کلمه آخر هر جمله را به خاطر نگه دارند (مجتبی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۰). هر پاسخ درست یک امتیاز دارد و پاسخ نادرست امتیاز منفی ندارد. در زمینه پایایی، مجتبی‌زاده و همکاران (۱۴۰۰) از طریق کودر-ریچاردسون پایایی را ۰/۸۷ محاسبه کردند. پایایی این پرسش‌نامه در این پژوهش با آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی و توصیفی در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان از نظر جنسیت و سن

متغیر	مصرف‌کننده کانابیس		بدون مصرف کانابیس	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دختر	۲۳	۳۲/۸۶	۳۱	۴۴/۲۹
پسر	۴۷	۶۷/۱۴	۳۹	۵۵/۷۱
جمع کل	۷۰	۱۰۰	۷۰	۱۰۰
۱۶ سال	۴	۵/۷۱	۱۳	۱۸/۵۸
۱۷ سال	۱۲	۱۷/۱۴	۱۱	۱۵/۷۱
۱۸ سال	۱۸	۲۵/۷۲	۱۲	۱۷/۱۴
۱۹ سال	۲۰	۲۸/۵۷	۲۲	۳۱/۴۳
۲۰ سال	۱۶	۲۲/۸۶	۱۲	۱۷/۱۴
جمع کل	۷۰	۱۰۰	۷۰	۱۰۰

جدول ۲: مقادیر آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	مصرف‌کننده کانابیس		بدون مصرف کانابیس	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنش‌های اجرایی	۷/۹۷	۱/۵۱۳	۲/۴۷	۱/۲۵۹
حافظه فعال	۴۰/۰۳	۵/۰۳۹	۶۹/۵۷	۴/۸۴۴
اطلاعات شخصی و عمومی	۴/۶۰	۱/۱۳۴	۷/۵۶	۱/۱۵۰
جهت‌یابی	۳/۴۳	۱/۳۸۹	۷/۹۹	۱/۵۰۸

جدول ۲: مقادیر آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	مصرف‌کننده کانابیس		بدون مصرف کانابیس	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنترل ذهنی	۵/۳۴	۱/۶۲۳	۸/۴۳	۱/۷۳۳
حافظه منطقی	۸/۳۴	۲/۰۲۱	۱۲/۸۶	۱/۶۲۷
تکرار ارقام	۴/۶۱	۱/۱۳۳	۹/۸۴	۱/۶۲۱
حافظه بینایی	۶/۲۴	۱/۷۵۶	۱۰/۳۱	۱/۶۱۱
یادگیری تداعی‌ها	۷/۴۶	۱/۷۷۵	۱۲/۵۹	۱/۶۲۸
توجه انتخابی	۶۴۶/۲۴	۱۶/۵۲۴	۵۷۰/۴۹	۱۴/۸۷۳

جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از شاخص‌های کجی و کشیدگی و آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. همانطور که در جدول ۳ مشخص است، دامنه شاخص‌های کجی و کشیدگی در دامنه قابل قبول بین ۲ – و ۲ + قرار داشت. به علاوه، سطح معناداری آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای حافظه فعال، توجه انتخابی و کنش‌های اجرایی غیر معنادار بود (p> ۰/۰۵). بنابراین، این نتایج تاییدکننده توزیع نرمال داده‌ها بود.

جدول ۳: شاخصهای کجی و کشیدگی و آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

شاخص	کجی	کشیدگی	آماره آزمون	سطح معناداری
حافظه فعال	۰/۰۰۱	-۱/۸۲	۰/۲۱	۰/۰۸
توجه انتخابی	۰/۰۳	-۱/۷۴	۰/۲۰	۰/۰۸
کنش‌های اجرایی	۰/۱۰	-۱/۵۰	۰/۱۶	۰/۱۳

نتایج غیر معنادار آزمون لوین برای متغیرهای توجه انتخابی (p =۰/۴۵)، کنش‌های اجرایی (p =۰/۳۴)، حافظه فعال (p =۰/۸۸) و مولفه‌های آن نظیر اطلاعات شخصی و عمومی (p =۰/۶۲)، جهت‌یابی (p =۰/۳۳)،کنترل ذهنی (p =۰/۲۶)، حافظه منطقی (p =۰/۳۱)، تکرار ارقام (p =۰/۰۹)، حافظه بینایی (p =۰/۲۰)، و یادگیری تداعی (p =۰/۱۶) تاییدکننده پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها بود (p>۰/۰۵). نتایج غیر معنادار آزمون ام‌باکس تاییدکننده پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس بود (M Box=۳/۰۶ ،F=۰/۵۰ ،p=۰/۸۱). با توجه به رعایت پیش‌فرضها، انجام تحلیل واریانس چند متغیری ممکن است.

نتایج آزمون لامبدای ویلکز (value =۰/۰۸، F = ۵۰۵/۲۴، p < ۰/۰۰۱) نشان داد که بین دو گروه حداقل در رابطه یکی از متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد و ۷۲ درصد تغییرات مرتبط با عضویت گروهی است. بنابراین، برای بررسی دقیق‌تر این تفاوت‌ها نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در جدول ۴ مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ٤: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری جهت مقایسه بین دو گروه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
حافظه فعال	۳۰۵۴۷/۳۱	۱	۳۰۵۴۷/۳۱	۱۲۵۰/۵۰	<۰/۰۰۱*	۰/۷۰
اطلاعات شخصی و عمومی	۳۰۶/۰۶	۱	۳۰۶/۰۶	۲۳۴/۵۶	<۰/۰۰۱*	۰/۶۳
جهت‌یابی	۷۲۶/۸۶	۱	۷۲۶/۸۶	۳۴۵/۷۳	<۰/۰۰۱*	۰/۷۲
کنترل ذهنی	۳۳۳/۲۶	۱	۳۳۳/۲۶	۱۱۸/۲۵	<۰/۰۰۱*	۰/۴۶
حافظه منطقی	۷۱۳/۲۶	۱	۷۱۳/۲۶	۲۱۱/۹۸	<۰/۰۰۱*	۰/۶۱
تکرار ارقام	۹۵۶/۸۳	۱	۹۵۶/۸۳	۴۸۹/۳۱	<۰/۰۰۱*	۰/۷۸
حافظه بینایی	۵۸۰/۱۸	۱	۵۸۰/۱۸	۲۰۴/۲۷	<۰/۰۰۱*	۰/۶۰
یادگیری تداعی‌ها	۹۲۰/۵۸	۱	۹۲۰/۵۸	۳۱۷/۳۲	<۰/۰۰۱*	۰/۷۰
توجه انتخابی	۲۰۰۸۷۰/۰۶	۱	۲۰۰۸۷۰/۰۶	۸۱۲/۸۰	<۰/۰۰۱*	۰/۶۶
کنش‌های اجرایی	۱۰۵۸/۷۵	۱	۱۰۵۸/۷۵	۵۴۶/۴۳	<۰/۰۰۱*	۰/۷۰

* p< ۰/۰۰۱.

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری جهت مقایسه دو گروه در جدول ۴ آمده است که نشان داد بین دو گروه تفاوت معناداری در رابطه با کنش‌های اجرایی، توجه انتخابی، و حافظه فعال و مولفه‌های آن وجود داشت (p<۰/۰۰۱). بنابراین، نوجوانان با مصرف کانابیس عملکرد ضعیفی بر روی کنش‌های اجرایی، توجه انتخابی، و حافظه فعال و مولفه‌های آن در مقایسه با نوجوانان بدون مصرف کانابیس بدست آوردند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه کنش‌های اجرایی، حافظه فعال و توجه انتخابی بین نوجوانان با و بدون مصرف کانابیس بود. یافته‌ها نشان داد که بین دو گروه در رابطه با نمرات کنش‌های اجرایی، حافظه فعال و توجه انتخابی تفاوت معناداری وجود داشت. این نتایج با

یافته‌های پژوهش حسن‌شاهی و پولادی (۱۴۰۰) مبنی بر تفاوت نمرات کارکردهای اجرایی در بیماران اختلال مصرف کانابیس، افراد بهبودیافته و افراد بهنجار؛ پژوهش لاون[1] و همکاران (۲۰۲۲) مبنی بر اثرات طولانی مدت مصرف حشیش در نوجوانان بر حافظه فعال آن‌ها؛ و پژوهش کویروز[2] و همکاران (۲۰۲۵) مبنی بر وجود توجه انتخابی و حافظه‌کاری ضعیف‌تر در نوجوانان مصرف‌کننده حشیش نسبت به افراد عادی همسو است.

در تبیین عملکرد ضعیف‌تر نوجوانان مصرف‌کننده کانابیس بر روی کنش‌های اجرایی در مقایسه با نوجوانان غیر مصرف‌کننده می‌توان گفت که پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که مصرف کانابیس در دوران نوجوانی می‌تواند تأثیرات قابل توجهی بر عملکرد مغز و توانایی‌های شناختی داشته باشد (می‌یر[3] و همکاران، ۲۰۲۴). کنش‌های اجرایی که شامل مجموعه‌ای از فرآیندهای شناختی پیچیده مانند برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری، کنترل تکانه و انعطاف‌پذیری شناختی می‌شوند در نوجوانان مصرف‌کننده کانابیس به طور قابل توجهی تحت تأثیر قرار می‌گیرد (اور و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعات نشان داده‌اند که مصرف مزمن کانابیس می‌تواند منجر به اختلال در این عملکردها شود. به عنوان مثال، در مطالعه می‌یر و همکاران (۲۰۲۴) مشخص گردید که مصرف مداوم کانابیس از نوجوانی تا بزرگسالی با کاهش قابل توجه در عملکرد شناختی از جمله کنش‌های اجرایی همراه است. مشابه با یافته‌های پژوهش حاضر را در پژوهش ایراندوست و همکاران (۱۴۰۴) مشاهده می‌کنیم. این مطالعه که بر روی زنان مصرف‌کننده متآمفتامین انجام شد تفاوت معناداری را در خود کنترلی زنان مصرف‌کننده گزارش می‌دهد. مشخصه‌ای که از نظر ساختاری ارتباط نزدیکی با مفهوم کنش‌های اجرایی دارد. علاوه بر این، مطالعات تصویربرداری عصبی نشان داده‌اند که مصرف کانابیس می‌تواند الگوهای فعال‌سازی مغز را در طول انجام وظایف مربوط به کنش‌های اجرایی تغییر دهد. یکی از نکات مهم در این زمینه تأثیر بلندمدت مصرف کانابیس بر کنش‌های اجرایی است. مطالعه‌ای طولی که توسط می‌یر و همکاران (۲۰۲۴) انجام شد، نشان داد که حتی پس از قطع مصرف کانابیس برخی از اختلالات در کنش‌های

1. Lawn
2. Queiroz
3. Meier

اجرایی می‌توانند پایدار باقی بمانند. این یافته‌ها اهمیت پیشگیری از مصرف کانابیس در دوران نوجوانی و مداخلات زودهنگام را برجسته می‌کند. بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعات ذکر شده و همچنین با پژوهش حسن‌شاهی و پولادی (۱۴۰۰) مبنی بر تفاوت نمرات کارکردهای اجرایی در بیماران اختلال مصرف کانابیس، افراد بهبودیافته و افراد بهنجار و پژوهش کلارک و همکاران (۲۰۲۳) مبنی بر سوگیری شناختی بیشتر در نوجوانان مصرف‌کننده حشیش نسبت به افراد عادی همسو است. باید توجه داشت که تأثیر مصرف کانابیس بر کنش‌های اجرایی می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند سن شروع مصرف، مدت و شدت مصرف، و ژنتیک فردی قرار گیرد. اسکوت و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود نشان دادند که افرادی که در سنین پایین‌تر شروع به مصرف کانابیس می‌کنند اختلالات بیشتری در کنش‌های اجرایی را نسبت به افرادی که در سنین بالاتر شروع به مصرف می‌کنند نشان می‌دهند.

همچنین، در تبیین عملکرد ضعیف نوجوانان مصرف‌کننده کانابیس در رابطه با حافظه فعال و ابعاد آن در مقایسه با نوجوانان بدون مصرف کانابیس می‌توان گفت حافظه فعال که به توانایی نگهداری و دستکاری اطلاعات در ذهن برای مدتی کوتاه اشاره دارد یکی دیگر از حوزه‌هایی است که به شدت تحت تأثیر مصرف کانابیس قرار می‌گیرد (کویروز و همکاران، ۲۰۲۵). مطالعات تصویربرداری عصبی نشان داده‌اند که مصرف کانابیس می‌تواند الگوهای فعال‌سازی مغز را در طول انجام وظایف مربوط به حافظه فعال تغییر دهد. این تفاوت در الگوهای فعال‌سازی می‌تواند نشان‌دهنده تلاش بیشتر مغز برای انجام وظایف حافظه فعال در نوجوانان مصرف‌کننده کانابیس باشد. همچنین، مطالعه اسکات و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که حتی پس از قطع مصرف کانابیس برخی از اختلالات در حافظه فعال می‌توانند پایدار باقی بمانند. این یافته‌ها اهمیت پیشگیری از مصرف کانابیس در دوران نوجوانی و مداخلات زودهنگام را برجسته می‌کند. علاوه بر این، تحقیقات نشان داده‌اند که تأثیر مصرف کانابیس بر حافظه فعال می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند سن شروع مصرف، مدت و شدت مصرف قرار گیرد. مطالعه فرولی[1] و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد

1. Frolli

نوجوانان مصرف‌کننده مداوم کانابیس با شروع زودهنگام افت چشمگیر و معناداری در وظایف حافظه فعال، یادگیری، هوش کلامی و زمان واکنش نسبت به گروه بهنجار داشتند. این یافته‌ها اهمیت توجه به سن شروع مصرف را در ارزیابی تأثیرات کانابیس بر عملکرد شناختی نشان می‌دهد.

در نهایت، در تبیین کارکرد ضعیف نوجوانان مصرف‌کننده کانابیس در رابطه با توجه انتخابی نسبت به نوجوانان غیر مصرف‌کننده می‌توان گفت توجه انتخابی که به توانایی تمرکز بر اطلاعات مرتبط و نادیده گرفتن اطلاعات نامربوط اشاره دارد نیز در نوجوانان مصرف‌کننده کانابیس دچار اختلال می‌شود (دوپروزل و همکاران، ۲۰۲۰). یکی از دلایل اصلی این تفاوت‌ها تأثیر کانابیس بر سیستم اندوکانابینوئید مغز است. این سیستم نقش مهمی در تنظیم فرآیندهای شناختی از جمله حافظه و توجه دارد. بنابراین، مصرف مزمن کانابیس می‌تواند منجر به تغییرات ساختاری و عملکردی در این سیستم شود (حسن‌شاهی و پولادی، ۱۴۰۰). مطالعات نشان داده‌اند که نوجوانان مصرف‌کننده کانابیس در تکالیف کنترل توجه عملکرد ضعیف‌تری نسبت به همسالان غیر مصرف‌کننده خود دارند (دوپروزل و همکاران، ۲۰۲۰). در مطالعه‌ای دیگر، کوهن[1] و همکاران (۲۰۲۰) نقص و کاهش فرایندهای حافظه، یادگیری کلامی، کنترل پاسخ، تمرکز، انواع توجه و یادآوری را در بیماران مصرف‌کننده کانابیس گزارش کردند. ماینارد[2] و همکاران (۲۰۲۳) نیز به این نتیجه رسید که بعد از کنترل سن، جنس، تحصیلات و نژاد، مصرف‌کنندگان کانابیس در انواع حافظه و ابعاد توجه نسبت به افراد بهنجار عملکرد ضعیف‌تری دارند.

در مجموع، شواهد قوی وجود دارد که نشان می‌دهد مصرف کانابیس در دوران نوجوانی می‌تواند تأثیرات منفی قابل توجهی بر کنش‌های اجرایی، حافظه فعال و توجه انتخابی آن‌ها داشته باشد. این تأثیرات می‌توانند طولانی مدت بوده و عملکرد تحصیلی، اجتماعی و شغلی فرد را تحت تأثیر قرار دهند. بنابراین، آگاهی‌رسانی در مورد خطرات مصرف کانابیس در دوران نوجوانی و اتخاذ سیاست‌های پیشگیرانه مناسب از اهمیت بالایی برخوردار است.

1. Cohen
2. Maynard

پژوهش حاضر نیز مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی می‌باشد. نخست آن‌که این پژوهش فقط در شهر کرمان انجام شده است. بنابراین، ممکن است نتایج آن قابل تعمیم به سایر شهرها یا مناطق کشور نباشد. همچنین، جامعه آماری این پژوهش محدود به نوجوانان بود که ممکن است نتایج را برای سایر گروه‌های سنی محدود کند. از آنجا که نمونه‌گیری به صورت در دسترس انتخاب شد، باید در تعمیم نتایج احتیاط شود. در نهایت، از آنجا که اطلاعات دقیقی در مورد میزان و مدت مصرف کانابیس در دسترس نبود، این موضوع می‌تواند بر تفسیر نتایج تأثیر بگذارد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود مطالعات طولی برای بررسی تأثیرات بلندمدت مصرف کانابیس بر ابعاد شناختی نوجوانان انجام شود. همچنین، در پژوهش‌های آینده می‌توان جامعه آماری را به سایر شهرها و مناطق کشور گسترش دهند تا نتایج قابل تعمیم‌تری بدست آید. پیشنهاد می‌شود تأثیر متغیرهای میانجی مانند ژنتیک، محیط خانوادگی و عوامل استرس‌زا بر رابطه بین مصرف کانابیس و عملکردهای شناختی بررسی شود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی برای بررسی امکان بهبود عملکردهای شناختی از طریق مداخلات روان‌شناختی پس از ترک مصرف کانابیس تنظیم شود. در نهایت، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های پیشگیرانه مؤثری برای آگاه‌سازی نوجوانان و خانواده‌ها در مراکز آموزشی، بهداشتی و درمانی در مورد تأثیرات منفی مصرف کانابیس بر عملکردهای شناختی تدوین و اجرا شود و در نتیجه به سوی بهبود سلامت روان نوجوانان گام برداشت.

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

منابع

ایراندوست، زهرا؛ صدری دمیرچی، اسماعیل؛ قمری کیوی، حسین و نوروزی همایون، محمد رضا (۱۴۰۴). مقایسه تنظیم شناختی هیجان، سیستم‌های مغزی–رفتاری و خودکنترلی بین زنان وابسته به مت‌آمفتامین و زنان عادی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۹(۷۸)، ۱۸۸-۱۶۷. https://doi.org/10.22034/ETI.19.78.167

جوانمرد، غلامحسین؛ محمودعلیلو، مجید؛ احمدی، پریچهر؛ باباپورخیرالدین، جلیل و رنجبرکوچکسرایی، فاطمه (۱۳۸۷). عملکرد گروه بیماران اسکیزوفرنیک دارای علایم مثبت و منفی در آزمون نوروسایکولوژیک بندر گشتالت و همبستگی آن با عملکرد در آزمون دسته-بندی کارت ویسکانسین (WCST). *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۳(۱۰)، ۵۸-۴۱.

حسن‌شاهی، محمدمهدی و پولادی، شیرین (۱۴۰۰). کارکردهای اجرایی در بیماران اختلال مصرف کانابیس، افراد بهبودیافته و بهنجار. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، *۱۷* (۲)، ۱۸۳-۱۶۳. DOI: 10.22051/PSY.2021.35645.243

رضایی، احمد؛ کریمی، مریم؛ صادقی، علی اصغر و شجاعی، محمدرضا (۱۴۰۰). *روند مصرف مواد در نوجوانان ایرانی: گزارش ملی*. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

زرقی، افسانه؛ رالی، علیرضا، تهرانی دوست، رضا؛ زرین دست، محمد رضا و خدادای، سید مجتبی (۱۳۹۰). کاربرد تست کامپیوتری شناختی در ارزیابی حوزه عصبی شناختی. *پژوهنده*، *۱۶* (۵)، ۲۴۱-۲۴۵.

صابری زفرقندی، محمدباقر؛ واحد، ندا؛ آرزومندان، رضا و پیرمرادی، محمدرضا (۱۴۰۲). بررسی ارتباط بین فعالیت‌های مغزی و ولع مصرف در افراد مبتلا به اختلال مصرف کانابیس. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، *۲۹* (۳)، ۳۳۱-۳۲۰. DOI: 10.32598/ijpcp.29.3.4661.1

صالحی فدردی، جواد و ضیائی، سیده سلیل (۱۳۸۹). فرآیندهای شناختی ضمنی و سوگیری توجه به سمت رفتارهای اعتیادی: معرفی، ساخت و کاربرد آزمون استروپ اعتیاد. *مجله اصول بهداشت روانی*، *۱۲* (۱)، ۳۸۹-۳۵۸. https://doi.org/10.22038/jfmh.2010.886

مجتبی‌زاده، محمد؛ اسدزاده، حسن؛ کریمی، یوسف و دلاور، علی (۱۴۰۰). رابطه بین حافظه فعال، میزان اضطراب و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان. *نشریه مهارت‌های روان‌شناسی تربیتی*، *۱۲* (۱)، ۵۹-۷۴.

نجاتی، وحید؛ ذبیح‌زاده، عباس و نیک‌فرجام، محمدرضا (۱۳۹۱). رابطه بین ذهن‌آگاهی و کارکردهای توجهی پایدار و انتخابی. *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۲ (۲)، ۴۲-۳۱.

References

Cohen, K., Mama, Y., Rosca, P., Pinhasov, A., & Weinstein, A. (2020). Chronic use of synthetic cannabinoids is associated with impairment in working memory and mental flexibility. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 602. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00602

Crane, N. A., & Wade, N. E. (2023). Cannabis and neuropsychology. In G. G. Brown, T. Z. King, K. Y. Haaland, & B. Crosson (Eds.), *APA handbook of neuropsychology: Neurobehavioral disorders and conditions: Accepted science and open questions* (pp. 627–647). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000307-029

Daneman, M., & Carpenter, P. A. (1980). Individual differences in working memory and reading. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, *19*(4), 450-466. https://doi.org/10.1016/S0022-5371(80)90312-6.

Duperrouzel, J. C., Granja, K., Pacheco-Colón, I., & Gonzalez, R. (2020). Adverse effects of cannabis use on neurocognitive functioning: A systematic review of meta-analytic studies. *Journal of Dual Diagnosis*, *16*(1), 43-57. https://doi.org/10.1080/15504263.2019.1626030

Frolli, A., Ricci, M., Antonella, C., Lombardi, A., Pastorino, G., & Operto, F. (2020). *Executive functions and cannabis use in adolescents*. Preprints (www.preprints.org).

Hammond, C. J., Allick, A., Park, G., Rizwan, B., Kim, K., Lebo, R., ... & Ivanov, I. (2022). A meta-analysis of fMRI studies of youth cannabis use: alterations in executive control, social cognition/emotion processing, and reward processing in cannabis using youth. *Brain Sciences*, *12*(10), 1281. https://doi.org/10.3390/brainsci12101281

Koenis, M. M., Durnez, J., Rodrigue, A. L., Mathias, S. R., Alexander-Bloch, A. F., Barrett, J. A., ... & Glahn, D. C. (2021). Associations of cannabis use disorder with cognition, brain structure, and brain function in African Americans. *Human Brain Mapping*, *42*(6), 1727-1741. https://doi.org/10.1002/hbm.25324

Lawn, W., Fernandez-Vinson, N., Mokrysz, C., Hogg, G., Lees, R., Trinci, K., ... & Curran, H. V. (2022). The CannTeen study: verbal episodic memory, spatial working memory, and response inhibition in adolescent and adult cannabis users and age-matched controls. *Psychopharmacology*, *239*, 1629-1641. https://doi.org/10.1007/s00213-022-06143-3

Maynard, M., Paulson, D., Dunn, M., & Dvorak, R. D. (2023). Relationship between cannabis use and immediate, delayed, and working memory performance among older adults. *Cannabis*, *6*(2), 22-29. https://doi.org/10.26828/cannabis/2023/000153

Meier, M. H., Olive, M. F., Jenks, O. A., & Wernik, S. R. (2024). Cannabis use and cognitive functioning across the lifespan. *Current Addiction Reports*, *11*, 384-395.https://doi.org/10.1007/s40429-024-00571-1

Myles, H., Myles, N., & Large, M. (2016). Cannabis use in first episode psychosis: Meta-analysis of prevalence, and the time course of initiation and continued use. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *50*(3), 208-219. https://doi.org/10.1177/0004867415599846

Nyhus, E., & Barceló, F. (2009). The Wisconsin Card Sorting Test and the cognitive assessment of prefrontal executive functions. A critical update. *Brain and Cognition*, *71*(3), 437-451. https://doi.org/10.1016/j.bandc.2009.03.005

Orben, A., Tomova, L., & Blakemore, S. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *The Lancet Child &*

Adolescent Health, *4*(8), 634-640. https://doi.org/10.1016/ S2352-4642(20)30186-3

Orr, C., Spechler, P., Cao, Z., Albaugh, M., Chaarani, B., Mackey, S., ... & Garavan, H. (2019). Grey matter volume differences associated with extremely low levels of cannabis use in adolescence. *The Journal of Neuroscience*, *39*(10), 1817-1827. https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.3375-17.2018

Prashad, S., Dedrick, E., & Filbey, F. (2018). Cannabis users exhibit increased cortical activation during resting state compared to nonusers. *NeuroImage*, 179, 176-86. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2018.06.031

Queiroz, A. P. D. S., Pozzolo Pedro, M. O., Waisman Campos, M., Torales, J., Ventriglio, A., & Castaldelli-Maia, J. M. (2025). Cognitive Effects of Cannabis Use: A Comprehensive Review Across Domains. *Neurology International*, *17*(7), 107. https://doi.org/10.3390/neurolint17070107

Scott, J. C., Slomiak, S. T., Jones, J. D., Rosen, A. F., Moore, T. M., & Gur, R. C. (2018). Association of cannabis with cognitive functioning in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *75*(6), 585-595. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0335

Shetty, N. (2021). Focus on foundational learning is important. *Learning Curve*, 81-83.

Tepper, D. L., Howell, T. J., & Bennett, P. C. (2022). Executive functions and household chores: Does engagement in chores predict children's cognition?. *Australian Occupational Therapy Journal*, *69*(5), 585-598. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12822

United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). Drug market trends of Cannabis and Opioids.

Wallace, A. L., Wade, N. E., Hatcher, K. F., & Lisdahl, K. M. (2019). Effects of cannabis use and subclinical ADHD symptomology on attention based tasks in adolescents and young adults. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *34*(5), 700-705. https://doi.org/10.1093/arclin/acy080

Weinberger, A. H., Wyka, K., & Goodwin, R. D. (2022). Impact of cannabis legalization in the United States on trends in cannabis use and daily cannabis use among individuals who smoke cigarettes. *Drug and Alcohol Dependence*, *238*, 109563. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109563

.

Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 20, No. 80, P 187-212, Summer 2026

Research Article

Effectiveness of Cognitive Rehabilitation Program on Memory, Executive Function, and Processing Speed in Individuals With Substance Use Disorders*

Zahra Esmaeilzadeh[1], Mohammad Hadi Safi[2]

Received: 2025/12/04 Accepted: 2026/08/26

Abstract

Objective: This study aimed to investigate the effectiveness of a cognitive rehabilitation program on three cognitive components, including memory, executive function, and processing speed, in individuals with substance use disorders. **Method:** This study was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group and a two-month follow-up. The statistical population comprised all males with substance use disorders referring to addiction treatment clinics in Rasht in 2025, from whom 30 individuals were selected via convenience sampling and randomly assigned to experimental (n = 15) and control (n = 15) groups. The experimental group received 10 individual sessions of Sohlberg and Mateer cognitive rehabilitation program, while the control group received no intervention. Data were collected using the everyday memory questionnaire, the deficits in executive functioning scale, Zahlen–Verbindungs Test, and coding test across three stages: pretest, posttest, and follow-up. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance. **Results:** The results indicated that the cognitive rehabilitation program had a significant effect on improving memory, executive function, and processing speed in the experimental group compared to the control group, and this effect remained stable at the two-month follow-up. **Conclusion:** Given the sustained effectiveness of the cognitive rehabilitation program in improving memory, executive function, and processing speed, mental health professionals and addiction treatment centers can utilize this intervention as a complementary treatment protocol alongside other conventional interventions to ameliorate cognitive deficits in individuals with substance use disorders.

Keywords: Cognitive rehabilitation, Executive function, Memory, Processing speed, Substance use disorders

*. This article has been extracted from the Master's thesis of the first author at Ardakan University.

1. MA, Department of Counseling, Ardakan University, Ardakan, Iran.

2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Counseling, Ardakan University, Ardakan, Iran. Email: m.h.safi@ardakan.ac.ir

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال بیستم، شماره هشتاد، ص۲۱۲-۱۸۷، تابستان ۱۴۰۵

مقاله پژوهشی

اثربخشی برنامه توان‌بخشی شناختی بر حافظه، عملکرد اجرایی و سرعت پردازش در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد*

زهرا اسماعیل‌زاده[۱]، محمدهادی صافی[۲]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۴

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی برنامه توان‌بخشی شناختی بر سه مؤلفه شناختی حافظه، عملکرد اجرایی و سرعت پردازش در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر نیمه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل همه مردان با اختلالات مصرف مواد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر رشت در سال ۱۴۰۴ بود که ۳۰ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه انفرادی برنامه توان‌بخشی شناختی سولبرگ و متیر دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. جمع‌آوری داده‌ها با پرسش‌نامه حافظه روزمره، پرسش‌نامه نقص در کارکرد اجرایی، آزمون زاهلن-وربیندونگز و آزمون رمزگردانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری انجام شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد برنامه توان‌بخشی شناختی تأثیر معناداری بر بهبود حافظه، عملکرد اجرایی و سرعت پردازش در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشت و این تأثیر در مرحله پیگیری دو ماهه نیز پایدار ماند. **نتیجه‌گیری:** با توجه به اثربخشی پایدار برنامه توان‌بخشی شناختی بر بهبود حافظه، عملکرد اجرایی و سرعت پردازش، متخصصان سلامت روان و مراکز درمان اعتیاد می‌توانند این مداخله را به عنوان یک پروتکل درمانی مکمل در کنار سایر مداخلات رایج برای بهبود نقایص شناختی افراد با اختلالات مصرف مواد به کار گیرند.

کلیدواژه‌ها: توان‌بخشی شناختی، حافظه، عملکرد اجرایی، سرعت پردازش، اختلالات مصرف مواد

---

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

۱. کارشناس ارشد، گروه مشاوره، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران. پست الکترونیک: m.h.safi@ardakan.ac.ir

مقدمه

اختلالات مصـــرف مواد[1] یکی از مهم‌ترین چالش‌های عصـــر حاضـــر اســـت که در کنار تهدیدات هسته‌ای، آلودگی زیست‌محیطی و فقر به عنوان یکی از بحران‌های عمده جهانی شناخته می‌شود. این اختلالات علاوه بر تهدید سلامت فردی هزینه‌های اقتصادی سنگینی بر جوامع تحمیل کرده اســت (ناوارو[2] و همکاران، ۲۰۲۰). مطابق راهنمای تشـــخیصـــی و آماری بیماری‌های روانی[3]، در همه‌ی انواع اختلالات وابســـته به مواد و اعتیاد[4] مجموعه‌ای از علایم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی در فرد نمایان می‌شود که مشکلات جدی برای فرد به وجود می‌آورند، ولی فرد با وجود این مشـــکلات و عواقب به مصـــرف مواد ادامه می‌دهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[5]، ۲۰۲۲). فرهودیان و رادفر (۲۰۲۲) در پژوهش خود ابراز می‌دارند که مصـــرف مواد یک مشـــکل عمده بهداشـــتی در ایران اســـت و اختلالات مصرف مواد به عنوان یکی از چهار بار اصلی سلامت در ایران رتبه‌بندی شده است. به طور کلی، وابســـتگی به مواد یک اختلال پیچیده و آســـیب‌زا تلقی می‌شـــود که به عنوان نوعی بیماری رفتاری مورد تشـــخیص قرار می‌گیرد (اونایمو[6] و همکاران، ۲۰۲۴)، به نحوی‌که می‌تواند آسیب‌های اجتماعی متعددی از جمله طلاق، بزهکاری، دزدی، خشونت، بیکاری و حتی مشکلات سلامت را با خود به دنبال داشته باشد (هارون‌رشیدی، ۱۴۰۲). در واقع، وابستگی به مواد با افزایش تدریجی نیاز به مصرف و بروز علائم ترک در هنگام قطع آن موجب اختلال در کارکردهای روانی و جســـمی فرد می‌شـــود و پیامدهای جدی و گاه جبران‌ناپذیری را برای فرد و جامعه به همراه دارد (مرادزاده و نجفی، ۱۴۰۱).

اختلالات مصرف مواد نه تنها پیامدهای منفی در زمینه‌های اجتماعی و اقتصادی برای فرد مصرف‌کننده دارد، بلکه تاثیر چشم‌گیری نیز بر وضعیت روانی افراد مبتلا می‌گذارد (چانگ[7] و همکاران، ۲۰۲۳). از جمله مهم‌ترین آســـیب‌های روانی ناشـــی از اختلالات

1. substance use disorders
2. Navarro
3. diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)
4. substance-related and addictive disorders
5. American psychiatric association
6. Onaemo
7. Chang

مصـــرف مواد نقایص جدی در کارکردهای شـــناختی از قبیل حافظه[1]، عملکرد اجرایی[2] و سرعت پردازش[3] است. در واقع، مصرف مواد با ایجاد تغییرات ساختاری و عملکردی در بخش پیش‌پیشـــانی مغز توانایی کنترل شـــناختی را در فرد مبتلا کاهش می‌دهد (کائتانو[4] و همکاران، ۲۰۲۵؛ کوهن[5] و همکاران، ۲۰۲۰؛ ســالاس-گونزالز[6]، ۲۰۲۴). حافظه ســامانه‌ای شـــناختی اســـت که اطلاعات مختلف را ذخیره، نگهداری و بازیابی می‌کند و زمینه‌ســـاز یادگیری و انباشت تجربیات گذشته است. حافظه به سه نظام عمده تقسیم می‌شود: ثبت حســـی که اطلاعات را برای مدت بســـیار کوتاهی نگه می‌دارد، حافظه کوتاه‌مدت که ظرفیت و زمان نگهداری محدودی دارد، و حافظه بلندمدت که اطلاعات را برای مدت طولانی ذخیره می‌کند. نکته حائز اهمیت این اســـت که اختلال در حافظه بســـته به نوع و شدت می‌تواند عملکردهای شناختی را تحت تاثیر قرار دهد (کرمی‌نوری، ۱۴۰۱). با توجه به مطالعات صـــورت گرفته، مصـــرف مواد منجر به کاهش عملکرد حافظه می‌شـــود که با نقص در توانایی نگهداری و به‌روزرســـانی اطلاعات در کوتاه‌مدت و همچنین کاهش انعطاف‌پذیری شـــناختی همراه اســـت (کوهن و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این، مصـــرف مواد باعث آسـیب به نواحی مغزی مسـئول حافظه و عملکرد اجرایی می‌شـود و با توجه به اینکه حافظه و عملکرد اجرایی رابطه نزدیکی با یکدیگر دارند مصـــرف مواد و اختلال در یکی می‌تواند به آســـیب در دیگری منجر شـــود (کائتانو و همکاران، ۲۰۲۱). عملکردهای اجرایی را می‌توان مجموعه‌ای منسجم از مهارت‌های شناختی سطح بالا دانست که شامل توانایی‌هایی مانند تمرکز و جهت‌دهی به توجه، ســـازمان‌دهی اطلاعات در حافظه، تصـمیم‌گیری بر اسـاس اهداف مشـخص، برنامه‌ریزی راهبردی، کنترل تکانه‌ها و همچنین انعطاف‌پذیری در تفکر و رفتار متناســـب با شـــرایط متغیر می‌باشـــد. همچنین، عملکردهای اجرایی در دو بعد سـرد (شـناختی) و گرم (عاطفی) دسـته‌بندی می‌شـوند که هر یک نقش مکملی در سازگاری فرد دارند (قائمی و همکاران، ۱۴۰۰).

1. memory
2. executive function
3. processing speed
4. Caetano
5. Cohen
6. Salas-González

یکی دیگر از حوزه‌های آسیب‌پذیر در اثر مصرف مواد سرعت پردازش است که به توانایی پردازش سریع اطلاعات دیداری و شنیداری، تصمیم‌گیری و پاسخ‌دهی به آن‌ها اشاره دارد و یکی از مولفه‌های کلیدی هوش محسوب می‌شود (وایس[1] و همکاران، ۲۰۱۵). سرعت پردازش به توانایی‌ای اشاره دارد که به فرد امکان می‌دهد که بدون تکیه مستقیم بر تجارب یا دانش قبلی در مواجهه با موقعیت‌های جدید و ناشناخته واکنش موثری نشان دهد. این توانایی شامل درک موقعیت، تشخیص الگوها و کشف عوامل پنهان آن‌ها بوده و بازتابی از توانمندی‌های شناختی ذهن فرد به شمار می‌رود (محرابی و همکاران، ۱۴۰۱). این توانایی نشان‌دهنده سرعت انجام فعالیت‌های ذهنی است و کاهش آن می‌تواند تصمیم‌گیری و عملکرد شناختی را مختل کند (زارمبا[2] و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش ایراندوست و همکاران (۱۴۰۴) نیز نشان داد که زنان وابسته به مت‌آمفتامین دارای نمرات بالاتری در تنظیم شناختی منفی هیجان، سیستم بازداری و فعال‌ساز رفتاری و نمرات کمتری در تنظیم شناختی مثبت هیجان و خودکنترلی می‌باشند.

از یک سو، با توجه به پیامدهای منفی و آسیب‌های ناشی از اختلالات مصرف مواد، تحقیقات علمی بر شناسایی و تعیین اهداف درمانی به‌منظور درک عمیق‌تر این اختلال و طراحی مداخلات موثر تاکید دارند (عامری و جمالی، ۱۴۰۲). از سویی دیگر، نتایج پژوهش سلمانی کلان و همکاران (۱۴۰۴) نیز نشان می دهد افراد مراجعه‌کننده برای درمان مصرف مواد می توانند دارای ویژگی های شخصیتی بیولوژیکی متفاوتی باشند که باید در روند درمان در نظر گرفته شوند. بنابراین، در پاسخ به این آسیب‌ها توان‌بخشی شناختی ز طریق تمرینات ساختارمند به عنوان رویکردی نوین و موثر به بهبود عملکردهای شناختی می‌پردازد (برنجی‌جلالی و همکاران، ۱۴۰۰). در همین راستا، پژوهش‌های مختلف بیانگر اثربخشی برنامه‌های توان‌بخشی شناختی در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد می‌باشند. به عنوان مثال، کائتانو و همکاران (۲۰۲۵) نشان دادند که برنامه توان‌بخشی شناختی مبتنی بر واقعیت مجازی به مدت شش هفته بهبود معناداری در حافظه کلی و عملکرد اجرایی

1. Weiss
2. Zaremba

افراد مبتلا به اختلالات مصـرف مواد ایجاد کرد. در مطالعه‌ای دیگر، هاینجان[1] و همکاران (۲۰۲۵) نشـان دادند که برنامه جامع شـناختی با تأکید بر پاسـخ مغزی باعث بهبود خودکارآمدی بازداری رفتاری را در افراد مبتلا به اختلالات مصـرف مواد و ایجاد راهبردهای پاسخ‌دهی محتاطانه‌تری در آنان شد. لوپز-کاندا و آلمیدا-آنتنس[2] (۲۰۲۵) نیز در پژوهشی به بررسی نقش بازداری در رفتارهای اعتیادی پرداختند و بر اهمیت مداخلات شـناختی در تقویت کنترل مهاری تأکید کرده‌اند. در پژوهشـی دیگری، بل[3] و همکاران (۲۰۲۵) با استفاده از آزمون خودکار شناخت تجسم‌یافته ارتباط میان کارکردهای اجرایی، حافظه و سـرعت پردازش را در افراد مبتلا به اختلال مصـرف الکل بررسـی کردند و بر اهمیت ارزیابی جامع این حوزه‌ها تأکید کردند. همچنین، کوسـتا[4] و همکاران (۲۰۲۵) در یک کارآزمایی بالینی تصـادفی نشـان دادند که افزودن توان‌بخشـی شـناختی شخصی‌سازی‌شده مبتنی بر فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی برای درمان اختلال مصرف الکل منجر به بهبود معنادار در حافظه دیداری، عملکردهای اجرایی، بازداری پاسـخ و سرعت پردازش شد.

برنامه‌های مختلف رویکرد توان‌بخشی شناختی با هدف تقویت توانایی‌های شناختی و افزایش سـازگاری فردی و اجتماعی افراد مبتلا به اختلالات مختلف به ویژه اعتیاد طراحی شـده اسـت (دارایی‌فرد و همکاران، ۱۴۰۰). راهبردهای به‌کاررفته در این برنامه‌ها شـامل ترمیم، جبران، جایگزینی و بهینه‌سـازی اسـت که با اسـتفاده از تمرینات تکرارشـونده کارکردهایی چون حافظه، توجه، پردازش دیداری-فضـایی، ادراک شـنیداری و کارکردهای اجرایی را بهبود می‌بخشد (لاردیر[5] و همکاران، ۲۰۲۰). در نتیجه، توان‌بخشی شناختی با استفاده از تمرین‌های شناختی هدفمند می‌تواند به کاهش نقایص عملکردی مغز کمک کند و از طریق بازخورد فوری و یادگیری تدریجی به بهبود عملکردهای شـناختی منجر شود (دونگ[6] و همکاران، ۲۰۲۳). ضیف‌الدینی و همکاران (۱۴۰۴) نیز نشان دادند که برنامه توان‌بخشی شناختی به طور معناداری باعث کاهش ولع مصرف لحظه‌ای در زنان

1. Haenjohn
2. López-Caneda & Almeida-Antunes
3. Bell
4. Costa
5. Lardier
6. Dong

با سابقه مصرف متامفتامین شد. یافته‌های پژوهش شیبانی و همکاران (۱۴۰۲) نیز حاکی از این بود که کاهش تکانش‌گری و ولع مصـــرف را می‌توان با صـــرف زمانی کوتاه برای تمرینات شناختی مرتبط با آموزش حافظه کاری و آموزش کنترل توجه در بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد مشاهده کرد.

با وجود اهمیت موضـوع و انباشـت شـواهد پژوهشـی در زمینه اثرات مثبت توانبخشـی شـناختی بر کارکردهای شـناختی در جمعیت‌های بالینی گوناگون، اثربخشـی این برنامه در افراد مبتلا به اختلالات مصـــرف مواد کمتر مورد بررســـی قرار گرفته اســـت. همچنین، برخلاف پژوهش‌های پیشـــین که اغلب به بررســـی تأثیر این مداخله بر یک یا دو حیطه شـناختی محدود شـده‌اند، در مطالعه حاضـر به‌طور همزمان اثر برنامه توان‌بخشی شـناختی بر سه مؤلفه بنیادین شـناختی حافظه، عملکرد اجرایی و سـرعت پردازش بررسـی شـد. با توجه به اینکه نقایص شـناختی در افراد مبتلا به اختلالات مصـرف مواد می‌تواند فرآیند درمان و بازتوانی را با اختلال مواجه سازد و زمینه‌ساز عود مصرف شود، شناسایی مداخلات مؤثر برای بهبود این کارکردها از اهمیت بالینی ویژه‌ای برخوردار است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه توان‌بخشی شناختی بر حافظه، عملکرد اجرایی و سرعت پردازش در افراد مبتلا به اختلالات مصـرف مواد طراحی شـد و در پی پاسـخ به این سـؤال اصـلی بود که آیا برنامه توان‌بخشی شـناختی بر حافظه، عملکرد اجرایی و سـرعت پردازش در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد اثربخش است؟

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضـــر نیمـه-آزمـایشـــی بـا طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری بـا گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شـــامل مردان مبتلا به اختلالات مصـــرف مواد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شـهر رشـت در سـال ۱۴۰۴ بود که ۳۰ نفر از این افراد با اسـتفاده از نمونه‌گیری در دسـترس انتخاب و سـپس به طور تصـادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شـدند. معیارهای ورود افراد به پژوهش شـامل سـن بین ۱۸ تا ۴۵ سـال، گذشـت حداقل یک سـال از دریافت تشـخیص قطعی اختلالات

مصـرف مواد توسـط روان‌پزشـک، عدم دریافت هرگونه درمان روان‌شـناختی در زمان مشارکت در پژوهش، داشتن سواد خواندن و نوشتن و تکمیل فرم رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در پژوهش بود. همچنین، غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمان به عنوان ملاک خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. رعایت دقیق این معیارها به تضمین صحت و اعتبار یافته‌های پژوهش کمک کرد. همچنین، تمامی ملاحظات اخلاقی مرتبط با حفظ حریم خصوصی، کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان، و حق انصراف آن‌ها در هر زمان به دقت رعایت شد. این پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه اردکان مورد ارزیابی قرار گرفت و دارای شناسه اخلاق به شماره (IR.ARDAKAN.REC.1404.044) است. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری مکرر با اسـتفاده از نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس نسخه ۲۷ استفاده گردید.

ابزار

۱- پرسـش‌نامه حافظه روزمره[1]: این پرسـش‌نامه توسـط سـاندرلند[2] و همکاران (۱۹۸۳) طراحی شـد. این پرسـش‌نامه خودگزارش‌دهی ۲۸ گویه‌ای با مقیاس لیکرت از ۱ تا ۹ نمره‌گذاری می‌شود و به سنجش خطاها و لغزش‌های حافظه در زندگی روزمره می‌پردازد. نمرات کلی بین ۲۸ تا ۵۸ نشـان‌دهنده حافظه خوب، ۵۸ تا ۱۱۶ حافظه متوسـط و ۱۱۶ تا ۲۴۳ حافظه پایین اسـت (بیان‌فر و رجایی‌منش، ۱۴۰۱). همچنین، اسـماعیلی و محمدنیا (۱۴۰۱) پایایی پرسـش‌نامه را با ضـریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ ارزیابی کردند. در پژوهش بیان‌فر و رجایی‌منش (۱۴۰۱) نیز میزان پایایی آزمون ۰/۸۲ بدسـت آمد. در این پژوهش، پایایی پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ بدست آمد.

۲- پرسش‌نامه نقص‌های کارکرد اجرایی بارکلی[3]: این مقیاس خودگزارش‌دهی توسط بارکلی (۲۰۱۲) طراحی شـد که شـامل ۸۹ گویه اسـت و پنج زیرمقیاس مختلف خودمدیریتی زمان، خودسازمان‌دهی، خودکنترلی، خودانگیزشی و خودنظم‌جویی هیجانی را ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای (هرگز یا به

1. everyday memory inventory
2. Sunderland
3 . Barkley deficits in executive functioning scale

ندرت = ۱ تا اکثر اوقات = ۴) در نظر گرفته می‌شود. برخی از گویه‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل هر فرد از مجموع امتیازات مربوط به خرده‌مقیاس‌ها بدست می‌آید و دامنه نمره کل بین ۸۹ تا ۳۵۶ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی اختلال در عملکرد اجرایی در زمینه فعالیت‌های روزمره می‌باشند. در ایران، مشهدی و همکاران (۱۳۹۴) ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها را بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۲ و برای کل پرسش‌نامه را ۰/۹۶ گزارش کردند. همچنین، تحلیل عاملی تاییدکننده ساختار پنج‌عاملی مقیاس نقص‌های کارکرد اجرایی بارکلی در جامعه ایرانی بود. علاوه بر این، فرجی و همکاران (۱۳۹۹) پایایی این پرسش‌نامه را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه ۰/۸۱ بدست آمد.

۳- آزمون زاهلن- وربیندونگز[1] : این آزمون مداد و کاغذی برای سنجش سرعت پردازش اطلاعات توسط اسوالد و روس[2] (۱۹۷۸) طراحی شده است. شرکت‌کنندگان باید اعداد ۱ تا ۹۰ که به صورت تصادفی بر روی یک کاغذ پراکنده شده‌اند را به‌ترتیب به‌هم وصل کنند. آزمون در دو مرحله اجرا می‌شود که در مرحله اول زمان صرف شده و در مرحله دوم تعداد اعداد متصل شده در ۳۰ ثانیه اندازه‌گیری می‌شود. علاوه بر سرعت، این آزمون دقت پردازش را نیز می‌سنجد. در ایران، کرمی باغطیفیونی و فرخی (۱۳۹۳) پایایی بازآزمون ۰/۸۱ را برای نسخه فارسی آزمون بدست آوردند که نشان‌دهنده اعتبار قابل قبول آن است. همچنین، حسنی و رضایی‌جمالویی (۱۳۹۳) پایایی این ابزار را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، پایایی آزمون با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آمد.

۴- آزمون رمزگردانی[3] : این ابزار برای اندازه‌گیری سرعت پردازش به‌کار می‌رود و توسط سیتزول[4] (۱۹۹۵) طراحی شد. شرکت‌کنندگان باید اعداد ۱ تا ۱۲ و حروف **A** تا **L**را که به طور تصادفی درون دایره‌هایی پراکنده شده‌اند به ترتیب به‌هم وصل کنند. این

1. Zahlen–Verbindungs test (ZVT)
2. Oswald & Roth
3. coding test (KDT)
4. Sitzwohl

آزمون نیز در دو مرحله انجام می‌شود که اول زمان صرف‌شده و بعد تعداد اعداد متصل شده در ۳۰ ثانیه ثبت می‌گردد. علاوه بر سرعت، این آزمون تمرکز و دقت را اندازه می‌گیرد. سیتزول ضریب اعتبار بازآزمایی این آزمون را ۰/۸۳ گزارش کرده است (به نقل از حسنی و رضایی‌جمالویی، ۱۳۹۳). در ایران، کرمی باغطیفونی و فرخی (۱۳۹۳) با اجرای بازآزمون دو هفته‌ای روی ۴۰ نفر همبستگی ۰/۸۱ را بدست آوردند. همچنین، حسنی و رضایی‌جمالویی (۱۳۹۳) پایایی ابزار را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، پایایی آزمون با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بدست آمد.

روش اجرا

در این مطالعه مداخله توان‌بخشی شناختی بر اساس مدل سلسله مراتبی سولبرگ و متیر[1] (۲۰۱۷) در قالب ۱۰ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای و با فواصل زمانی منظم (دو جلسه در هفته) برای گروه آزمایش ارائه شد. پیش از مداخله، آزمودنی‌ها تحت پیش‌آزمون قرار گرفتند و سپس به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش به طور انفرادی مداخلات شناختی را دریافت نمود، درحالی‌که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات، پس‌آزمون انجام شد و برای بررسی ماندگاری تاثیرات پیگیری دو ماهه صورت گرفت. این برنامه توان‌بخشی شناختی طیف وسیعی از تمرینات مرتبط با توجه، حافظه، عملکرد اجرایی و سرعت پردازش را در بر می‌گیرد که به تدریج از مهارت‌های پایه شناختی به سمت مهارت‌های پیشرفته‌تر ارتقا یافته است. خلاصه جلسات برنامه توان‌بخشی شناختی در جدول ۱ ذکر شده است.

1. Sohlberg & Mateer

جدول ۱: خلاصه جلسات برنامه توان‌بخشی شناختی سولبرگ و متیر (۲۰۱۷)

جلسه	محتوای جلسات
۱	ایجاد ارتباط درمانی موثر با شرکت‌کنندگان، معرفی چهارچوب برنامه، آشنایی با تمرینات اولیه شناختی جهت ارزیابی پایه عملکرد شناختی و اجرای پیش‌آزمون.
۲	اجرای تمرینات توجهی شامل تمرین‌هایی با محرک‌های شنیداری مختلف مانند اعداد و کلمات، با هدف افزایش دقت و پاسخ‌دهی سریع به محرک‌ها.
۳	ارائه توضیحات آموزشی همراه با کاربرگ‌هایی برای ارتقای مهارت توجه و تمرکز در خواندن و تشخیص حروف و کلمات مشخص شده.
۴	تمرین‌های توجهی بیشتر در حوزه‌های بینایی و شنوایی، بهبود توجه انتخابی و تمرکز، و تمرین حافظه کوتاه‌مدت و پردازش اطلاعات.
۵	آموزش مهارت‌های تغییر جهت توجه، افزایش درک مطلب و بسط توانمندی‌های شناختی از طریق تمرین‌های هدفمند.
۶	تمرین‌هایی برای حفظ نظم ذهنی و اجرای وظایف به ترتیب صعودی و نزولی، افزایش توانایی تمرکز و سرعت در خواندن و جستجوی کلمات در مدت زمان محدود.
۷	تقویت حافظه به کمک محرک‌های گوناگون شامل اعداد، حروف، اشکال و کلمات، تمرکز بر حافظه منطقی و تصویری.
۸	بهبود حافظه کلامی و تصویری، سازمان‌دهی گفتار و توسعه تکنیک‌های تداعی زوجی برای افزایش سرعت و دقت حافظه.
۹	تمرینات عملکرد اجرایی شامل برنامه‌ریزی، طبقه‌بندی، حل مسئله و خوددستوردهی، همچنین تمرینات افزایش سرعت پردازش مانند حل معماهای زمان‌دار.
۱۰	جمع‌بندی و مرور کلی تمرینات پیشین، تاکید بر تمرینات حافظه تصویری و تمرینات شناختی مربوط به توجه به‌منظور تثبیت دستاوردهای درمانی، اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۰ نفر از افراد دارای اختلالات مصرف مواد مرد (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) شرکت کردند. حداقل سن شرکت‌کنندگان ۱۸ و حداکثر ۴۵ سال بود. میانگین سن افراد دارای اختلالات مصرف مواد در گروه آزمایش ۳۰/۱۳ سال و در گروه کنترل ۲۶/۹۳ سال بود. تحلیل آماری با استفاده از آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت معناداری در رابطه با رده سنی بین دو گروه وجود نداشت ($p = ۰/۲۷$). از لحاظ سطح تحصیلات، حدود ۸۶/۷ درصد از افراد گروه کنترل و ۷۳/۳ درصد از گروه آزمایش

دارای مدرک تحصیلی دیپلم یا پایین‌تر بودند. همچنین، تقریبا ۱۳/۳ درصد از هر دو گروه دارای تحصیلات فوق‌دیپلم بوده و ۱۳/۳ درصد از اعضای گروه آزمایش دارای مدرک لیسانس یا بالاتر بودند. تحلیل آماری نشان داد که تفاوت معناداری در سطح تحصیلات بین دو گروه وجود نداشت (p = ۰/۴۹). از نظر نوع ماده مصرفی، حدود ۱۳/۳ درصد از افراد گروه کنترل و ۲۰ درصد از گروه آزمایش از گل استفاده می‌کردند. همچنین، حدود ۴۰ درصد از گروه کنترل و ۲۰ درصد از گروه آزمایش مصرف‌کننده علف بودند. در گروه کنترل تقریبا ۲۰ درصد و در گروه آزمایش ۱۳/۳ درصد مصرف‌کننده ترامادول بودند. مصرف‌کنندگان شیشه نیز در گروه کنترل حدود ۲۶/۷ درصد و در گروه آزمایش ۳۳/۳ درصد بودند. علاوه بر این، ۱۳/۳ درصد از گروه آزمایش مصرف‌کننده سایر مواد مخدر بودند. بررسی‌های آماری نشان داد که تفاوت نوع مواد مصرفی بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر آماری معنادار نبود (p = ۰/۴۴). جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرها را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد.

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

جدول ۲: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر		گروه آزمایش			گروه کنترل		
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
حافظه	میانگین	۱۴۵/۳۳	۱۲۳/۳۳	۱۲۲/۷۳	۱۴۴/۵۳	۱۴۱/۸۷	۱۴۰/۰۷
	انحراف معیار	۴۴/۳۴	۴۶/۳۶	۴۷/۲۱	۴۷/۲۵	۴۷/۳۳	۴۷/۸۴
عملکرد اجرایی	میانگین	۱۸۴/۴۷	۱۵۷/۷۳	۱۵۷/۶۰	۲۰۰/۰۷	۲۰۴/۸۷	۲۰۳/۰۷
	انحراف معیار	۵۱/۳۸	۵۱/۴۳	۵۲/۴۳	۶۶/۵۱	۶۳/۲۰	۶۲/۸۲
آزمون زاهلن-	میانگین	۶/۷۷	۵/۴۱	۵/۴۱	۸/۲۵	۸/۱۷	۸/۱۵
وربیندونگز	انحراف معیار	۱/۶۷	۱/۴۸	۱/۴۹	۱/۵۰	۱/۵۹	۱/۵۸
آزمون زاهلن-	میانگین	۳۰/۷۳	۳۵/۳۳	۳۴/۶۷	۲۹/۸۰	۲۹/۶۷	۳۰/۸۰
وربیندونگز در ۳۰ ثانیه	انحراف معیار	۶/۵۶	۷/۰۰	۷/۶۲	۵/۳۷	۵/۴۷	۶/۳۶
آزمون رمزگردانی	میانگین	۴/۱۳	۳/۷۴	۳/۷۳	۴/۰۵	۴/۰۵	۴/۰۶
	انحراف معیار	۰/۷۶	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۷۵	۰/۷۷	۰/۷۵
آزمون رمزگردانی در	میانگین	۷/۲۷	۹/۰۷	۹/۰۷	۷/۹۳	۸/۵۳	۸/۷۳
۳۰ ثانیه	انحراف معیار	۱/۴۳	۲/۱۵	۲/۲۵	۱/۳۸	۲/۲۰	۲/۲۸

پیش از انجام تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری مکرر، مفروضات مربوط به این آزمون بررسی شدند. یکی از این مفروضات، نرمال بودن توزیع داده‌هاست. نتایج غیر معنادارآزمون شاپیرو ویلک نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته بود (p>۰/۰۵) (جدول ۳).

جدول ۳: نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیر	گروه	مرحله	آمارهW	درجه آزادی	سطح معناداری
حافظه	آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۹۶	۱۵	۰/۷۳
		پس‌آزمون	۰/۹۶	۱۵	۰/۶۸
		پیگیری	۰/۹۵	۱۵	۰/۵۵
	کنترل	پیش‌آزمون	۰/۹۷	۱۵	۰/۷۹
		پس‌آزمون	۰/۹۶	۱۵	۰/۷۵
		پیگیری	۰/۹۶	۱۵	۰/۶۹
عملکرد اجرایی	آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۹۴	۱۵	۰/۴۲
		پس‌آزمون	۰/۹۴	۱۵	۰/۳۹
		پیگیری	۰/۹۴	۱۵	۰/۳۶
	کنترل	پیش‌آزمون	۰/۹۵	۱۵	۰/۴۹
		پس‌آزمون	۰/۹۴	۱۵	۰/۴۴
		پیگیری	۰/۹۴	۱۵	۰/۴۱
آزمون زاهلن- وربیندونگز	آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۹۷	۱۵	۰/۸۴
		پس‌آزمون	۰/۹۷	۱۵	۰/۸۲
		پیگیری	۰/۹۷	۱۵	۰/۸۰
	کنترل	پیش‌آزمون	۰/۹۸	۱۵	۰/۸۷
		پس‌آزمون	۰/۹۷	۱۵	۰/۸۵
		پیگیری	۰/۹۷	۱۵	۰/۸۳
آزمون زاهلن- وربیندونگز در ۳۰ ثانیه	آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۹۷	۱۵	۰/۷۷
		پس‌آزمون	۰/۹۶	۱۵	۰/۷۱
		پیگیری	۰/۹۶	۱۵	۰/۶۶
	کنترل	پیش‌آزمون	۰/۹۷	۱۵	۰/۸۰

جدول ۳: نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیر	گروه	مرحله	آماره W	درجه آزادی	سطح معناداری
		پس‌آزمون	۰/۹۶	۱۵	۰/۷۴
		پیگیری	۰/۹۶	۱۵	۰/۶۹
آزمون رمزگردانی	آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۹۸	۱۵	۰/۸۹
		پس‌آزمون	۰/۹۸	۱۵	۰/۸۷
		پیگیری	۰/۹۷	۱۵	۰/۸۷
	کنترل	پیش‌آزمون	۰/۹۸	۱۵	۰/۹۱
		پس‌آزمون	۰/۹۸	۱۵	۰/۹۰
		پیگیری	۰/۹۸	۱۵	۰/۸۸
آزمون رمزگردانی در ۳۰ ثانیه	آزمایش	پیش‌آزمون	۰/۹۶	۱۵	۰/۶۴
		پس‌آزمون	۰/۹۵	۱۵	۰/۵۱
		پیگیری	۰/۹۵	۱۵	۰/۴۸
	کنترل	پیش‌آزمون	۰/۹۶	۱۵	۰/۶۸
		پس‌آزمون	۰/۹۵	۱۵	۰/۶۲
		پیگیری	۰/۹۵	۱۵	۰/۵۳

برای بررسی همگنی واریانس متغیرها بین گروه‌ها، از آزمون لوین استفاده شد که نتایج غیرمعنادار آن (۰/۰۵ <p) همگنی واریانس‌ها را تایید کرد (جدول ۴).

جدول ٤: نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای وابسته بین دو گروه

متغیر	مرحله	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
حافظه	پیش‌آزمون	۰/۲۳	۱	۲۸	۰/۶۳
	پس‌آزمون	۰/۳۱	۱	۲۸	۰/۵۸
	پیگیری	۰/۲۹	۱	۲۸	۰/۶۰
عملکرد اجرایی	پیش‌آزمون	۱/۵۷	۱	۲۸	۰/۲۲
	پس‌آزمون	۱/۴۲	۱	۲۸	۰/۲۴
	پیگیری	۱/۴۹	۱	۲۸	۰/۲۳
آزمون زاهلن- وربیندونگز	پیش‌آزمون	۰/۰۹	۱	۲۸	۰/۷۷
	پس‌آزمون	۰/۱۰	۱	۲۸	۰/۷۵

جدول ٤: نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای وابسته بین دو گروه

متغیر	مرحله	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
آزمون زاهلن- وربیندونگز در ۳۰ ثانیه	پیگیری	۰/۱۰	۱	۲۸	۰/۷۶
	پیش‌آزمون	۰/۵۷	۱	۲۸	۰/۴۶
	پس‌آزمون	۰/۶۳	۱	۲۸	۰/۴۴
آزمون رمزگردانی	پیگیری	۰/۵۹	۱	۲۸	۰/۴۵
	پیش‌آزمون	۰/۰۲	۱	۲۸	۰/۸۹
	پس‌آزمون	۰/۰۳	۱	۲۸	۰/۸۵
آزمون رمزگردانی در ۳۰ ثانیه	پیگیری	۰/۰۳	۱	۲۸	۰/۸۷
	پیش‌آزمون	۰/۱۲	۱	۲۸	۰/۷۳
	پس‌آزمون	۰/۱۵	۱	۲۸	۰/۷۱
	پیگیری	۰/۱۳	۱	۲۸	۰/۷۲

همچنین برای ارزیابی همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس مشاهده شده‌ی متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مختلف، آزمون ام‌باکس به‌کار گرفته شد که نتایج غیر معنادار آن (p> ۰/۰۵) نشان داد که ماتریس‌های واریانس- کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در گروه‌های مختلف باهم برابرند (M Box = ۱۶۶/۶۷ ،F = ۱/۲۱). بنابراین، فرض همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس برای انجام تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری مکرر برقرار است. یکی دیگر از پیش‌فرض‌ها، آزمون کرویت ماچلی[1] است. با توجه به اینکه نتایج آزمون کرویت ماچلی برای تمام متغیرها معنادار بود (p< ۰/۰۵) پیش‌فرض کرویت برقرار نبود و در نتیجه از آزمون تصحیح گرین‌هاوس- گیسر[2] استفاده گردید. به طورکلی، با توجه به بررسی‌های انجام شده، مفروضات اساسی روش آماری پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری مکرر برقرار بود. نتایج آزمون لامبدای ویلکز به عنوان یکی از رایج‌ترین آزمون‌های در تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که میان نمرات گروه آزمایش و کنترل در ۳ مرحله اندازه‌گیری، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود داشت (value = ۰/۱۶، ۱۲/۶۲

1. Mauchly's sphericity test
2. Greenhouse-Geisser correction

= F، ۰/۰۰۱ >p) و ۶۰ درصد تغییرات به عضویت گروهی مرتبط است. بنابراین، بررسی دقیق‌تر این تفاوت‌ها، نتایج تحلیل واریانس بر روی نمرات متغیرهای وابسته دو گروه در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس بر روی نمرات حافظه، عملکرد اجرایی و سرعت پردازش دو گروه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
حافظه	۱۷۶۰/۰۹	۱/۰۹	۱۶۲۱/۱۳	۲۱/۲۹	<۰/۰۰۱**	۰/۴۳
عملکرد اجرایی	۴۷۲۲/۸۷	۱/۱۶	۴۰۸۱/۸۴	۴۱/۲۱	<۰/۰۰۱**	۰/۶۰
آزمون زاهلن- وربیندونگز	۸/۰۰	۱/۰۲	۷/۸۳	۶۵/۹۶	<۰/۰۰۱**	۰/۷۰
آزمون زاهلن- وربیندونگز در ۳۰ ثانیه	۸۵/۶۲	۱/۵۶	۵۵/۰۱	۹/۱۶	<۰/۰۰۱**	۰/۲۵
آزمون رمزگردانی	۰/۷۹	۱/۰۴	۰/۷۵	۲۷/۰۶	<۰/۰۰۱**	۰/۴۹
آزمون رمزگردانی در ۳۰ ثانیه	۶/۲۰	۱/۴۸	۴/۲۰	۳/۸۵	۰/۰۴*	۰/۱۲

* p <۰/۰۵. ** p < ۰/۰۰۱.

بر اساس نتایج ارائه شده در جدول ۵، می‌توان نتیجه گرفت که برنامه توان‌بخشی شناختی تاثیر معناداری بر حافظه، عملکرد اجرایی و سرعت پردازش در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد داشت (۰/۰۰۱ >p). همچنین، مجذور اتا نشان داد که ۴۳ درصد تفاوت نمره حافظه، ۶۰ درصد تفاوت نمره عملکرد اجرایی، ۷۰ درصد تفاوت نمره سرعت پردازش اطلاعات و ۴۹ درصد تفاوت نمره رمزگردانی دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است، که حاکی از بهبود عملکرد شناختی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در پی مداخله مذکور می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی برنامه توان‌بخشی شناختی بر حافظه، عملکرد اجرایی و سرعت پردازش در افراد مبتلا به ر مصرف مواد پرداخت. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که این برنامه تأثیر معناداری بر بهبود حافظه، عملکرد اجرایی و سرعت پردازش در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد داشت و این تأثیر در مرحله پیگیری دو ماهه نیز پایدار

باقی ماند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین در این حوزه همچون استرادا-مدینا[1] و همکاران (۲۰۲۶)، لاندی[2] و همکاران (۲۰۲۶)، کائتانو و همکاران (۲۰۱۲، ۲۰۲۵)، کوستا و همکاران (۲۰۲۵)، آویلا-گامیز[3] و همکاران (۲۰۲۵)، جانسون و واینبرگ[4] (۲۰۲۳)، لینکن[5] و همکاران (۲۰۲۰)، چگنی و همکاران (۱۴۰۴)، عبدالمحمدی و همکاران (۱۴۰۱) و رهبری غازانی و عطادخت (۱۴۰۱) همسو است. به‌طور مشخص، نتایج پژوهش کائتانو و همکاران (۲۰۲۵) نشان داد که برنامه توان‌بخشی شناختی مبتنی بر واقعیت مجازی به‌طور معناداری حافظه کلی و عملکرد اجرایی را در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد بهبود می‌بخشد. همچنین، پژوهش کوستا و همکاران (۲۰۲۵) نیز نشان داد که توان‌بخشی شناختی خصوصا رویکرد مبتنی بر واقعیت مجازی تأثیر قابل‌توجهی بر کنترل مهاری، سرعت پردازش و توجه پایدار افراد مبتلا به اختلال مصرف الکل داشت.

برای تبیین دقیق‌تر یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به سازوکارهای نوروپلاستیسیتی اشاره کرد. استرادا-مدینا و همکاران (۲۰۲۶) نیز در مرور نظام‌مند خود بر نقش انعطاف‌پذیری عصبی در بهبود عملکردهای شناختی پس از مداخلات هدفمند تأکید کرده و توان‌بخشی شناختی را یکی از رویکردهای مؤثر در بازسازی مدارهای عصبی آسیب‌دیده معرفی کرده‌اند. در واقع، مصرف مزمن مواد مخدر منجر به تغییرات ساختاری و عملکردی گسترده در نواحی پیشانی-خطوطی مغز از جمله قشر پیش‌پیشانی، هیپوکامپ و آمیگدال می‌شود. این نواحی نقش اساسی در حافظه، عملکردهای اجرایی و سرعت پردازش اطلاعات ایفا می‌کنند. توان‌بخشی شناختی از طریق تمرینات هدفمند و تکرارشونده فرآیند نوروپلاستیسیته وابسته به تجربه را فعال می‌کند که می‌تواند به بازسازی سیناپسی و بهبود کارکرد مدارهای عصبی آسیب‌دیده منجر شود. به عبارت دیگر، تمرینات توان‌بخشی شناختی با تقویت مدارهای قشر پیش‌پیشانی-هیپوکامپ ظرفیت سرکوب یادآوری خاطرات ناخواسته مرتبط با مواد را افزایش می‌دهد و از این طریق به کاهش ولع مصرف و

1. Estrada-Medina
2. Lundie
3. Avila-Gamiz
4. Johnson & Weinberg
5. Lincoln

خطر عود مصرف کمک می‌کند. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد برنامه توان‌بخشی شناختی باعث بهبود حافظه و عملکرد اجرایی شد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش کائتانو و همکاران (۲۰۲۵) که حاکی از اثربخشی تمرین شناختی مبتنی بر واقعیت مجازی برای حافظه کلی و عملکرد اجرایی در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد بود همسو است. همچنین، نتایج پژوهش کوستا و همکاران (۲۰۲۵) نیز نشان داد که گروه مداخله بهبودهایی در کارکردهای اجرایی، حافظه بینایی، سرعت پردازش و توجه بر اثر تمرین‌های شناختی مبتنی بر فناوری اطلاعات و ارتباطات داشت. نتایج پژوهش چگنی و همکاران (۱۴۰۴) نیز نشان داد برنامه توان‌بخشی شناختی به طور معناداری موجب کاهش ولع مصرف و بهبود حافظه کاری، بازداری پاسخ، تصمیم‌گیری در شرایط ابهام و سرعت پردازش در مردان مصرف‌کننده کانابیس شد. به علاوه، پژوهش عبدالمحمدی و همکاران (۱۴۰۱) نشان داد که برنامه توانبخشی شناختی رایانه‌ای موجب ارتقاء بازداری پاسخ و حافظه کاری در نوجوانان دارای گرایش به مصرف مواد گردید. در همین راستا، نتایج پژوهش رهبری غازانی و عطادخت (۱۴۰۱) حاکی از ماندگاری تأثیر توان‌بخشی شناختی بر کارکردهای اجرایی حافظه، انعطاف‌پذیری شناختی و کنترل مهاری افراد وابسته به مواد بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که توان‌بخشی شناختی باعث بهبود عملکرد در زمینه سرعت پردازش اطلاعات، شد. در همین راستا مطالعه کوستا و همکاران (۲۰۲۵) نیز نشان داد که رویکرد واقعیت مجازی به طور خاص بر کنترل بازدارندگی، سرعت پردازش و توجه پایدار تأثیر گذاشت، حوزه‌هایی که به طور بحرانی در این جمعیت تحت تأثیر قرار می‌گیرند.

در واقع، چهار حوزه درمانی اصلی برای ترمیم نوروپلاستیسیته شامل رویکردهای تحریک مغزی، ترکیبات تقویت‌کننده نوروپلاستیسیته، مداخلات اپی‌ژنتیک و ضدالتهابی، و مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر فرآیندهای بازسازی حافظه می‌باشد (استرادا-مدینا و همکاران، ۲۰۲۶). در همین راستا، برنامه توان‌بخشی شناختی سولبرگ و متیر (۲۰۱۷) با ارائه تمرینات ساختاریافته و تکراری در حوزه‌های توجه، حافظه فعال و انعطاف‌پذیری شناختی به طور همزمان دو سازوکار را فعال می‌کند: نخست، بازآموزی مستقیم

کارکردهای شناختی آسیب‌دیده از طریق تقویت مسیرهای عصبی جایگزین. دوم، انتقال راهبردی مهارت‌های شناختی به موقعیت‌های روزمره زندگی. مطالعه آویلا-گامیز و همکاران (۲۰۲۵) نیز نشان داد که غنی‌سازی محیطی و تمرینات شناختی منظم می‌توانند بازسازی سیناپسی در قشر پیش‌پیشانی و هیپوکامپ را تسهیل کنند. این سازوکارهای مولکولی می‌توانند توجیه‌گر پایداری اثرات توان‌بخشی شناختی حتی پس از پایان جلسات مداخله باشند. پژوهش حاضر با استفاده از برنامه توان‌بخشی شناختی جامع (شامل تمرینات حافظه، توجه، کارکردهای اجرایی و سرعت پردازش) و تأکید بر انتقال استراتژی‌ها به زندگی روزمره توانست پایداری مناسبی از اثرات را در پیگیری دو ماهه نشان دهد، که این یافته اهمیت تقویت انعطاف‌پذیری عصبی را در کاهش آسیب‌پذیری شناختی افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد برجسته می‌سازد.

از منظر بالینی، یافته‌های این پژوهش تلویحات عملی مهمی دارد. با توجه به اینکه نقایص شناختی در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد با پیامدهای ضعیف درمانی و خطر بالای عود مجدد همراه است، برنامه توان‌بخشی شناختی می‌تواند به عنوان یک مداخله مکمل مؤثر در کنار درمان‌های رایج اعتیاد مورد استفاده قرار گیرد. این یافته با نتایج مطالعه کائتانو و همکاران (۲۰۲۱) همسو است که نشان داد افزودن توان‌بخشی شناختی به درمان نگهدارنده با متادون موجب بهبود عملکردهای شناختی و افزایش میزان پرهیز از مصرف مواد می‌شود و مزایای شناختی حاصل از توان‌بخشی شناختی می‌تواند فراتر از دوره مداخله تداوم یابد. لاندی و همکاران (۲۰۲۶) نیز در مطالعه خود سه مسیر اصلی را شناسایی کردند که از طریق آن توان‌بخشی شناختی خطر رفتارهای ناسازگارانه را کاهش می‌دهد: بهبود کارکردهای شناختی سطح بالا، کاهش علائم پریشانی روان‌شناختی و بهبود ارتباط اجتماعی. این مسیرهای چندگانه می‌توانند تبیین‌کننده پایداری نسبی اثرات توان‌بخشی شناختی در درازمدت باشند، زیرا این مداخله نه صرفاً بر یک حیطه شناختی محدود، بلکه بر شبکه‌ای از کارکردهای به‌هم‌پیوسته تأثیر می‌گذارد.

با وجود یافته‌های مثبت، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود. محدودیت‌های این پژوهش شامل ناهمگونی نمونه‌ها از نظر نوع ماده مصرفی، شدت و

مدت مصرف، عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر مانند مصرف همزمان داروها و مشکلات روانی همراه، و محدود بودن جامعه پژوهش به یک شهر بود که در تعمیم یافته‌ها با احتیاط کرد. همچنین، عدم وجود برنامه مداخله‌ای جامع و استاندارد برای تمامی مراکز و پایین بودن حساسیت ابزارهای سنجش خودگزارشی از دیگر محدودیت‌ها بود. با وجود این محدودیت‌ها، نقاط قوت پژوهش شامل طراحی نیمه‌آزمایشی با گروه کنترل و پیگیری، استفاده از برنامه توان‌بخشی شناختی ساختاریافته و بررسی همزمان سه حوزه شناختی مهم بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی توان‌بخشی شناختی به تفکیک نوع ماده مصرفی بررسی شود و مطالعات طولی با دوره پیگیری طولانی‌تر (شش ماه تا یک سال) برای ارزیابی پایداری اثرات و تأثیر بر میزان عود مصرف انجام گیرد. همچنین، مقایسه روش‌های مختلف توان‌بخشی شناختی (مبتنی بر رایانه، واقعیت مجازی، کاغذ-مداد و گروهی) و بررسی نقش متغیرهای تعدیل‌کننده مانند سن، جنس، سطح تحصیلات و مدت مصرف می‌تواند به توسعه شواهد علمی در این حوزه کمک شایانی نماید. با توجه به یافته‌های این پژوهش و تأیید اثربخشی پایدار توان‌بخشی شناختی بر حافظه، عملکرد اجرایی و سرعت پردازش، به متخصصان سلامت روان و مراکز درمان اعتیاد توصیه می‌شود این برنامه را به عنوان بخشی از پروتکل‌های درمانی مکمل در کنار سایر مداخلات رایج ترک اعتیاد به کار گیرند. آموزش مهارت‌های جبرانی مانند استفاده از یادآورها، فهرست‌نویسی و طراحی مسیرهای روتین روزانه برای بهبود حافظه و نیز آموزش خودنظارتی و تنظیم اهداف برای ارتقای عملکرد اجرایی می‌تواند به بیماران کمک کند. به علاوه، بهره‌گیری از برنامه‌های توان‌بخشی شناختی در مراکز درمانی، ارائه جزوات و نرم‌افزارهای آموزشی برای تمرین در منزل و برگزاری کارگاه‌های تخصصی برای روان‌شناسان و مشاوران از جمله راهکارهای کاربردی افزایش اثربخشی این مداخلات است. طراحی برنامه‌های توان‌بخشی شناختی به صورت اپلیکیشن‌های موبایل و ادغام این مداخلات در برنامه‌های درمانی مراکز ترک اعتیاد توصیه می‌شود. پژوهش‌های آتی می‌توانند با بهره‌گیری از فناوری‌های نوین مانند واقعیت مجازی، مقایسه اثربخشی

روش‌های مختلف توان‌بخشی شناختی و بررسی اثرات طولانی‌مدت این برنامه بر میزان عود مصرف مواد به توسعه شواهد علمی در این حوزه کمک کنند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه اردکان است. بدین‌وسیله از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش همکاری و همراهی داشتند به‌ویژه شرکت‌کنندگان در پژوهش و کلینیک‌های ترک اعتیاد که زمینه حضور و مشارکت این افراد در این پژوهش را فراهم کردند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

اسماعیلی، معصومه و محمدنیا، زهرا (۱۴۰۱). رابطه اضطراب کرونا و حافظه روزمره در سالمندان: نقش میانجی حساسیت اضطرابی. *روان‌شناسی پیری*، ۸(۲)، ۱۸۸-۱۷۵. https://doi.org/10.22126/jap.2022.7908.1629

ایراندوست، زهرا؛ صدری دمیرچی، اسماعیل؛ قمری کیوی، حسین و نوروزی همایون، محمدرضا (۱۴۰۴). مقایسه تنظیم شناختی هیجان، سیستم‌های مغزی-رفتاری و خودکنترلی بین زنان وابسته به مت‌آمفتامین و زنان عادی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۹(۷۸)، ۱۶۷-۱۸۸. https://doi.org/10.22034/ETI.19.78.167

برنجی‌جلالی، وحید؛ غفاری، عذرا؛ بیرامی، منصور و تکلوی، سمیه (۱۴۰۰). اثربخشی توان‌بخشی شناختی بر مهارت‌های خواندن و نوشتن در دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات یادگیری. *خانواده درمانی کاربردی*، ۲(۱)، ۲۹۱-۲۷۷. https://doi.org/10.22034/aftj.2022.267202.1051

بیان‌فر، فاطمه و رجایی‌منش، امیررضا (۱۴۰۱). مدل‌یابی عملکرد تحصیلی بر اساس توانایی‌های شناختی، خودکارآمدی حافظه، حافظه روزمره، حافظه گذشته‌نگر-آینده‌نگر با میانجی‌گری فراحافظه. *پژوهش در یادگیری مدرسه‌ای و مجازی*، ۹(۴)، ۷۶-۶۱. https://doi.org/10.30473/ETL.2022.62604.3723

چگنی، محبوبه؛ عسگری، محمد؛ حسنی ابهریان، پیمان و کریمی، جواد (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی مداخلات توان‌بخشی شناختی و مصاحبه انگیزشی بر کاهش ولع و بهبود عملکردهای شناختی مردان مصرف‌کننده کانابیس. *تازه‌های علوم شناختی*، ۲۷(۲)، ۱-۱۴. https://doi.org/10.30514/icss.27.2.1

حسنی، جعفر و رضایی جمالویی، حسن (۱۳۹۳). بررسی سرعت پردازش اطلاعات با نگاه به اضطراب رگه/حالت. *فصلنامه روان‌شناسی شناختی*، ۲ (۳)، ۱۹–۱۲.

دارایی‌فرد، نگین؛ عزیزی، مهدیه و دمهری، فرنگیس (۱۴۰۰). اثربخشی برنامه توان‌بخشی شناختی مبتنی بر حافظه فعال بر درک زمان در کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی. *عصب روان‌شناسی*، *۷*(۲۶)، ۱۱۴–۹۹. https://doi.org/10.30473/clpsy.2021.57462.1589

رهبری غازانی، نسرین و عطادخت، اکبر (۱۴۰۱). اثربخشی توانبخشی شناختی بر کارکردهای اجرایی افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۶* (۶۴)، ۱۹۶-۱۷۷. https://doi.org/10.52547/etiadpajohi.16.64.177

سلمانی کلان، محمدرضا؛ موسی‌زاده، مریم؛ کیامرثی، آذر و آقابالایی، مرتضی (۱۴۰۴). مقایسه سیستم‌های مغزی رفتاری و ولع مصرف مواد بین افراد تحت درمان نگهدارنده با داروهای متادون و بوپرنورفین. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۹* (۷۷)، ۲۴۱-۲۲۵. https://doi.org/10.22034/ETI.19.77.225

شیبانی، فرشاد؛ اعلایی، شکوفه؛ طلایی، علی؛ سلیمی، زنیره و عمران، رضا (۱۴۰۲). اثر ترکیب آموزش حافظه کاری و کنترل توجه بر ولع مصرف، کنترل تکانه و حافظه کاری معتادان به اپیوئیدها: کارآزمایی بالینی تصادفی‌سازی‌شده و کنترل‌شده. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۹(۴)، ۴۵۹-۴۴۳. https://doi.org/10.32598/ijpcp.29.4.4643.1

ضیف‌الدینی، بهاره؛ محمدی شیرمحله، فاطمه؛ تاری مرادی، آرزو و بلیاد، محمدرضا (۱۴۰۴). بررسی اثربخشی پیشگیری از عود مبتنی بر نوروفیدبک و توان‌بخشی شناختی بر افسردگی در مصرف کنندگان مت‌آمفتامین. *فصلنامه روان‌شناسی تجربی و شناختی*، ۲ (۱)، ۱-۱۹. https://doi.org/10.61838/qecp.59

عامری، نرجس و جمالی، سارا (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر خودشفقت‌ورزی بر آشفتگی روان‌شناختی و ولع مصرف مواد در افراد وابسته به مواد محرک. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۷* (۷۰)، ۱۲۸-۱۰۷. https://doi.org/10.61186/etiadpajohi.17.70.107

عبدالمحمدی، کریم؛ محمدزاده، علی و غدیری صورمان‌آبادی، فرهاد (۱۴۰۱). اثربخشی توانبخشی شناختی رایانه‌ای بر ارتقاء بازداری پاسخ و حافظه کاری در نوجوانان دارای گرایش به مصرف مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۶* (۶۶)، ۹۰-۷۱. https://doi.org/10.52547/etiadpajohi.16.66.71

فرجی، رضا؛ اورکی، محمد؛ زارع، حسین و نجاتی، وحید (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی توان‌بخشی شناختی بر کارکردهای اجرایی در افراد مبتلا به آسیب‌های ناشی از جنگ و استرس پس از سانحه. *مجله علوم اعصاب شفای خاتم*، ۸(۴)، ۲۸-۲۰. https://doi.org/10.29252/shefa.8.4.20

قائمی، فرشته؛ رستمی، رضا؛ میرکمالی، سیدمحمد و صالحی، کیوان (۱۴۰۰). مروری نظام‌مند و تحلیلی بر نظریه‌ها، مؤلفه‌ها و مدل‌های کارکردهای اجرایی مغز. *رویش روان‌شناسی*، ۱۰(۶)، ۲۲۶-۲۱۱.

کرمی باغطیفونی، زهرا و فرخی، نورعلی (۱۳۹۳). مدل‌یابی روابط بین متغیرهای مکنون هوش سیال، هوش متبلور، باز بودن نسبت به تجربه‌ها و سرعت پردازش اطلاعات با خلاقیت دانشجویان. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۵(۱۶)، ۱۱۶-۸۳.

کرمی‌نوری، رضا (۱۴۰۱). *روان‌شناسی حافظه و یادگیری*. تهران: انتشارات سمت.

محرابی، افسانه؛ عباسی، قدرت‌اله و فخری، محمدکاظم (۱۴۰۱). اثربخشی مداخله درمانی مبتنی بر ژیمناستیک مغزی بر حافظه فعال و سرعت پردازش دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری خاص. *تعالی مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۱ (۴۲)، ۷۳-۵۹.

مرادزاده، شیدا و نجفی، محمود (۱۴۰۱). پیش‌بینی افسردگی بر اساس ترومای کودکی، تکانش‌گری و تنظیم شناختی هیجان در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۶ (۶۴)، ۲۴۰-۲۱۹. https://doi.org/10.52547/etiadpajohi.16.64.219

مشهدی، علی؛ میردورقی، فاطمه؛ حسین‌زاده ملکی، زهرا؛ حسنی، جعفر و حمزه‌لو، محمد (۱۳۹۴). ساختار عاملی، اعتبار و روایی نسخه فارسی مقیاس نارسایی‌ها در کنش‌وری اجرایی بارکلی-نسخه بزرگسال. *روان‌شناسی بالینی*، ۷(۱)، ۶۲-۵۱. Doi: 10.22075/jcp.2017.2190

هارون‌رشیدی، همایون (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر تحمل ابهام و پریشانی روان‌شناختی زنان دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۷ (۶۸)، ۳۲۶-۳۰۳. https://doi.org/10.61186/etiadpajohi.17.68.303

References

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5R). American Psychiatric Pub.

Avila-Gamiz, F., Perez-Cano, A. M., Pérez-Berlanga, J. M., Zambrana-Infantes, E. N., Manas-Padilla, M. C., Gil-Rodríguez, S., ... & de Guevara-Miranda, D. L. (2025). Sequential physical and cognitive training disrupts cocaine-context associations via multi-level stimulation of adult

hippocampal neurogenesis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *136*, 111148. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2024.111148

Barkley, R. A. (2012). *Barkley deficits in executive functioning scale--children and adolescents (BDEFS-CA)*. Guilford Press.

Bell, M. D., Weinstein, A. J., Ciosek, D., Reilly, S. E., Wang, Y., & Yoon, G. (2025). I got rhythm and executive function, memory, and more: The Automated Test of Embodied Cognition (ATEC). *Brain Sciences, 15*(3), 299. https://doi.org/10.3390/brainsci15030299

Caetano, T., Pinho, M. S., Ramadas, E., Clara, C., Areosa, T., & Dixe, M. D. A. (2021). Cognitive training effectiveness on memory, executive functioning, and processing speed in individuals with substance use disorders: A systematic review. *Frontiers in Psychology, 12*, 730165. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.730165

Caetano, T., Pinho, M. S., Ramadas, E., Freire-Santos, F., & Dixe, M. A. (2025). Effectiveness of a virtual reality-based cognitive training program on memory, executive functioning, and processing speed in individuals with substance use disorders: A quasi-experimental study. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 19*, 1653783. https://doi.org/10.3389/fnbeh.2025.1653783

Chang, C. W., Chen, J. S., Huang, S. W., Potenza, M. N., Su, J. A., Chang, K. C., ... & Lin, C. Y. (2023). Problematic smartphone use and two types of problematic use of the internet and self-stigma among people with substance use disorders. *Addictive Behaviors*, *147*, 107807. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107807

Cohen, K., Mama, Y., Rosca, P., Pinhasov, A., & Weinstein, A. (2020). Chronic use of synthetic cannabinoids is associated with impairment in working memory and mental flexibility. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 602. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00602

Costa, R., Lima, S., i Badia, S. B., & Faria, A. L. (2025). Enhancing treatment outcomes of Alcohol Use Disorder patients through ICT-based cognitive training tools: a randomized controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *25*(3), 100623. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2025.100623

Dong, Q., Yang, Y., Tang, Q., Yang, M., Lan, A., Xiao, H., ... & Li, S. (2023). Effects of early cognitive rehabilitation training on cognitive function and quality of life in critically ill patients with cognitive impairment: A randomised controlled trial. *Australian Critical Care*, *36*(5), 708-715. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.10.015

Estrada-Medina, R., Briones-Llamoctanta, B. E., & Turpo-Chaparro, J. E. (2026). Neuroplasticity and recovery of the brain affected by substance use disorder: Multilevel mechanisms and new therapeutic strategies

(2020–2025). *Frontiers in Molecular Neuroscience, 19*, 1760387. https://doi.org/10.3389/fnmol.2026.1760387

Farhoudian, A., & Radfar, S. R. (2022). How substance use treatment services in Iran survived despite a dual catastrophic situation. *American Journal of Public Health, 112*(S2), S133-S135. https://doi.org/10.2105/AJPH.2022.306794

Haenjohn, J., Supwirapakorn, W., & Namyen, J. (2025). Integrative cognitive neuropsychological program emphasizing brain response to enhance inhibitory control among substance abusers at the alternative rehabilitation communities in Eastern Thailand. *Frontiers in Psychiatry, 16*, 1531443. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1531443

Johnson, L., & Weinberg, A. (2023). Cognitive rehabilitation approaches to traumatic brain injury: A review of efficacy and outcomes. *Medical Research Archives, 11*(8), 1–10. https://doi.org/10.18103/mra.v11i8.4199

Lardier Jr, D. T., Opara, I., Garcia Reid, P., & Reid, R. J. (2020). The cognitive empowerment scale: Multigroup confirmatory factor analysis among youth of color. *Child and Adolescent Social Work Journal, 37*, 179–193. https://doi.org/10.1007/s10560-019-00647-2

Lincoln, N. B., Bradshaw, L. E., Constantinescu, C. S., Day, F., Drummond, A. E., Fitzsimmons, D., ... & das Nair, R. (2020). Cognitive rehabilitation for attention and memory in people with multiple sclerosis: A randomized controlled trial (CRAMMS). *Clinical Rehabilitation, 34*(2), 229-241. https://doi.org/10.1177/0269215519890378

López-Caneda, E., & Almeida-Antunes, N. (2025). Inhibitory control in addictive behaviors: Is there room for memory suppression? *Frontiers in Human Neuroscience, 19*, 1545176. https://doi.org/10.3389/fnhum.2025.1545176

Lundie, M., Young, L., Hack, D., Zientz, J., & Van Vleet, T. (2026). Cognitive training and integrated primary prevention. *Military Medicine*, usaf628. https://doi.org/10.1093/milmed/usaf628

Navarro, P. A., Paranhos, T., Lovo, E., De Oliveira-Souza, R., Gorgulho, A. A., De Salles, A., & López, W. O. C. (2022). Safety and feasibility of nucleus accumbens surgery for drug addiction: A systematic review. *Neuromodulation, 25*(2), 171–184. https://doi.org/10.1111/ner.13348

Onaemo, V. N., Chireh, B., Fawehinmi, T. O., & D'Arcy, C. (2024). Comorbid substance use disorder, major depression, and associated disability in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders, 348*, 8–16. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.12.016

Oswald, W., & Roth, D. (1978). *Der Zahlen Verbindungs Test (ZVT)*. Hogrefe.

Salas-González, C., Gudayol-Ferre, E., Villuendas-González, E. R., Padros-Blázquez, F., González-Ramírez, V., & Murillo-Servín, A. K. (2024).

Memory and executive function deficits in abstinent patients with methamphetamine use disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *22*, 1501-1514. https://doi.org/10.1007/s11469-022-00939-2

Sitzwohl, E. M. (1995). *Konstruction und empirische Überprüfung eines Papier-Bleistift-Tests zur Erfassung von Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit: Der Coding-Test* (Unpublished diploma thesis). University of Graz, Austria.

Sohlberg, M. M., & Mateer, C. A. (2017). *Cognitive rehabilitation: An integrative neuropsychological approach*. Guilford Publications.

Sunderland, A., Harris, J. E., & Baddeley, A. D. (1983). Do laboratory tests predict everyday memory? A neuropsychological study. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior, 22*(3), 341-357. https://doi.org/10.1016/S0022-5371(83)90229-3

Weiss, L. G., Saklofske, D. H., Holdnack, J. A., & Prifitera, A. (2015). *WISC-V assessment and interpretation: Scientist-practitioner perspectives*. Academic Press.

Zaremba, D., Kalthoff, I. S., Förster, K., Redlich, R., Grotegerd, D., Leehr, E. J., ... & Dannlowski, U. (2019). The effects of processing speed on memory impairment in patients with major depressive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *92*, 494-500. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.02.015

Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 20, No. 80, P 213-236, Summer 2026

Research Article

Passivity and Aggression; Women's Confrontation With Spousal Addiction: A Qualitative Research[1]

Seyyed Ali Edalat [2], Mohamadreza Zarbakhshbahri[3], Flora Rahimaghaee[4]

Received: 2025/08/25 Accepted: 2026/08/26

Abstract

Objective: This study aimed to investigate the perspectives of women with substance-dependent spouses regarding their coping responses that have influenced spousal addiction relapse. **Method:** This study was conducted using a qualitative approach and content analysis method in 2025 in Tonekabon. Sampling was performed purposively while observing the principle of experimental diversity. Data were collected through deep semi-structured interviews with 15 women who had spouses with substance use disorders. Sampling continued until data saturation was reached. Data were analyzed using qualitative content analysis and the five-step method of Graneheim and Lundman. To enhance data credibility, Lincoln and Guba's criteria were also considered. **Results:** Data analysis led to the extraction of two main themes: protective passivity (comprising three subthemes: concealment as a strategy for maintaining social appearance, passivity due to fear and outsourcing of responsibility, and reduced sense of agency) and helplessness-induced angers (comprising two subthemes: emotional outbursts resulting from desperation, helplessness and accumulated anger and reactive aggression). **Conclusion:** The findings of this study indicated that women facing spousal addiction, under the influence of psychological and emotional pressures, frequently adopt two contrasting yet practically ineffective behavioral patterns: psychosocial passivity and desperation-driven aggressive behaviors. Neither pattern possesses the necessary efficacy to control addiction and prevent relapse; instead, both play a role in perpetuating the addiction cycle and deepening damaged relationships. Therefore, a deeper understanding of women's psychological experiences, designing specialized services for them, and their active participation in the spouse's treatment journey are fundamental requirements for reducing relapse rates in families affected by addiction.

Keywords: Anger, Coping strategies, Passivity, Qualitative content analysis, Relapse

1. This article has been extracted from the first author's Ph.D. dissertation at Islamic Azad University, Tonekabon Branch.

2. Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

3. Corresponding Author: Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. Email: M.zarbakhsh@iau.ir

4. Department of Nursing, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال بیستم، شماره هشتاد، ص۲۳۶-۲۱۳، تابستان ۱۴۰۵

مقاله پژوهشی

انفعال و پرخاشگری؛ تقابل زنان با اعتیاد همسر: یک تحقیق کیفی*

سیدعلی عدالت[۱]، محمدرضا زربخش بحری[۲]، فلورا رحیم آقایی[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۴

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی دیدگاه زنان دارای همسر وابسته به مواد در مورد واکنش‌های مقابله‌ای آنان که بر عود اعتیاد همسر موثر بوده است، انجام شد. **روش:** این مطالعه با رویکرد کیفی و به روش تحلیل محتوا در سال ۱۴۰۴ در شهرستان تنکابن انجام شد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و با رعایت اصل تنوع تجربی انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق با ۱۵ زن دارای همسر مبتلا به اختلالات مصرف مواد جمع‌آوری گردید. نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. داده‌ها به روش تحلیل محتوای کیفی و با بهره‌گیری از روش پنج مرحله‌ای گریشم و لانگمن تحلیل گردید. به منظور افزایش اعتبار داده‌ها، معیارهای لینکلن و گوبا نیز مورد توجه قرار گرفت. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها منجر به استخراج دو مضمون اصلی انفعال محافظت‌گرانه (شامل سه زیر مضمون پنهانکاری به عنوان راهبرد حفظ ظاهر اجتماعی، انفعال ناشی از ترس و برون‌سپاری مسئولیت و کاهش احساس عاملیت) و خشمهای درماندگی (شامل دو زیر مضمون انفجار هیجانی ناشی از استیصال و درماندگی و خشم انباشته و پرخاشگری واکنشی) شد. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش نشان داد که زنان در مواجهه با اعتیاد همسر تحت تاثیر فشارهای روانی و احساسی اغلب دو الگوی رفتاری متضاد اما در عمل ناکارآمد را اتخاذ می‌کنند: انفعال روانی–اجتماعی و رفتارهای پرخاشگرانه‌ی ناشی از استیصال. هر دو الگو نه‌تنها از اثربخشی لازم برای کنترل اعتیاد و پیشگیری از عود برخوردار نیستند، بلکه در تداوم چرخه‌ی اعتیاد و تعمیق روابط آسیب‌دیده نقش دارند. بنابراین، درک عمیق‌تر از تجارب روان‌شناختی زنان، طراحی خدمات تخصصی برای آن‌ها، و مشارکت فعال آن‌ها در مسیر درمان همسر از الزامات اساسی برای کاهش نرخ عود در خانواده‌های درگیر با اعتیاد است.

کلیدواژه‌ها: عود اعتیاد، تحلیل محتوای کیفی، شیوه‌های مقابله‌ای، خشم، انفعال

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

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

۲. نویسنده مسئول: گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران، پست الکترونیک: M.zarbakhsh@iau.ac.ir

۳. گروه پرستاری، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

مقدمه

اعتیاد[1]به مواد مخدر یکی از مهم‌ترین چالش‌های اجتماعی و روان‌شناختی در جهان معاصر به شـمار می‌رود که پیامدهای مخربی بر فرد، خانواده و جامعه دارد (عباسـی و همکاران، ۱۴۰۳). بر اسـاس گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سـازمان ملل [2](۲۰۲۳)، اعتیاد و عود[3] آن نه تنها به عنوان یک بیماری مزمن تلقی می‌شـود، بلکه به مثابه یک بحران اجتماعی بنیان خانواده را نیز به شـدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. خانواده به ویژه همسـر فرد وابسته به مواد اغلب نخستین و اصلی‌ترین کانونی است که با پیامدهای مستقیم این پدیده مواجه می‌شود (زارعان و همکاران، ۱۳۹۹). در این ساختار بیمارگونه، همسران افراد مبتلا به وابسـتگی مواد به دلیل پیوند عاطفی عمیق و مسـئولیت‌های محوری در مدیریت خانه به عنوان آسـیب‌پذیرترین گروه در معرض فشـارهای چندبعدی قرار می‌گیرند (جانی و عطادخت، ۱۳۹۹). شـواهد پژوهشـی نشـان می‌دهند که زندگی با یک فرد وابسـته به مواد زنان را با طیف وسـیعی از اختلالات بالینی از جمله افسـردگی شـدید، اضـطراب فراگیر، افکار وسواسی و حساسیت‌های بین‌فردی مواجه می‌سازد که فرسودگی ناشی از آن تمام ابعاد کیفیت زندگی فیزیکی و روانی آنان را متأثر می‌کند (منچری[4] و همکاران، ۲۰۲۱). نکته حائز اهمیت در مواجهه این زنان با بحران اعتیاد تاثیر احساسـات متناقض تجربه شـده بر عملکرد آنان اسـت که اغلب در پیوسـتاری از انفعال تا پرخاشـگری نوسـان می‌کند. بسـیاری از این زنان تحت تأثیر تجارب مکرر شـکسـت در تغییر رفتار همسـر و فشـارهای سـاختاری-فرهنگی حاکم بر جامعه ایران دچار فرسـودگی عاطفی شـده و به راهبردهای اجتنابی پناه می‌برند (تقی‌پور و همکاران، ۱۳۹۸). با این حال، علی‌رغم حجم گسـترده مطالعات کمی که به بررسـی شـیوع اختلالات روان‌شـناختی در این زنان پرداخته‌اند، لایه‌های پنهان احساسـات این تجربیات و سـازوکارهای پیچیده روانی تعامل زن با فرآیند اعتیاد و خصـوصـا نقش تجارب احسـاسـی در چرخه بازگشـت به مصـرف همسـر همچنان نیازمند واکاوی عمیق کیفی است (ترکاشوند و همکاران، ۱۴۰۴).

1. addiction
2. united nations office on drugs and crime (UNODC)
3. relapse
4. Mancheri

مسأله محوری در پژوهش حاضر بررسی کنش‌های تقابلی زنان بر اساس فشارهای روان‌شناختی و احساسات ناشی از مواجهه با اعتیاد همسر (ناتوانی در مقابل خشم) و پیوند آن با پدیده عود اعتیاد است. از یک سو، بخش بزرگی از زنان دارای همسر وابسته به مواد وضعیتی انفعالی در پیش می‌گیرند که در فرهنگ بومی اغلب با مفهوم سوختن و ساختن توصیف می‌شود. این انفعال که ریشه در درماندگی آموخته‌شده دارد، منجر به اتخاذ راهبردهای هم‌وابستگی[1] می‌گردد، جایی که زن با فداکاری افراطی و پوشش دادن اشتباهات همسر ناخواسته به ناتوانمندسازی نامعقول فرد وابسته به مواد کمک کرده و بستر را برای تداوم مصرف یا عود فراهم می‌سازد (بابائی، ۱۴۰۴؛ استلرن[2] و همکاران، ۲۰۲۳). از سوی دیگر، تحقیقات نشان می‌دهند که وقتی راهبردهای انفعالی به تغییر رفتار همسر منجر نمی‌شود بسیاری از این زنان به سمت قطب پرخاشگری و خصومت سوق می‌یابند. آمارها حاکی از آن است که حدود ۲۳ درصد از این زنان علائم بالینی پرخاشگری شدید را نشان می‌دهند و در مواجهه با سوءرفتار همسر از خشونت فیزیکی یا کلامی به عنوان ابزاری برای انتقام یا تخلیه فشارهای درونی استفاده می‌کنند (بابائی، ۱۴۰۴). این رفتارهای ناشی از خشم فضایی متشنج و سرشار از اسنادهای منفی ایجاد می‌کند که بر اساس نظریه سیستم‌های خانواده یکی از قوی‌ترین محرک‌های محیطی برای تحریک ولع مصرف مجدد در فرد وابسته به مواد محسوب می‌شود (امیدیان و همکاران، ۱۴۰۱). شکاف اصلی پژوهشی زمانی برجسته می‌شود که متوجه تناقضات موجود در یافته‌های پیشین می‌شویم. برای مثال، در حالی که اکثریت مطالعات بر کاهش شدید کیفیت زندگی این زنان تأکید دارند، برخی پژوهش‌ها تفاوت معناداری میان آنان و زنان دارای همسر غیر وابسته به مواد گزارش نکرده‌اند که این امر نشان‌دهنده تفاوت‌های فردی و فرهنگی است که ابزارهای کمی قادر به شناسایی آن نیستند (منچری و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین، کالبدشکافی تجارب روانی و احساسی این زنان (به عنوان علت اصلی بروز کنش‌های مقابله‌ای) مشخص می‌شود تا روشن گردد چگونه نوسان میان انفعال و پرخاشگری به بازتولید چرخه

1. codependency
2. Stellern

اعتیاد در بافت خانواده ایرانی منجر می‌شود. در تبیین نظری تقابل زنان با اعتیاد همسر چهار چارچوب محوری این پژوهش بر نظریات زیر است:

۱- نظریه طرحواره جنسیت (بم): این نظریه توضیح می‌دهد که چگونه الگوهای فرهنگی نقش‌های خاصی را به زنان تحمیل می‌کنند. در خانواده‌های درگیر اعتیاد زنان بر اساس طرحواره‌های جنسیتی بومی نقش ایثارگر و مراقب وسواسی را می‌پذیرند (اوکاتی و عرب، ۱۴۰۱). پذیرش نقش زیربنای رفتارهای هم‌وابسته‌ای است که در آن زن هویت خود را در گرو کنترل و نجات همسر وابسته به مواد می‌بیند و همین امر منجر به انفعال در برابر سلامت روان شخصی‌اش می‌گردد (اسمیت[1] و همکاران، ۲۰۲۳).

۲- نظریه دلبستگی[2] و پدیده هم‌وابستگی: نظریه دلبستگی تبیین‌گرامنیت عاطفی در خانواده‌های درگیر اعتیاد است. مصرف مواد باعث گسست در پیوند عاطفی و از بین رفتن پایگاه ایمن در خانواده شده و زن را در مقابل اضطراب و خشم‌های واکنشی آسیب‌پذیر می‌کند. در این بافت، پدیده و هم‌وابستگی شکل می‌گیرد، وضعیتی که در آن زن هویت خود را به شرایط همسر خود گره زده و با ایفای نقش تسهیل‌کننده مسئولیت پیامدهای رفتار او را بر عهده می‌گیرد که در نهایت منجر به حذف مکانیزم‌های بازدارنده و تسهیل عود می‌شود (جهاندارلاشکی، ۱۴۰۲؛ مستدام و همکاران، ۱۴۰۲).

۳- نظریه درماندگی آموخته‌شده (سلیگمن): این مدل برای توصیف وضعیت انفعال و سکون محض زنان بسیار حیاتی است. بر این اساس، زنانی که به مدت طولانی تحت آزار، تنش و تجربه‌های مکرر شکست در ترک دادن همسر بوده‌اند به این باور می‌رسند که کنترلی بر شرایط ندارند. این فقدان انگیزش منجر به حالتی از اجتناب و پذیرش منفعلانه شرایط (سوختن و ساختن) می‌شود که خود عاملی در تسهیل عود همسر است (محمدی و همکاران، ۱۴۰۴).

۴- مدل تنظیم هیجان (گراس): این چارچوب نظری برای تبیین قطب پرخاشگری استفاده می‌شود. طبق این مدل، رفتارهای پرخاشگرانه زنان ناشی از ضعف در راهبردهای سازگارانه برای مدیریت خشم و استرس‌های مزمن است. وقتی زن قادر به بازآرایی

1. Smith
2. attachment theory

شـناختی موقعیت نیسـت به سـمت واکنش‌های هیجانی ناپخته و تنش‌زا سـوق می‌یابد که فضـای روانی خانه را برای فرد در حال ترک ناامن می‌سـازد (جانی و عطادخت، ۱۳۹۹؛ امیدیان و همکاران، ۱۴۰۱).

۵- نظریه سـیسـتم‌های خانواده (بوئن): این نظریه بر مفهوم تمایزیافتگی خود تمرکز دارد. در سـیسـتم‌های درگیر اعتیاد به دلیل درهم‌تنیدگی عاطفی شـدید زن قادر به حفظ استقلال فکری و احساسی خود نیست. کاهش سطح تمایزیافتگی باعث می‌شود زن میان دو قطب واکنش عاطفی شـدید (پرخاشـگری) و گوشـه‌گیری عاطفی (انفعال) نوسـان کند که هر دو وضـعیت ثبات لازم برای تداوم پاکی همسـر را سـلب می‌کنند (مؤیدی‌مهر و همکاران، ۱۴۰۲).

در نهایت، پژوهش حاضـر با تلفیق این مبانی نظری و اسـتفاده از روایت‌های مسـتقیم مشـارکت‌کنندگان تلاش می‌کند تا مدلی جامع از تجربیات احسـاسـی زنان در چرخه عود اعتیاد همسـر ارائه دهد. در بررسـی روندهای روش‌شـناختی ملاحظه می‌شـود که ادبیات پژوهشـی کنونی میان رویکردهای کمی (توصـیفی، همبسـتگی و نیمه‌آزمایشـی) و کیفی (پدیدارشناسی و نظریه زمینه‌ای) تقسیم شده است (ترکاشوند و همکاران، ۱۴۰۴). در حالی که بخش بزرگی از مطالعات برای تعیین شـیوع اختلالات و رابطه بین متغیرها از روش‌های پس‌رویدادی و مقطعی اسـتفاده کرده‌اند، یکی از یافته‌های محوری در تحلیل انفعال زنان مفهوم هم‌وابستگی است، که در آن زنان در قالب نقش‌های جنسیتی خود رفتارهایی مانند فداکاری افراطی و مراقبت بیش از حد بروز می‌دهند (بابائی، ۱۴۰۴). گرچه این رفتارها ممکن است فعالانه به نظر برسند، اما پژوهشگران تأکید می‌کنند که این وضعیت در بطن خود نوعی انفعال در برابر خود و سـلامت روان شـخصـی را پنهان کرده اسـت (تقی‌پور و همکاران، ۱۳۹۸). در همین راستا، تجربه زیسته سوختن و ساختن به عنوان یک مضمون تکرارشونده در مطالعات کیفی مطرح شده است که نشان‌دهنده پذیرش منفعلانه شرایط به دلیل وجود فرزندان یا فشارهای اجتماعی است (پهلوان و رستمی، ۱۴۰۴). این انفعال زمانی که با درماندگی آموخته‌شده ترکیب می‌شود منجر به حالتی از اجتناب و سکون محض در مواجهه با چالش‌های زندگی می‌گردد (جانی و عطادخت،۱۳۹۹).

در مقابل قطب انفعال، یافته‌ها نشـــان‌دهنده وجود پرخاشـــگری به عنوان یک راهبرد تقابلی در این زنان است (انامو[1] و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات توصیفی حاکی از آن است که حدود ۲۳ درصد از زنان دارای همسر وابسته به مواد علائم بالینی پرخاشگری را نشان می‌دهند که در رتبه پنجم مشـــکلات روان‌شـــناختی آنان قرار دارد (می‌یرز[2] و همکاران، ۲۰۲۴). این رفتارهای پرخاشگرانه اغلب ناشی از ضعف در مدیریت خشم و اسناد مقاصد منفی به همسر (سرزنشگری) است (کچر[3] و همکاران، ۲۰۲۱). نکته حائز اهمیت این است که برخی تحقیقات نشان می‌دهند زنان در مواجهه با سوء رفتار همسر به احتمال بیشتری از خشونت فیزیکی برای انتقام گرفتن استفاده می‌کنند که این امر به خوبی تقابل پرخاشگرانه را در روابط بین‌فردی آنان تصویر می‌کند (ارچ[4] و همکاران، ۲۰۲۳).

نقش زنان در فرآیند عود همســـر نیز از منظر تعاملات ســـیســـتمیک مورد تحلیل قرار گرفته اســـت (زارعان و همکاران، ۱۳۹۹) پژوهش‌ها تأکید می‌کنند که روابط و تعاملات زناشویی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده بازگشت به مصرف مواد هستند (غلامی ابیز و همکاران، ۱۳۹۹؛ لوپز-فرناندز و کوس[5]، ۲۰۲۰). رفتارهای ناشـی از هم‌وابستگی از طریق تقویت و توانمندســازی فرد وابســته به مواد ناخواســته به تداوم چرخه اعتیاد یا عود منجر می‌شـوند. علاوه بر این، نوســانات خلقی و رفتاری زن از جمله رفتارهای پرخاشــگرانه یا اضـطرابی فضـایی متشـنج ایجاد می‌کند که به دلیل عدم ثبات شـرایط بیرونی احتمال ولع مصـرف مجدد در همسـر را به شـدت افزایش می‌دهد (جهاندارلاشـکی، ۱۴۰۲؛ وینترز[6] و همکاران، ۲۰۲۱).

در ادبیات پژوهشـی این حوزه، تناقضـات آشـکاری در مورد برخی متغیرها به چشـم می‌خورد. به عنوان مثال، در موضـــوع کیفیت زندگی اکثریت قریب به اتفاق مطالعات بر کاهش شـــدید آن تأکید دارند (مســـتدام و همکاران، ۱۴۰۲؛ واندرهیجن[7] و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین در حوزه رضـایت زناشـویی برخی منابع از نارضـایتی شـدید خبر می‌دهند

1. Onaemo
2. Myers
3. Kechter
4. Arch
5. Lopez-Fernandez & Kuss
6. Winters
7. Van der Heijden

(اسمیت و همکاران، ۲۰۲۳)، اما یافته‌های رفیعی (۱۳۹۳) نشان داد که تفاوت میانگین رضایت در مردان و زنان دارای همسر وابسته به مواد معنادار نیست و هر دو گروه به دلیل یکسان بودن نیازهای انسانی سطوح مشابهی از نارضایتی را تجربه می‌کنند. تناقض دیگر در میزان اثربخشی مداخلات بر انعطاف‌پذیری شناختی مشاهده شده است. در حالی که آموزش‌های مهارتی نظیر رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش شرم و بهبود سازگاری مؤثر بوده‌اند، در مطالعه مقامی و همکاران (۱۳۹۹)، این آموزش‌ها بر انعطاف‌پذیری شناختی زنان تأثیر معناداری نداشت. نویسندگان پیشنهاد می‌کنند که انعطاف‌پذیری شناختی به زمان بیشتری برای تغییر نیاز دارد و به دلیل عدم ثبات شرایط بیرونی (نظیر ترس همیشگی از عود همسر) تغییر در الگوهای فکری این زنان به راحتی رخ نمی‌دهد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که شرایط محیطی پرتنش می‌تواند مانعی جدی برای تغییرات عمیق روان‌شناختی باشد. در نهایت، مرور پیشینه نشان‌دهنده محدودیت‌های جدی نظیر تعمیم‌پذیری محدود به دلیل نمونه‌گیری‌های در دسترس و فقدان بررسی‌های طولی برای سنجش ماندگاری اثرات درمان است. نویسندگان بر ضرورت انجام تحقیقات کیفی برای شناسایی ابعاد پنهان و چندلایه زندگی این زنان و تکرار پژوهش‌ها در بافت‌های فرهنگی متنوع تأکید کرده‌اند (زارعان و همکاران، ۱۳۹۹؛ اودوناهو[1]،۲۰۲۳؛ ماتینگلی[2] و همکاران، ۲۰۲۲). مطالعه حاضر با تمرکز بر تجربه زیسته زنان ایرانی و تفکیک دو مضمون محوری انفعال و پرخاشگری دقیقاً در راستای پوشش این خلأ پژوهشی گام برمی‌دارد تا با نگاهی عمیق نقش پارادوکسیکال همسران را در چرخه عود اعتیاد شفاف‌سازی نماید.

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر بر اساس رویکرد کیفی و با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی (به روش لاندمن و گرانهیم[3]) تدوین شده است. این روش به پژوهشگر اجازه می‌دهد تا بدون اعمال پیش‌فرض‌های نظری از پیش تعیین‌شده کدهای اولیه و مقولات را

1. O'Donohue
2. Mattingley
3. Landman & Granheim

مستقیماً از دل داده‌های متنی استخراج کند (ترکاشوند و همکاران، ۱۴۰۴؛ دهقان‌نیری و بهرام‌نژاد، ۱۴۰۴). جامعه پژوهش شامل تمامی زنان دارای همسر مبتلا به اختلالات مصرف مواد بود که تجربه مستقیم زیست مشترک با فرد وابسته به مواد و مواجهه با فرآیند عود او را داشتند. برای انتخاب مشارکت‌کنندگان از روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع (از نظر سن، سطح تحصیلات و مدت ازدواج) استفاده شد و فرآیند نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع نظری[1] ادامه یافت که در این مطالعه با مشارکت ۱۵ زن واجد شرایط محقق گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سابقه حداقل دو سال زندگی مشترک با همسر وابسته به مواد و تجربه مستقیم حداقل یک بار شکست در پاکی (عود) همسر، عدم ابتلا به مصرف مواد توسط خود زن (برای جلوگیری از سوگیری در درک نقش همسری)، عدم وجود اختلالات روان‌پزشکی حاد یا بیماری‌های مزمن جسمی که مانع از تمرکز بر فرآیند مصاحبه می‌شوند، داشتن حداقل تحصیلات (سطح سیکل یا دیپلم) جهت تضمین توانایی بیان تجربیات و مفاهیم ذهنی، و رضایت آگاهانه و تمایل به اشتراک‌گذاری آزادانه تجربیات تلخ و شخصی بود.

فرآیند تحلیل محتوا بر اساس مدل پیشنهادی لاندمن و گرانهیم در ۶ گام نظام‌مند انجام شد: ۱-آشنایی و درک داده‌ها: در این مرحله مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته کلمه به کلمه پیاده‌سازی شده و متن حاصل بارها مطالعه گردید تا پژوهشگر به یک درک کلی از محتوای تجربیات زنان دست یابد. ۲- شناسایی واحدهای معنایی[2]: جملات، عبارات یا پاراگراف‌هایی که حاوی مفاهیم مرتبط با انفعال، پرخاشگری و عود همسر بودند به عنوان واحدهای معنایی شناسایی شدند. ۳- فشرده‌سازی[3]: واحدهای معنایی شناسایی شده بدون از دست دادن معنای اصلی خلاصه و فشرده شدند تا حجم داده‌ها برای برچسب‌گذاری مدیریت شود. ۴- کدگذاری[4] اولیه: به هر یک از واحدهای معنایی فشرده‌شده یک کد یا برچسب[5] اختصاص یافت که ماهیت مفهومی آنرا منعکس می‌کرد. ۵- تشکیل طبقات و زیرطبقات[6]: کدهای مشابه و هم‌پوشان با یکدیگر مقایسه شده و در گروه‌های منسجم‌تری

1. theoretical saturation
2. meaning units
3. condensation
4. coding
5. label
6. categories

به نام زیرطبقه‌ها و سپس طبقات اصلی (مانند انفعال محافظت‌گرانه) سازماندهی شدند. ۶- استخراج درون‌مایه‌ها[1]: در گام نهایی معنای نهفته[2] و پنهان درلایه‌های زیرین طبقات واکاوی شد تا مضمون‌های انتزاعی که پیوند میان تجربیات زنان و چرخه عود همسر را تبیین می‌کرد استخراج گردند.

برای اطمینان از اعتبار و اعتمادپذیری داده‌های کیفی (بجای روایی و پایایی کمی) از معیارهای چهارگانه لینکلن و گوبا[3] (۱۹۸۵) شامل قابلیت اعتماد، قابلیت انتقال، قابلیت تأیید و وابستگی استفاده شد (اسمیت و همکاران، ۲۰۲۳) راهبردهای اجراشده به شرح زیر بودند: بازبینی همکاران پژوهشی[4]: کدها و مقوله‌های استخراج‌شده به صورت دوره‌ای با دو پژوهشگر آشنا با روش کیفی مورد بحث و بازبینی قرار گرفت. بازبینی مشارکت‌کنندگان[5]: تفسیرهای اولیه از مصاحبه‌ها در اختیار تعدادی از شرکت‌کنندگان قرار گرفت تا با تجربیات خود مقایسه و تأیید نمایند. توضیح فرآیند پژوهش: کلیه مراحل تصمیم‌گیری پژوهش از نمونه‌گیری تا تحلیل به طور شفاف و دقیق مستندسازی شد. مصاحبه‌های طولانی و تعاملی: انجام مصاحبه‌های عمیق و ایجاد فضای اعتماد برای بیان صریح تجارب. ثبت دقیق و یادداشت‌برداری: تمامی مراحل تحلیل، فرضیه‌ها و تصمیم‌های محقق در قالب یادداشت‌های انعکاسی ثبت گردید (ترکاشوند و همکاران، ۱۴۰۴؛ دهقان‌نیری، بهرام‌نژاد، ۱۴۰۴).

این پژوهش پس از دریافت تأییدیه کمیته اخلاق پژوهش‌های علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن با کد رهگیری IR.IAU.LIAU.REC.1402.062 انجام شد. رعایت اصول اخلاقی شامل موارد زیر بود: رضایت آگاهانه: اهداف، روش‌ها، مزایا و مخاطرات پژوهش به زبانی ساده برای هر مشارکت‌کننده توضیح داده شد و رضایت‌نامه کتبی امضا گردید. محرمانگی: هویت شرکت‌کنندگان با استفاده از کدهای ناشناس مانند(P1, P2) حفظ و اطلاعات محرمانه در دسترس افراد غیر مرتبط قرار نگرفت. حق انصراف: به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که در هر مرحله از پژوهش بدون هیچ گونه تبعاتی

1. themes
2. latent content
3. Lincoln & Guba
4. peer check
5. member check

می‌توانند از ادامه همکاری انصراف دهند. کاهش آسیب: در صورت بروز هرگونه آشفتگی هیجانی حین مصاحبه امکان ارجاع به مراکز مشاوره رایگان فراهم بود.

یافته‌ها

پانزده زن با تجربه زندگی با همسر مبتلا به اختلالات مصرف مواد در این مطالعه مشارکت داشتند. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آنان شامل سن، مدت ازدواج، نوع ماده مصرفی اصلی همسر، تعداد فرزند و وضعیت ادامه زندگی مشترک را نشان می‌دهد. برای حفظ محرمانگی از کدهای ۱ تا ۱۵ برای اشاره به مشارکت‌کنندگان استفاده شد.

جدول ۱ : ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

کد شرکت‌کننده	سن (سال)	مدت ازدواج (سال)	ماده مصرفی اصلی	تعداد فرزندان	وضعیت زندگی با همسر
۱	۳۵	۱۰	تریاک	۲	ادامه زندگی
۲	۳۷	۶	تریاک	۱	ادامه زندگی
۳	۲۸	۵	گل	۰	ادامه زندگی
۴	۳۹	۱۱	شیشه	۱	جدایی
۵	۴۴	۱۶	تریاک	۲	ادامه زندگی
۶	۵۳	۲۹	تریاک	۴	ادامه زندگی
۷	۴۹	۱۸	تریاک	۳	ادامه زندگی
۸	۳۶	۷	شیشه	۱	جدایی
۹	۴۲	۱۴	تریاک	۲	ادامه زندگی
۱۰	۲۹	۴	گل	۰	ادامه زندگی
۱۱	۴۰	۸	تریاک	۱	جدایی
۱۲	۳۱	۴	گل	۱	ادامه زندگی
۱۴	۴۱	۱۱	تریاک	۲	ادامه زندگی
۱۳	۳۷	۱۰	گل	۰	جدایی
۱۵	۲۷	۵	شیشه	۰	ادامه زندگی

جدول ۲: دو مضمون اصلی استخراج شده از محتوای مصاحبه‌ها

مضمون اصلی	زیر مضمون	نمونه کد
انفعال محافظت‌گرانه	پنهانکاری به عنوان راهبرد حفظ ظاهر اجتماعی	پنهان‌کاری برای حفظ آبروی خانواده، پنهان‌کاری اعتیاد، تحمل خشونت و فشار روانی، بی‌تفاوتی و دوری عاطفی، نقش انگیزه شخصی همسر، بی‌توجهی متقابل، ترس از خشونت یا طرد، تحمل به خاطر فرزند و بی‌پناهی، عدم مداخله قاطع به دلیل ترس، پنهان‌کاری از خانواده خود، تسلیم و تحمل به دلیل فشارهای عاطفی، باور به عوامل خارجی و نقش محدود خود
	انفعال ناشی از ترس، فشار روانی و محدودیت‌های ارتباطی	
	برون‌سپاری مسئولیت و کاهش احساس عاملیت	
خشم‌های درماندگی	انفجار هیجانی ناشی از استیصال و درماندگی	رفتارهای تنش‌زا، احساس ناکامی و تأثیر منفی عملکرد خود، قهر کردن، انتقاد مداوم و فشار برای ترک، احساس ناکامی و سرخوردگی، احساس ناکامی و ناامیدی، جنگ و درگیری جسمی، رفتارهای کنترل‌گرانه و تحقیرآمیز، وسواس‌های فکری وسواس‌های عملی، دعوا با دوستان همسر، بی‌اعتنایی و دوری عاطفی
	خشم انباشته و پرخاشگری واکنشی	

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

مضمون اصلی اول: انفعال محافظت‌گرانه

یکی از مضامین مهم استخراج‌شده از مصاحبه‌های کیفی انفعال محافظت‌گرانه زنان در برابر اعتیاد همسر است. این مضمون مجموعه‌ای از کنش‌های منفعلانه، کناره‌گیری هیجانی، سکوت، و حتی انکار را شامل می‌شود که از سوی زنان برای مواجهه با اعتیاد همسر اتخاذ شده‌اند. برخلاف برداشت سطحی از این رفتارها که ممکن است آن‌ها را به بی‌تفاوتی یا ضعف شخصیت نسبت دهند، داده‌های کیفی این پژوهش نشان می‌دهد که این انفعال‌ها پاسخ‌هایی محافظتی به فشارهای چندگانه اجتماعی، روانی و شناختی هستند که زنان با آن مواجه‌اند.

زیرمضمون اول: پنهان‌کاری به عنوان راهبرد حفظ ظاهر اجتماعی

یکی از دلایل اصلی این انفعال در زیرمضمون پنهانکاری به عنوان راهبرد حفظ ظاهر اجتماعی نمود یافته است. بسیاری از زنان به‌طور آگاهانه اقدام به پنهان‌کردن اعتیاد همسر از خانواده، فرزندان، بستگان و حتی نهادهای حمایتی می‌کنند. این پنهانکاری اغلب ناشی

از شرم اجتماعی، ترس از برچسب خوردن، حفظ شأن خانوادگی و تلاش برای جلوگیری از آسیب به تصویر اجتماعی فرزندان است. چنین رفتاری هرچند در کوتاه‌مدت از فروپاشی موقعیت اجتماعی جلوگیری می‌کند، اما در بلندمدت به انزوای زن، تشدید بار روانی، و تداوم چرخه اعتیاد کمک می‌کند. نمونه نقل قول‌ها: "*به خانواده خودم نگفته بودم چون می‌دونستم بابام میگه جدا شو. الانم میگه، میگه من اگه می‌دونستم این می‌خواد اینجوری بشه همون موقع که بچه‌ات کوچیک بود طلاقت رو می‌گرفتم.*" (کد ۲)." *آبروی پدر و مادرم برام خیلی مهمه، گفتم اگه جداشم و مطلقه باشم فردا میگن دختر فلانی بیرونه.*" (کد۳)"*من دیگه واقعا خسته شدم دیگه همچیم داره از دست می‌ره من به خانواده خودم هیچی نگفتم این چند سال کشید هیچی نگفتم، روم نمی‌شد به خانوادم بگم، خانواده من می‌دونستن ولی به روی من نیاوردن که مثلا شاید دخترما ناراحت بشه یا خواهر ما ناراحت بشه.*" (کد ۸) "*تا ۵-۶ سال هیچکی تو فامیل ما نمی‌دونست شوهرم معتاده. همین الانم خیلی‌ها نمی‌دونن همیشه یه بهونه جور می‌کنم که آبرومون نره، بهش می‌گفتم به آبروی دخترات فکر کن ولی فقط قول‌های بیخودی می‌داد.*" (کد ۱۰)

زیرمضمون دوم: انفعال ناشی از ترس و فشار روانی

در سطحی عمیق‌تر زیرمضمون انفعال ناشی از ترس، فشار روانی و محدودیت‌های ارتباطی نیز نشان داد که برخی زنان به دلیل تجربه‌های مکرر شکست، تهدید، تحقیر یا خشونت عاطفی از سوی همسر یا به علت نبود حمایت خانوادگی دچار نوعی بی‌حسی هیجانی، بی‌تفاوتی تدافعی، یا کناره‌گیری روانی شده‌اند. ترس از خانواده مبدأ ترس از طرد شدن یا قضاوت دیگران و تجربه بی‌توجهی متقابل زن را به سمت سکوت و تحمل سوق داده است. این فرایند اغلب با تحمل فشار روانی شدید و درونی‌سازی مشکلات همراه است که خود زمینه‌ساز اختلالات روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب یا احساس درماندگی می‌شود. نمونه نقل قول‌ها:"*هرکی زندگی خودش منم زندگی خودم، اون علاقه نداره کنار بذاره، پدر بچه منه، من که زندگی نکردم جوونی خودم براش گذاشتم، من که کار کردم، من سرشو پوشوندم کسی نفهمه، من که گفتم اقا هیچ کس نفهمه.*" (کد ۶) "*وقتی فهمیدم [اعتیاد همسرم رو] تا چهار- پنج سال نتونستم به پدر مادرم چیزی بگم یا به*

اطرافیانم چیزی بگم کاملا بی پناه شـده بودم، از اینورم به پدر مادرش می‌گفتم اونا هیچ احساس مسئولیتی نمی‌کردن، نمی‌خواستن باهاش درگیر بشن." (کد ۷) "*چیزی نمی‌گفتم، چون می‌ترسیدم عصبانی بشه و بدتر بشه اوضاع.*" (کد۱۴)

زیرمضمون سوم: برون‌سپاری مسئولیت و کاهش احساس عاملیت

از سوی دیگر، در قالب زیرمضمون برون‌سپاری مسئولیت و کاهش احساس عاملیت برخی از زنان نقش خود در فرآیند ترک یا کنترل اعتیاد را ناچیز تلقی کرده و عامل اصلی را اراده و انگیزه همسر، شرایط محیطی یا فشارهای بیرونی معرفی می‌کنند. این دیدگاه گرچه ممکن است با واقعیت‌هایی از پدیده اعتیاد همخوانی داشته باشد، اما در سطح روان‌شناختی می‌تواند نشان‌دهنده یک مکانیسم دفاعی در برابر احساس ناتوانی و شکست باشد. زن با کنار گذاشتن خود از موقعیت از بار روانی مسئولیت و احساس ناکامی می‌کاهد. نمونه نقل قول‌ها:"*خیلی سعی کردم، خیلی با خانوادش صحبت کردم که مثلا بلکه شما بتونین راضیش کنین [برای ترک]. اونا هم حرفای خودش رو (شوهرم رو) رو می‌زدن، میگفتن شما زندگیت و بکن چی می‌خوای از زندگی چه کم داری؟ زندگی همینه. منم تحمل کردم دیگه، فقط به خاطر آبروی خودم و دوتا بچه‌ام.*" (کد ۵) "*دیدم عوض نمیشه بالاخره به پدر و مادرش گفتم، گفتم خسته شدم دیگه، دیگه خودشون می‌دونن، دیگه کاری از من برنمیاد.*" (کد ۱۳) "*میدونین، الان اگه واقعا بخوام بگم من هم نسبت به اعتیادش بی‌تفاوت شده بودم چون احساس می‌کردم که هرچی کمتر جلوی چشمش باشم درگیری‌های لفظی و دعواهامون هم کمتر میشه، سعی می‌کردم که کمتر با هم باشیم یا واسه هم وقت بذارم، دوست نداشتم همش چالش داشته باشیم.*" (کد ۱۱)

در مجموع، مضمون انفعال محافظت‌گرانه نشان می‌دهد که سکوت و کناره‌گیری زنان در برابر اعتیاد همسر نه نشانه‌ای از بی‌تفاوتی یا سردی، بلکه پاسخی پیچیده و چندبعدی به ساختارهای ناکارآمد فردی، اجتماعی و خانوادگی است. این یافته‌ها بر ضرورت شناخت عمیق‌تر دلایل پنهان انفعال زنان و ارائه برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر توانمندسازی روان‌شناختی، آموزش‌های اجتماعی و حمایت‌های بین‌فردی تأکید می‌کند.

مضمون اصلی دوم: خشم‌های درماندگی

یکی از مضـامین برجسـته‌ی حاصـل از تحلیل مصـاحبه‌ها تجربه‌ی زنان از بروز رفتارهای خشـم‌آلود، پرتنش و در مواردی پرخاشـگرانه در مواجهه با تداوم اعتیاد همسـر بود. این رفتارها نه حاصـل برنامه‌ریزی آگاهانه، بلکه واکنشـی هیجانی، ناگهانی و کنترل‌نشـده به فرایندی اسـت که زن خود را در برابر آن ناتوان، ناکارآمد و خنثی تجربه می‌کند. بر همین اساس، مضمون خشم‌های درمانده به عنوان صورت‌بندی اصلی این تجربه استخراج شد.

مضـمون خشـم‌های درماندگی از یکی از عمیق‌ترین زوایای تجربه زندگی زنان دارای همسر وابسته به مواد پرده برمی‌دارد، جایی که تلاش‌های بی‌نتیجه، عدم اثرگذاری بر تغییر رفتار همسـر، و بار سـنگین روانی نقش همسـری منجر به انفجار خشـم، پرخاشـگری، و تنش‌های مزمن در روابط خانوادگی می‌شود. این یافته‌ها بر لزوم پرداختن به سلامت روان همسـران افراد دارای اختلالات مصـرف مواد و طراحی مداخلات حمایتی-درمانی ویژه آنان، تأکید می‌ورزند. نمونه نقل قول‌ها: "*یعنی در واقع ۲۵ سـال زندگی با این شـخص نکردم همش باهاش جنگ و جدل و همش باهاش درگیری و همش خودمو تحت فشـار گذاشـتم که بچه دارم آبرو دارم اول از همه آبرو برای من مهم بود آبروی پدر و مادرم مثلاً گفتم فردا میگن دختر فلانی طلاق گرفته توی این شـرایط کـه همش جنگ و دعوا و درگیری و کتک کاری بود هم از خونه بیرون نمی‌اومدم تا این حد آبروی خودم برام مهمه.*" (کد ۱)

زیرمضمون اول: انفجار هیجانی ناشی از استیصال

به نظر میرسـد زنان پس از ناکامی‌های پی‌درپی در ترغیب همسـر به ترک دچار سرخوردگی، ناامیدی، و فرسایش روانی مزمن شده و واکنش‌های تنش‌زا و حتی درگیری فیزیکی را تجربه کرده‌اند. احساس ناتوانی در اثرگذاری گاه با درونی‌سازی تجربه شکست همراه شـده و موجب بروز هیجاناتی نظیر خشـم انفجاری، احسـاس بی‌کفایتی یا اضـطراب شـدید شـده اسـت. در این وضـعیت زن وارد حلقه معیوبی از احسـاس شـکسـت، تلاش بی‌نتیجه، و انفجار هیجانی می‌شـود که می‌تواند کیفیت رابطه زوجی را به‌شـدت تخریب کند. نمونه نقل قول‌ها: "*یه بار اومدم خونه، منو که دید هول کرد، توی آشـپزخونه بوی*

تریاک می‌داد شدید، داشتم منفجر می‌شدم، انقدر داد زدم که گلوم گرفت، از شدت عصبانیت چند تا از ظرفا رو شکستم. حس می‌کردم دیگه هیچ راهی نمونده." (کد ۹) "*خیلی سعی کردم، منم اینهمه سال سعی کردم ولی نشد، بهش گفتم که اقا اینو کنار بذار که درست نیست، ما بچه داریم، بچه‌های ما آینده میخوان، بچه‌های ما باید درس بخونن، نذار آینده کثیف بشه، نذار، آینده خوبی نیست، گفت نه دوست داری من همینم، من خیلی تلاش کردم چند بار قهر رفتم چند بار، ۶ ماه یک سال، ولی این آقا پای من نبود، من خیلی کتک می‌خوردم، خیلی فحش می‌شنیدم، دیگه یه شب چاقو برداشتم رفتم توی اتاق بالا سرش گفتم امشب یا تورو می‌کشم یا خودمو، خیلی ترسید.*" (کد ۴)

زیرمضمون دوم: خشم انباشته و پرخاشگری واکنشی

تکرار عود و ناکامی در تغییر شرایط به انباشته شدن خشم و بروز رفتارهای پرخاشگرانه منجر شد. نمونه نقل قول‌ها: "*انقدر حرص خوردم که آخرش دیگه هر وقت خونه بود هی غرغر می‌کردم و زیر لب فحش می‌دادم، واقعا دست خودم نبود، وقتی می‌دیدمش، خودش رو، رفتاراش رو، یا وقتی صداش رو می‌شنیدم، واقعا دیگه نمی‌تونستم تحمل کنم، نمی‌تونستم نه خوش رو، نه کاراش رو، حتی نمی‌تونستم دیگه کنارش بخوابم، صدای نفس کشیدنش هم اذیتم می‌کرد، خیلی وقت‌ها می‌رفتم توی اتاق دختر کوچیکم روی زمین می‌خوابیدم، فقط بخاطر بچه‌ها موندم وگرنه می‌رفتم چون چیزی برای از دست دادن نداشتم.*" (کد ۵) "*همیشه باهاش در حال جنگ بودم و دوست داشتم که دائماً رفتاری از خودم نشون بدم که بهش بگم باید ترک کنی، کلن داشتم باهاش می‌جنگیدم، تحویلش نمی‌گرفتم، واقعا نمی‌تونستم تحملش کنم، حتی توی مهمونی توی جمع جلوی فامیل نشون می‌دادم که بهش بی‌محلی می‌کنم، خواهرزاده‌اش یه بار گفت شما طلاق عاطفی گرفتین.*" (کد ۳)

نکته قابل توجه آن است که در این مضمون برخلاف مضمون کنش‌های بی‌نتیجه ناشی از ناآگاهی، پرخاشگری و رفتارهای منفی زنان نه با نیت کنترل آگاهانه همسر، بلکه به عنوان واکنشی ناخودآگاه به درماندگی مزمن شکل گرفته‌اند. زنان در این وضعیت نه از سر کنترل و قدرت، بلکه از سر فرسودگی و خشم فروخورده واکنش نشان می‌دهند. این

وضعیت روانی می‌تواند منجر به تشدید تعارضات، احساس گناه، از دست رفتن صمیمیت، و حتی چرخه خشونت متقابل در رابطه شود. از منظر روان‌شناختی چنین رفتاری می‌تواند به سندروم فرسودگی هیجانی در نقش همسری شباهت داشته باشد، وضعیتی که فرد پس از تجربه تلاش‌های ناکام مکرر درگیر خشم مزمن، طرد عاطفی و واکنش‌های هیجانی کنترل‌ناپذیر می‌شود. فقدان حمایت روانی و اجتماعی، نبود درمان‌های بین‌فردی و خانوادگی، و ناتوانی در دسترسی به منابع مقابله‌گر از جمله عوامل مؤثر در بروز چنین واکنش‌هایی هستند.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که زنان در مواجهه با عود اعتیاد همسر بین دو قطب انفعال کامل و خشم کنترل‌نشده نوسان می‌کنند. هر دو سبک رفتاری با وجود تفاوت‌های ظاهری در عمل اثربخشی محدودی در جلوگیری از عود داشته‌اند. انفعال به تداوم مصرف در سکوت منجر شده و پرخاشگری نیز با افزایش تعارضات چرخه عود را تشدید کرده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف واکاوی عمیق محتوای تجربیات زنان از نقش خود در عود اعتیاد همسر به شناسایی دو مضمون محوری از کنش‌های احساسی در برابر اعتیاد همسر شامل انفعال محافظت‌گرانه و خشم‌های درماندگی دست یافت. این یافته‌ها نشان می‌دهند که تقابل زنان با پدیده اعتیاد نه یک وضعیت ایستا، بلکه واکنشی پیچیده و متناقض است که در بافت فرهنگی و روانی خاصی بازتولید می‌شود.

تبیین مضمون اول: انفعال محافظت‌گرانه (ازخودگذشتگی آسیب‌زا)

نخستین یافته محوری این مطالعه اتخاذ راهبردهای انفعالی از سوی زنان است که با نیت حمایت و حفظ بنیان خانواده صورت می‌گیرد. بر اساس گزارش‌های مشارکت‌کنندگان در بخش ازخودگذشتگی آسیب‌زا این زنان با نادیده گرفتن خواسته‌ها و نیازهای خود تلاش می‌کنند تا با فداکاری افراطی تنش‌های محیطی را کاهش داده و از فرزندان محافظت کنند. این الگو با نظریه طرحواره جنسیتی بم کاملاً همسو است، چرا که بر اساس این مدل زنان در بستر فرهنگی ایران نقش ایثارگر را درونی کرده و هویت خود را در گرو

نجات همسر می‌بینند، اما پارادوکس ماجرا اینجاست که این انفعال منجر به شکل‌گیری چرخه ناتوانمندسازی شود، جایی که زن با پوشش دادن پیامدهای مصرف همسر (مانند پرداخت بدهی‌ها)، ناخواسته فشار واقعی بیماری را از روی فرد وابسته به مواد برداشته و بستر را برای عود مجدد فراهم می‌سازد (ترکاشوند و همکاران، ۱۴۰۴؛ جهاندارلاشکی، ۱۴۰۲).

عدم مواجه و بی‌عملی را می‌توان بر اساس نظریه درماندگی آموخته شده سلیگمن تبیین نمود، جایی که بی‌عملی نه به معنای بی‌تفاوتی واقعی، بلکه به معنای ناتوانی در ایجاد تغییر، احساس بی‌قدرتی، یا ترس از فروپاشی بیشتر خانواده تفسیر می‌شود (قائمی و همکاران، ۱۴۰۳) که خود را در قالب پنهان‌کاری، سکوت، تسلیم، و پذیرش ناآگاهانه شرایط نشان می‌دهد. زنانی که برای حفظ آبرو، ترس از طرد اجتماعی یا به دلیل ناتوانی در دسترسی به منابع حمایتی تصمیم به پنهان‌کردن اعتیاد همسر می‌گیرند، عملاً به تداوم مصرف کمک می‌کنند. این وضعیت با نظریه دلبستگی نیز قابل تبیین است. فقدان پایگاه ایمن در خانواده و ترس از طرد شدن توسط خانواده مبدأ یا جامعه زن را در موقعیت راه رفتن روی لبه تیغ قرار می‌دهد (پهلوان و رستمی، ۱۴۰۴). این انفعال با تضعیف خودپنداره زن و ناتوان نمودن او در مقابل رفتار آسیب زننده همسر خطر بازگشت به مصرف را افزایش می‌دهد، چرا که محیط خانواده از یک محیط حامی و ناظر به یک محیط خنثی و تسلیم تغییر ماهیت می‌دهد (ترکاشوند و همکاران، ۱۴۰۴؛ امیدیان و همکاران، ۱۴۰۱).

تبیین مضمون دوم: خشم‌های درماندگی

رفتارهای پرخاشگرانه‌ی برخی زنان در قالب قهر، تحقیر، تهدید، انتقاد مداوم یا حتی درگیری فیزیکی اغلب به عنوان آخرین تلاش برای تأثیرگذاری بر همسر و پیشگیری از عود بروز می‌کند، اما این واکنش‌ها معمولاً از موضع قدرت نیست، بلکه ریشه در استیصال، ناکامی، و احساس ناکارآمدی دارد. به عبارت دیگر، این الگو با هیجان‌هایی مانند خشم، ناامیدی، و احساس بی‌عدالتی اجتماعی پیوند دارد (اونامو و همکاران، ۲۰۱۹؛ مستدام و همکاران، ۱۴۰۲). براساس نظریه درماندگی آموخته‌شده سلیگمن، هنگامی که راهبردهای انفعالی (سوختن و ساختن) در تغییر رفتار همسر با شکست مواجه می‌شوند زنان دچار

فرسودگی عاطفی شده و به سمت واکنش‌های هیجانی انفجاری سوق می‌یابند (امیدیان و همکاران، ۱۴۰۱). از دیدگاه نظریه سیستم‌های خانواده وجود الگوهای ناکارآمد تعامل در خانواده فرد وابسته به مواد نشانه‌ی اختلال در مرزهای خانوادگی است (برمن و کورلانچ[1]، ۲۰۲۱). در این چارچوب، رفتار زنان می‌تواند به عنوان بخشی از پویایی معیوب خانواده و تلاش ناهشیار برای تنظیم هیجانات در فضای پرتنش خانوادگی تفسیر شود.

این خشم‌ها بر اساس مدل تنظیم هیجان گراس ناشی از ضعف در راهبردهای سازگارانه برای مدیریت استرس‌های مزمن است (لوپز-فرناندز و کاس، ۲۰۲۰). نوسانات رفتاری زن و ایجاد فضای متشنج خانوادگی به عنوان یک محرک محیطی قوی عمل کرده که نه تنها بر بهبود وضعیت همسر تأثیری ندارد، بلکه ولع مصرف مجدد را در فرد در حال ترک تحریک کرده و منجر به بازگشت به اعتیاد می‌شود (مقامی و همکاران، ۱۳۹۹). بر اساس نظریه‌ی تنظیم هیجان، هنگامی‌که فرد نتواند احساسات منفی ناشی از وضعیت نابسامان را به‌درستی پردازش کند ممکن است این احساسات به صورت رفتارهای خشمگینانه یا پرخاشگرانه فوران کنند (سوسمن و سینکلر[2]، ۲۰۲۲؛ مستدام و همکاران، ۱۴۰۲).این مسئله در مصاحبه‌ها نیز دیده شد، جایی که زنان اذعان داشتند خشم‌شان در نهایت به انزوای بیشتر، قطع گفت‌وگو، و تشدید فاصله‌ی عاطفی انجامیده است. پژوهش‌های مشابه در سال‌های اخیر (نظیر میرحسینی و کوه‌پیما رونیزی، ۱۴۰۰؛ بختیاری و پوردل، ۱۴۰۳) نشان داده‌اند که درگیری‌های شدید زناشویی در زمان عود به‌ویژه زمانی‌که با تحقیر یا تهدید همراه است می‌تواند احساس شرم، خودکم‌بینی یا افسردگی در مردان وابسته به مواد را تشدید کرده و احتمال ادامه مصرف یا بازگشت به مصرف را افزایش دهد.

به طور کلی، در این تحقیق کیفی نشان داده شد که شیوه‌های رفتاری انفعالی یا پرخاشگرانه در نبود آگاهی، حمایت و مهارت نه تنها بهبودی را تسهیل نمی‌کنند، بلکه در مواردی خود به عوامل زمینه‌ساز عود اعتیاد بدل می‌شوند. انفعال با فراهم کردن فضای امن برای مصرف و پرخاشگری با تشدید تعارضات زناشویی هر دو می‌توانند به شکل‌گیری چرخه معیوب عود دامن بزنند (منچری و همکاران، ۲۰۲۱). نظریه سیستم‌های خانواده

1. Berman & Kurlancheek
2. Sussman & Sinclair

بوئن نشـان می‌دهد که این دو مضـمون در واقع بازنمایی سـطح پایین تمایزیافتگی خود در این زنان اسـت. در این سـیسـتم‌های درگیر اعتیاد زن میان دو قطب درهم‌تنیدگی عاطفی (انفعال) و واکنش عاطفی شـدید (پرخاشگری) در نوسان است و هر دو قطب این پیوستار به دلیل فقدان دانش روان‌شـناختی و مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر منجر به می‌شـوند که چرخه وابستگی را تقویت کرده و در نهایت احتمال عود اعتیاد را تشدید می‌کند.

نکته قابل توجه آن اسـت که با وجود تفاوت ظاهری هر دو سـبک رفتاری یادشـده (انفعال و پرخاشگری) ناشی از احساسات ناکارآمد بوده در عمل به یک چرخه‌ی آسیب‌زا ختم می‌شـوند: فقدان ارتباط مؤثر، افزایش تنش‌های زناشـویی، ناتوانی در تأثیرگذاری بر رفتار همسـر، و در نهایت تداوم یا تشـدید عود. به‌عبارتی هر دو سـبک نشـانه‌ای از کمبود مداخلات روانی–اجتماعی مؤثر و نبود حمایت تخصصی برای زنان درگیر با اعتیاد همسر هسـتند (محمدی و جبل عاملی، ۱۴۰۲). یافته‌های این پژوهش به طور جدی بر ضـرورت طراحی مداخلات آموزشـی و روان‌درمانی برای زنان دارای همسـر وابسـته به مواد تأکید می‌کنند، خصـوصـا آموزش مهارت‌هایی مانند تنظیم هیجانی، حل مسـئله، جرأت‌مندی و گفت وگوهای سـازنده، تشـخیص چرخه عود و مشـارکت در بازسـازی انگیزه‌ی درمانی مرد. همچنین، ایجاد شـبکه‌های حمایتی برای زنان در معرض فرسـودگی روانی می‌تواند به کاهش احسـاس انزوا و افزایش تاب‌آوری روان‌شـناختی آن‌ها کمک کند. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که زنان در مواجهه با عود اعتیاد همسرانشان اغلب دو الگوی رفتاری متضـاد اما در عمل ناکارآمد را اتخاذ می‌کنند: انفعالِ روانی–اجتماعی و رفتارهای پرخاشـگرانه‌ی ناشـی از اسـتیصـال. هر دو الگو نه‌تنها از اثربخشـی لازم برای کنترل یا پیشگیری از عود برخوردار نیستند، بلکه در مواردی به طور غیرمستقیم در تداوم چرخه‌ی اعتیاد و تعمیق روابط آسـیب‌دیده نقش دارند. بنابراین، درک عمیق‌تر از تجارب زنان طراحی خدمات تخصـصـی برای آن‌ها و مشـارکت فعال آن‌ها در مسـیر درمان همسـر از الزامات اساسی برای کاهش نرخ عود در خانواده‌های درگیر با اعتیاد است.

این پژوهش با محدودیت‌هایی نظیر تعمیم‌پذیری محدود به دلیل ماهیت کیفی و تمرکز بر جغرافیای خاص و همچنین سـوگیری احتمالی در ابزارهای خودگزارش‌دهی و مصـاحبه‌ها

به دلیل انگ اجتماعی مواجه بود. پیشنهاد می‌شود درمانگران مداخلات خود را بر توانمندسازی همسران، آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان و اصلاح الگوهای هم‌وابستگی متمرکز کنند تا از تبدیل شدن زن به محرک عود جلوگیری شود.

منابع

امیدیان، سارا؛ کاظمیان‌مقدم، کبری و هارون رشیدی، همایون (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تحمل پریشانی و باورهای ارتباطی زنان دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۶*(۶۴)، ۳۲۷–۳۰۹. https://doi.org/10.52547/etiadpajohi.16.64.309

اوکاتی، مریم و عرب، علی (۱۴۰۱). مقایسه دشواری تنظیم هیجانی، ترس از ارزیابیهای منفی اجتماعی و تمایل به خودکشی درزنان دارای همسر معتاد و غیرمعتاد. *فصلنامه علمی-پژوهشی سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، *۶*(۱)، ۲۷۵-۲۶۶.

بابائی، امید (۱۴۰۴). روایت‌پژوهی تجربه زیسته زنان آسیب‌دیده از زندگی با همسران وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۹*(۷۶)، ۱۸۰–۱۵۹. https://doi.org/10.22034/ETI.19.76.159

بختیاری، معصومه و پوردل، مژگان (۱۴۰۳). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تحمل پریشانی و تاب‌آوری در زنان دارای همسر زندانی وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۷*(۷۰)، ۲۸۸–۲۶۷. https://doi.org/10.61186/etiadpajohi.17.70.267

پهلوان، نرگس و رستمی، محمد (۱۴۰۴). عوامل تسهیل‌کننده خانوادگی درمان اعتیاد: یک مطالعه کیفی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۹*(۷۶)، ۱۵۸–۱۲۹. https://doi.org/10.22034/ETI.19.76.129

ترکاشوند، فاطمه؛ نقی‌زاده، عیسی و گلچین، مسعود (۱۴۰۴). تحلیل پدیدارشناختی تجربه زیسته زنان از اعتیاد همسرانشان: مطالعه موردی زنان محله کلاک نو کرج. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۹(۷۸)، ۱۰۹-۷۷. https://doi.org/10.22034/ETI.19.78.77

تقی‌پور شیوا؛ باغستانی محمد حسین و سعادتی نادره (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس ادراک‌شده و مشکلات ارتباطی زنان دارای همسر معتاد در حال ترک. فصلنامه *اعتیادپژوهی*. *۱۳*(۵۱)، ۸۸–۷۱.

جانی، ستاره و عطادخت، اکبر (۱۳۹۹) پیش‌بینی افسردگی و افکار خودکشی زنان دارای همسر معتاد بر اساس استرس ادراک‌شده و ناگویی خلقی. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، *۱۱*(۴۳)، ۲۳۶–۲۱۷. https://doi.org/10.22054/qccpc.2020.50957.2350

جهاندارلاشکی، زینب (۱۴۰۲). واکاوی روایت خانوادهها از زندگی با فرد معتاد: مطالعه‌ای کیفی. مطالعات راهبردی زنان، ۲۶(۱۰۱)، ۱۷۷-۱۹۹. https://doi.org/10.22095/jwss.2024.423127.3341

دهقان‌نیری، ناهید و بهرام‌نژاد، فاطمه (۱۴۰۴). پژوهش کیفی و تحلیل محتوا: مروری بر مطالعات گرانهایم و لاندمن (۲۰۰۴ و ۲۰۲۰). *حیات*، *۳۱*(۲)، ۱۲۱-۱۱۲.

رفیعی حسن (۱۳۹۳) بررسی عوارض و تبعات اعتیاد همسر از طریق مقایسه زنان عادی و زنان دارای همسر معتاد. *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، *۱۲*(۲)، ۱۹۴– https://doi.org/10.22051/jwsps.2015.1485.۱۷۱

زارعان فهمیه؛ لطیفی زهره و میرمهدی سیدرضا (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل پریشانی و سردرد همسران معتادان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۴*(۵۵)، ۲۱۲–۱۹۳. https://doi.org/10.29252/etiadpajohi.14.55.193

عباسی، محمد؛ قدم‌پور، عزت‌اله؛ بهرامی، عرفان و موسایی، محمدامین (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرش‌های ناکارآمد، خودکارآمدی ترک و بهزیستی روان‌شناختی در افراد وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۸*(۷۳)، ۲۰۴–۱۸۱. https://doi.org/10.61186/etiadpajohi.18.73.181

غلامی آبیز، محسن، عنایت، حلیمه و خسروی، رقیه (۱۳۹۹). تجربه زیسته ی زنان از خانواده نابسامان در فرایند اعتیاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۴*(۵۸)، ۱۱۳-۱۴۲. https://doi.org/10.29252/etiadpajohi.14.58.113

قائمی، احمد؛ احدی، حسن و تاجری، بیوک (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی–رفتاری بر تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد در حال بهبود شاغل و غیرشاغل. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۸*(۷۳)، ۷۸–۵۵. https://doi.org/10.61186/etiadpajohi.18.73.55

محمدی، آزاده؛ حیدری، حسن و داودی، حسین (۱۴۰۴). تدوین شیوه‌نامه آموزشی روانی شکوفایی مبتنی بر نظریه سلیگمن بر اساس بافت فرهنگی ایران برای زنان دارای همسر وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۹*(۷۶)، ۱۲۸–۱۰۳. https://doi.org/10.22034/ETI.19.76.103

محمدی، منیره و جبل عاملی، شیدا (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر خودانتقادی و تحمل پریشانی در زنان دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۷*(۷۰)، ۲۴۴–۲۲۱. https://doi.org/10.61186/etiadpajohi.17.70.221

مستدام، زهرا؛ رضایی‌شریف، علی و صرامی، حمیدرضا (۱۴۰۲). تجربه زیسته زنان متقاضی طلاق با همسر وابسته به مواد: یک مطالعه پدیدارشناسی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۷*(۷۰)، ۷۸-۵۵. https://doi.org/10.61186/etiadpajohi.17.70.55

مقامی، امید؛ ایزدی، راضیه و جابری، سمیه (۱۳۹۹). تأثیر آموزش مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی بر شرم، انعطاف‌پذیری شناختی و سازگاری زناشویی زنان دارای همسر معتاد در حال ترک در شهر اصفهان (مقاله علمی وزارت علوم). *پژوهش های علوم شناختی و رفتاری*، *۱۰*(۲)، ۱۸-۱. https://doi.org/10.22108/cbs.2021.125831.1465

مؤیدی‌مهر، مریم، پیمانی، جاوید، احدی، حسن و تیزدست، طاهر (۱۴۰۲). بررسی تأثیر آموزش برنامه توانمند سازی روان شناختی بر مسئولیت‌پذیری زناشویی و بهزیستی روانی زنان همسر معتاد. *نشریه روان پرستاری*، *۱۱*(۳)، ۹۴-۸۱. https://doi.org/10.22034/IJPN.11.3.8

میرحسینی، زهرا و کوه‌پیما رونیزی، زهرا (۱۴۰۰). واکاوی فهم ادراک‌شدهٔ زنان از آسیب‌های حوزهٔ خانواده (مورد مطالعه: زنان شهر فسا). *پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران*، *۱۰*(۱)، ۹۸—۷۱. https://doi.org/10.22108/srspi.2021.124148.1586

References

Arch, J. J., Fishbein, J. N., Finkelstein, L. B., & Luoma, J. B. (2023). Acceptance and commitment therapy processes and mediation: Challenges and how to address them. *Behavior Therapy*, 54(6), 971–988. https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.07.005

Berman, B. M., & Kurlancheek, K. (2021). The choice point model of acceptance and commitment therapy with inpatient substance use and co-occurring populations: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, *12*, 758356. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.758356

Kechter, A., Barrington-Trimis, J. L., Cho, J., Davis, J. P., Huh, J., Black, D. S., & Leventhal, A. M. (2021). Distress tolerance and subsequent substance use throughout high school. *Addictive Behaviors*, *120*, 106983. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106983

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985) *Naturalistic Inquiry*. Sage publications.

Lopez-Fernandez, O., & Kuss, D. J. (2020). Preventing harmful internet use-related addiction problems in Europe: A literature review and policy options. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(11), 3797. https://doi.org/10.3390/ijerph17113797

Mancheri, H., Sabzi, Z., Alavi, M., Vakili, M. A., & Maghsoudi, J. (2021). The quality of life of women with addicted husbands and its related factors in Gorgan, Iran. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*, *18*(1), 9-12. https://doi.org/10.52547/jgbfnm.18.1.9

Mattingley, S., Youssef, G. J., Manning, V., Graeme, L., & Hall, K. (2022). Distress tolerance across substance use, eating, and borderline personality disorders: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *300*, 492-504.https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.126

Myers, E. J., Abel, D. B., Mickens, J. L., Russell, M. T., Rand, K. L., Salyers, M. P., ... & Minor, K. S. (2024). Meta-analysis of the relationship between metacognition and disorganized symptoms in psychosis. *Schizophrenia Research*, *264*, 178-187. https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.12.009

O'Donohue, W. (2023). The scientific status of acceptance and commitment therapy: An analysis from the philosophy of science. *Behavior Therapy*, *54*(6), 956-970.https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.07.006

Onaemo, V. N., Chireh, B., Fawehinmi, T. O., & D'Arcy, C. (2024). Comorbid substance use disorder, major depression, and associated disability in a

nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders*, *348*, 8-16. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.12.016

Smith, K., Lacadie, C. M., Milivojevic, V., Fogelman, N., & Sinha, R. (2023). Sex differences in neural responses to stress and drug cues predict future drug use in individuals with substance use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 244: 109794. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.109794

Stellern, J., Xiao, K. B., Grennell, E., Sanches, M., Gowin, J. L., & Sloan, M. E. (2023). Emotion regulation in substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, *118*(1), 30-47. https://doi.org/10.1111/add.16001

Sussman, S., & Sinclair, D. L. (2022). Substance and behavioral addictions, and their consequences among vulnerable populations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(10), 6163. https://doi.org/10.3390/ijerph19106163

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2023). World drug report 2023. United Nations. https://ww'.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr.html

van der Heijden, H. S., Schirmbeck, F., Berry, L., Simons, C. J., Bartels-Velthuis, A. A., Bruggeman, R., ... & Vermeulen, J. (2022). Impact of coping styles on substance use in persons with psychosis, siblings, and controls. *Schizophrenia Research*, *241*, 102-109. https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.01.030

Winters, D. E., Brandon-Friedman, R., Yepes, G., & Hinckley, J. D. (2021). Systematic review and meta-analysis of socio-cognitive and socio-affective processes association with adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence*, *219*, 108479. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108479

Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 20, No. 80, P 237-260, Summer 2026

Research Article

A Qualitative Analysis of the Formation of the Relapse Trajectory: Exploring the Lived Experiences of Men During Abstinence

Salman Zarei[1]

Received: 2026/05/22 Accepted: 2026/08/27

Abstract

Objective: The present study aimed to explore the trajectory of relapse through the lived experiences of men during abstinence. **Method:** This qualitative study employed an interpretative phenomenological approach. Data were collected via in-depth, semi-structured interviews with 11 men residing in Tehran who had experienced a relapse following at least a three-month period of abstinence within the past year. Participants were selected using purposive maximum variation and snowball sampling techniques. Data analysis was conducted based on the six-step approach proposed by Smith et al. **Results:** The data analysis yielded four main themes: 1) self-regulatory system dysfunction, 2) lack of interpersonal support and harmful relational networks, 3) structural barriers and the failure of formal support systems, and 4) identity crisis and the collapse of the self-reconstruction process. **Conclusion:** The findings indicated that relapse occurs when an individual simultaneously confronts overwhelming, uncontrollable emotions; familial and societal rejection; limited employment opportunities; and an inability to construct a new identity. These results underscore the necessity of designing coordinated, multidimensional support programs to transform the abstinence phase from a period of cumulative deprivation into a well-supported journey.

Keywords: Abstinence, Interpretative phenomenology, Men's lived experiences, Relapse

1. Corresponding Author: Associate professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran. Email: zarei.s@lu.ac.ir

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال بیستم، شماره هشتاد، ص۲۶۰-۲۳۷، تابستان ۱۴۰۵

مقاله پژوهشی

تحلیل کیفی شکل‌گیری مسیر عود مصرف مواد: واکاوی تجربهٔ زیستهٔ مردان در دورهٔ پرهیز

سلمان زارعی[1]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۰۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۰۵

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف واکاوی چگونگی شکل‌گیری مسیر عود مصرف مواد از خلال تجربهٔ زیستهٔ مردان در دورهٔ پرهیز انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و روش پدیدارشناسی تفسیری انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبهٔ عمیق نیمه‌ساختاریافته با ۱۱ مرد با تجربهٔ عود پس از یک دورهٔ پرهیز حداقل سه ماهه در یک سال گذشته ساکن در شهر تهران گردآوری گردید. نمونه‌گیری به صورت هدفمند با حداکثر تنوع و به روش گلوله برفی انجام شد. تحلیل داده‌ها بر اساس روش شش مرحله‌ای اسمیت و همکاران صورت پذیرفت. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها به استخراج چهار مقولهٔ اصلی انجامید: ۱) بدکارکردی سیستم خودتنظیمی، ۲) خلأ حمایت بین‌فردی و شبکهٔ رابطه‌ای آسیب‌زا، ۳) موانع ساختاری و شکست سیستم‌های حمایتی رسمی، و ۴) بحران هویت و فروپاشی پروژهٔ بازسازی خود. **نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان داد که بازگشت به مصرف زمانی رخ می‌دهد که فرد همزمان با طغیان هیجانات مهارنشدنی، طرد از سوی خانواده و جامعه، بسته بودن درهای اشتغال، و ناتوانی در تعریف هویتی تازه برای خود روبه‌رو می‌شود. این نتایج ضرورت طراحی برنامه‌های حمایتی هماهنگ و چندبعدی را برجسته می‌کند تا مسیر پرهیز از انباشت محرومیت‌ها به مسیری حمایت‌شده تبدیل شود.

کلیدواژه‌ها: عود مصرف مواد، دورهٔ پرهیز، پدیدارشناسی تفسیری، تجربهٔ زیستهٔ مردان

۱. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران. پست الکترونیک:Zarei.S@lu.ac.ir

مقدمه

اختلالات مصرف مواد یکی از مهم‌ترین و رو به رشدترین چالش‌های بهداشتی در سطح جهانی است که سهم چشمگیری در ناتوانی، مرگ و میر و بار اقتصادی-اجتماعی جوامع دارد (ژانگ[1] و همکاران، ۲۰۲۴؛ خالدیان و حسنوند، ۱۴۰۴). بر اساس آخرین گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد[2] (۲۰۲۵)، در سال ۲۰۲۳ نزدیک به ۲۹۶ میلیون نفر در جهان مواد مخدر مصرف کرده‌اند که حدود ۶ درصد از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال را تشکیل می‌دهد و در مقایسه با یک دهۀ قبل افزایشی چشمگیر یافته است. ماهیت مزمن و عودکننده ویژگی تعیین‌کنندۀ این اختلالات است و عود به عنوان بازگشت به مصرف ماده پس از یک دورۀ پرهیز تعریف می‌شود (مو[3] و همکاران، ۲۰۲۲). در واقع، اختلالات مصرف مواد به عنوان شرایطی مزمن مشابه سایر بیماری‌های طبی نظیر فشار خون بالا یا دیابت مفهوم‌پردازی شده‌اند که در آن‌ها دوره‌های بهبودی با عود علائم همراه است (ولکوف[4] و همکاران، ۲۰۱۶). میزان بالای عود بزرگ‌ترین مانع در مسیر دستیابی به بهبودی پایدار و چالش اصلی در مدیریت بلندمدت این اختلالات است (مولر[5] و همکاران، ۲۰۲۱).

با وجود این اهمیت، نرخ عود پس از درمان در بافت‌های فرهنگی و روش‌های درمانی گوناگون به طور نگران‌کننده‌ای بالا باقی مانده است. شواهد فراتحلیلی نشان می‌دهد که تقریباً ۴۰ تا ۶۰ درصد از افرادی که برای اختلالات مصرف مواد تحت درمان قرار می‌گیرند ظرف یک سال پس از درمان به مصرف مواد بازمی‌گردند، رقمی که با نرخ عود مشاهده‌شده در سایر بیماری‌های مزمن پزشکی قابل مقایسه است (کلین[6] و همکاران، ۲۰۲۲؛ محمدی و همکاران، ۱۴۰۱). مطالعات طولی به طور پیوسته نشان داده‌اند که دورۀ بلافاصله پس از قطع درمان یا ترخیص از مراکز اقامتی بیشترین خطر عود را به همراه دارد (اندرسون[7] و همکاران، ۲۰۱۹). آسیب‌پذیری در این دوره زمانی ضرورت درک تجربۀ

1. Zhang
2. united nations office on drugs and crime
3. Moe
4. Volkow
5. Mellor
6. Klein
7. Andersson

افرادی را برجسته می‌سازد که در حال گذار از محیط‌های ساختاریافتهٔ درمانی به محیط زندگی اجتماعی هستند. دورهٔ پرهیز به دور از آنکه وضعیتی با ثبات باشد غالباً با کشمکش‌های درونی شدید، فشارهای محیطی و تردیدهای وجودی همراه است که مجموعاً مسیر منتهی به عود یا دور شدن از آن را شکل می‌دهند (هامفریز و فیتچ[1]، ۲۰۲۵).

در همین راستا، پژوهش‌های گسترده دامنهٔ وسیعی از عوامل مرتبط با عود را شناسایی کرده‌اند. از لحاظ عصب-زیستی، ولع مصرف و واکنش‌پذیری به نشانه‌ها نقشی محوری دارند، به‌گونه‌ای که مواجهه با محرک‌های مرتبط با مواد موجب فعال‌سازی مدارهای پاداش مغزی شده و امیال قدرتمندی ایجاد می‌کند که کنترل ارادی را تضعیف می‌نماید (ولکوف و همکاران، ۲۰۱۶؛ زیلورستند[2] و همکاران، ۲۰۱۸). از منظر روان‌شناختی، ناتوانی در تحمل و تعدیل حالت‌های عاطفی منفی شامل احساس تنهایی، پوچی، خشم فروخورده و بی‌حوصلگی مزمن به طور پیوسته با آسیب‌پذیری نسبت به عود مرتبط است (کلودیوس[3] و همکاران، ۲۰۲۰؛ کوب[4]، ۲۰۲۱؛ عامری و نجفی، ۱۴۰۴؛ محمدامینی و همکاران، ۱۴۰۵). این هیجانات منفی هنگامی که با نشخوار ذهنی و سوگیری توجه به سمت نشانه‌های مصرف همراه می‌شوند ظرفیت فرد را برای به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای شدیدا کاهش می‌دهند. در سطح بین‌فردی نیز عوامل متعددی زمینه‌ساز عود شناخته شده‌اند که عبارتند از: تعارضات خانوادگی همراه با سرزنش و انتقاد (کلین و همکاران، ۲۰۲۶؛ نعمتی سوگلی تپه و خالدیان، ۱۴۰۱)، فرسایش شبکه‌های اجتماعی محافظت‌کننده و تجربهٔ طرد از سوی دوستان و آشنایان (پترسن[5] و همکاران، ۲۰۱۳)، و کشش پایدار گروه‌های همسال مصرف‌کننده که تنها منبع تعلق اجتماعی بدون قضاوت را برای فرد فراهم می‌کنند (دینگل[6] و همکاران، ۲۰۱۵؛ قاسم‌زاده، ۱۴۰۴).

با این حال، شناسایی عوامل فردی و بین‌فردی به تنهایی کافی نیست، زیرا ساختارهای اجتماعی و اقتصادی نیز به طور نظام‌مند مسیر بازگشت به مصرف را هموار می‌سازند. بیکاری مزمن، فقدان سرمایهٔ مالی و ناامنی مسکن بستری از ناامیدی می‌آفرینند که

1. Humphreys & Finch
2. Zilverstand
3. Cludius
4. Koob
5. Pettersen
6. Dingle

تلاش‌های بهبودی را تضعیف می‌کند (عربان[1] و همکاران، ۲۰۲۶). در کنار این محرومیت اقتصادی، انگ نهادی و تبعیض سیستماتیک که توسط نظام‌های بهداشتی، قضایی و اداری بازتولید می‌شود هویتی لکه‌دار را بر پیشانی فرد حک می‌کند و فرصت‌های ادغام مجدد در جامعه را محدود می‌سازد (راموس[2] و همکاران، ۲۰۲۶). همچنین، ضعف ساختاری در نظام درمان ازجمله نبود خدمات پیگیری پس از ترخیص، آموزش‌های غیرکاربردی و ناهماهنگی میان مراکز درمانی و جامعه موجب می‌شود فرد در حساس‌ترین لحظهٔ انتقال از درمان به زندگی عادی بدون حمایت رها شود (مهاری[3] و همکاران، ۲۰۲۶). این ناپیوستگی سیستمی دورهٔ پرهیز را به کوششی عمیقاً انفرادی بدل می‌کند. نکتهٔ مهم آنکه در عمیق‌ترین لایه فرد با بحرانی هویتی و وجودی روبه‌رو می‌شود: زندگی پاک از هدف و معنای جایگزین تهی به نظر می‌رسد، امید به تغییر پایدار تحلیل می‌رود و هویت فرد وابسته به مواد چنان با خودانگارهٔ فرد عجین می‌شود که تصور خود بدون این برچسب ناممکن می‌گردد (هیل و لیمینگ[4]، ۲۰۱۴؛ سورشکومار[5] و همکاران، ۲۰۲۱). این مجموعه از عوامل درهم‌تنیده نه به صورت مجزا بلکه در قالب فرایندی انباشتی و چندلایه مسیر عود را شکل می‌دهند و ضرورت فهم یکپارچه از این سطوح را در مقابل پژوهشگران قرار می‌دهد.

با وجود انبوه پژوهش‌های کمی در شناسایی عوامل خطر عود، سه خلا اساسی در این حوزه وجود دارد. نخست، بیشتر این پژوهش‌ها به عوامل منفرد پرداخته‌اند و تعامل همزمان سطوح مختلف را بررسی نکرده‌اند. دوم، رویکردهای متغیرمحور اگرچه برای برقراری روابط احتمالاتی ضروری‌اند، اما ذاتاً در روشن‌سازی بافت زندهٔ فرایند عود از جمله حس درونی از دست دادن کنترل، تجربهٔ پدیدارشناختی ولع و معناسازی پیرامون لغزش محدود هستند (اسوندسن[6]، ۲۰۲۶). سوم، بخش عمدهٔ مطالعات کیفی موجود در چهارچوب‌های فرهنگی غربی انجام شده و بافت متمایز اجتماعی-فرهنگی ایران کمتر مورد کاوش قرار گرفته است. در چنین شرایطی پژوهش کیفی که بر مبنای سنت پدیدارشناسی اجرا می‌شود

1. Araban
2. Ramos
3. Mehari
4. Hill & Leeming
5. Sureshkumar
6. Svendsen

این امکان را فراهم می‌آورد که به جای آزمون فرضیه‌های از پیش موجود به درون جهان ذهنی افراد گام نهاد و پدیده را آن‌گونه که بر آنان پدیدار می‌شود فهمید (اسمیت[1] و همکاران، ۲۰۲۲). دورهٔ پرهیز نیز به عنوان یک وضعیت مرزی، جایی که فرد میان خاطرهٔ مصرف گذشته، تقلای خودتنظیمی حال، و عدم قطعیت آینده معلق است، پنجره‌ای منحصربه‌فرد برای مشاهده و روایت نیروهای شکل‌دهنده به مسیر عود محسوب می‌شود (شانمیوگام[2] و همکاران، ۲۰۲۵).

این محدودیت‌ها و ضرورت بکارگیری رویکرد پدیدارشناسی زمانی اهمیت آن‌ها آشکارتر می‌شود که به ویژگی‌های متمایز بافت فرهنگی و ساختاری ایران توجه شود. در جامعهٔ ایرانی خانواده از جایگاهی محوری برخوردار است و الگوهای تعاملی درون آن از جمله سرزنش، محافظت افراطی یا طرد تأثیری تعیین‌کننده در مسیر بهبود یا عود دارد (تقوایی‌نیا و توکل‌کوخدان، ۱۴۰۴). همچنین، ساختار درمان اعتیاد در ایران عمدتاً مبتنی بر مراکز اقامتی (کمپ‌ها) و مراکز درمان سرپایی است و برنامه‌های مراقبت پس از ترخیص به‌صورت نظام‌مند و پیوسته در دسترس نیستند. این ناپیوستگی سیستمی در کنار انگ اجتماعی عمیق و موانع ساختاری نظیر بیکاری و تبعیض نهادی شرایطی را پدید می‌آورد که دورهٔ پرهیز به تجربه‌ای شکننده و پرخطر بدل می‌شود. بدین ترتیب، با توجه به شیوع بالای اختلالات مصرف مواد در ایران و محدودیت پژوهشی موجود در زمینهٔ فهم تجربهٔ زیستهٔ افراد در دورهٔ پرهیز، مطالعهٔ حاضر با هدف واکاوی چگونگی شکل‌گیری مسیر عود از خلال روایت‌های مردانی که این دوره را پشت سر می‌گذارند طراحی و اجرا شد تا با ارائه تصویری عمیق و زمینه‌محور از فرایند عود گامی در جهت توسعهٔ مداخلات پیشگیرانه‌ای بردارد که با واقعیت زیستهٔ این افراد همخوانی بیشتری دارد.

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و با استفاده از روش پدیدارشناسی تفسیری انجام شد. پدیدارشناسی تفسیری نه در پی کشف روابط علت و معلولی بلکه در پی کشف معنا و

1. Smith
2. Shanmugam

ساختارهای نهفته در تجربهٔ آگاهانهٔ انسان‌هاست. از این رو، برای واکاوی عمیق تجربهٔ زیستهٔ افراد در دورهٔ پرهیز و فهم چگونگی شکل‌گیری مسیر عود تناسب کامل دارد (نیل[1] و همکاران، ۲۰۰۵). جامعهٔ هدف پژوهش شامل همه مردان ساکن شهر تهران در تابستان سال ۱۴۰۴ بود که سابقهٔ مصرف مواد داشتند و تجربهٔ عود پس از یک دورهٔ پرهیز کامل را در یک سال گذشتهٔ داشتند. دسترسی به مشارکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری هدفمند و به طور مشخص از نوع حداکثر تنوع آغاز شد. بدین منظور، نخستین مشارکت‌کننده از طریق یکی از مراکز ترک اعتیاد شناسایی و سپس با استفاده از روش گلوله‌برفی افراد واجد شرایط دیگر به پژوهش دعوت شدند. برای دست یافتن به غنی‌ترین تصویر از پدیده تنوع نمونه بر اساس سن (۲۱ تا ۵۴ سال)، نوع مادهٔ مصرفی اصلی (افیونی، محرک، یا ترکیبی)، و طول دورهٔ پرهیز قبلی در نظر گرفته شد. فرایند نمونه‌گیری زمانی متوقف شد که تحلیل همزمان داده‌ها حاکی از رسیدن به اشباع نظری بود، نقطه‌ای که در آن مصاحبه‌های جدید دیگر مفهوم یا مقولهٔ تازه‌ای به ساختار نوظهور یافته‌ها اضافه نمی‌کردند. این اشباع پس از ۸ مصاحبه رخ داد و برای حصول اطمینان ۳ مصاحبهٔ دیگر نیز انجام شد تا اشباع کامل تأیید گردد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل این موارد بود: داشتن حداقل ۱۸ سال سن؛ سکونت در شهر تهران؛ تجربهٔ حداقل یک دورهٔ پرهیز کامل از تمام مواد به مدت سه ماه متوالی در یک سال گذشته و عود متعاقب آن؛ قرار داشتن در دورهٔ پرهیز مجدد به مدت حداقل دو هفته و حداکثر یک ماه در زمان مصاحبه (زیرا در این بازهٔ زمانی خاطرهٔ عود تازه‌ترین و جزئی‌ترین روایت را دارد و فرد همزمان درگیر چالش‌های اولیهٔ پرهیز است)؛ و تمایل آگاهانه به مشارکت و توانایی روایت منسجم تجربه. لازم به ذکر است که منظور از پرهیز کامل امتناع از مصرف هرگونه مواد مخدر و روان‌گردان (به‌جز نیکوتین و کافئین) به مدت حداقل سه ماه متوالی بود که با معیارهای زیر تأیید شد: ۱) خودگزارشی مشارکت‌کننده مبنی بر عدم مصرف، ۲) سپری کردن دورهٔ پرهیز در مراکز اقامتی درمان اعتیاد، محیط خانه با حمایت خانواده، یا به صورت سرپایی با حضور منظم در جلسات درمانی، و ۳) تأیید صحت خودگزارشی از طریق تماس با کادر

1. Neale

درمانی مرکز یا یکی از اعضـــای خانواده. ملاک‌های خروج از پژوهش شـــامل این موارد بود: حضور تحت تأثیر مواد یا داروهای روان‌گردان در زمان مصاحبه (که از طریق مشاهدهٔ بالینی نشـــانه‌هایی نظیر مردمک‌های غیر طبیعی، گفتار منگ، لرزش، بی‌قراری شـــدید یا خواب‌آلودگی غیرعادی بررسـی و در صـورت مشـاهده مصـاحبه به زمان دیگری موکول می‌شـــد. مصـــرف درمانی متادون یا بوپرنورفین ملاک خروج نبود)، و عدم تمایل به ادامهٔ همکاری.

ابزار اصلی گردآوری داده‌ها مصاحبهٔ عمیق نیمه‌ساختاریافته بود. یک راهنمای مصاحبهٔ اولیه توسط پژوهشگر تدوین و پس از اجرای دو مصاحبهٔ آزمایشی پالایش و نهایی شد. از جمله پرسش‌های محوری این راهنما می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: "*می‌توانید برای من از آخرین باری که پس از یک دوره پاکی، دوباره به سمت مصرف کشیده شدید، تعریف کنید؟ چه اتفاقی در درون و اطرافتان در حال رخ دادن بود؟* "، "*لحظهٔ تصـــمیم‌گیری برای مصـرف دوباره را چطور به یاد می‌آورید؟ چه افکار، احساسات یا تصاویری در آن لحظه به ســـراغتان آمد؟* "، و "*نقش اطرافیان، خانواده و جامعه را در آن مقطع چطور توصـــیف می‌کنید؟ چه کســـانی یا چه شـــرایطی به ماندن در پرهیز کمک می‌کردند و چه چیزهایی شـما را به سـمت مصـرف برمی‌گرداند؟* ". مصـاحبه‌ها در فضـاهایی انجام می‌شـد که برای مشارکت‌کنندگان امن، خنثی و قابل دسترس می‌بود که عمدتاً اتاق مشاورهٔ مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد و کلینیک‌های مددکاری اجتماعی بود. مدت مصاحبه‌ها بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه متغیر بود. تمامی مصـاحبه‌ها پس از کسـب اجازهٔ کتبی از مشـارکت‌کنندگان به‌صـورت دیجیتال ضبط و سپس کلمه به کلمه پیاده‌سازی شـد. یادداشـت‌های میدانی نیز برای ثبت زبان بدن، لحن صدا و فضای عاطفی جلسات به‌کار گرفته شد.

تحلیل داده‌ها بر اسـاس روش شـش مرحله‌ای تحلیل پدیدارشـناسـی تفسـیری[1] پیشـنهاد شـده توسـط اسـمیت و همکاران (۲۰۲۲) انجام پذیرفت. این فرایند حرکتی چرخشـی و تفسیری از جزء (تجربهٔ تک‌فرد) به کل (الگوی مشترک) است. مراحل به این ترتیب دنبال

1 . interpretative phenomenological analysis

شد: غوطه‌ور شدن در داده‌ها از طریق خواندن و بازخواندن مکرر متون پیاده‌شده همراه با گوش دادن به فایل صوتی؛ یادداشت‌برداری اکتشافی اولیه با تمرکز بر محتوای توصیفی، ویژگی‌های زبانی، و مفاهیم انتزاعی‌تر در حاشیهٔ متن؛ توسعهٔ مضامین نوظهور از دل یادداشت‌ها برای هر مصاحبه که همزمان گامی به سوی انتزاع و تفسیر بود؛ خوشه‌بندی و جستجوی ارتباطات میان مضامین در هر مورد برای ایجاد یک ساختار سلسله‌مراتبی از مقوله‌های اصلی و فرعی مختص همان فرد؛ حرکت به مورد بعدی و تکرار دقیق همین چرخه با حفظ نگاهی باز و تهی از پیش‌فرض‌های تحلیل موارد پیشین؛ و در نهایت، جستجوی الگوها در تمام موارد که طی آن جداول مضامین فردی با یکدیگر مقایسه و ترکیب شدند تا یک چارچوب مفهومی نهایی، مشترک و در عین حال حساس به تنوع تجارب پدید آید.

برای تأمین اعتبار و قابلیت اعتماد داده‌ها، از چهار معیار پیشنهادی لینکلن و گوبا [1] (۱۹۸۵) استفاده شد: ۱) اعتبار[2]: پس از پیاده‌سازی هر مصاحبه خلاصهٔ تحلیلی آن به همراه کدهای استخراج‌شده به مشارکت‌کننده بازگردانده شد تا صحت برداشت پژوهشگر تأیید یا اصلاح گردد. همچنین، پژوهشگر با غوطه‌وری طولانی‌مدت در داده‌ها (خواندن و بازخوانی مکرر متون) سعی در درک عمیق تجربهٔ مشارکت‌کنندگان داشت، ۲) قابلیت تأیید[3]: پژوهشگر پیش‌فرض‌های نظری و ذهنی خود را در قالب یادداشت‌های تأملی روزانه ثبت و در فرایند تحلیل تلاش کرد تا حد امکان از تأثیر این پیش‌فرض‌ها بر کدگذاری و تفسیر داده‌ها بکاهد. همچنین، همهٔ مراحل تحقیق از نمونه‌گیری تا تحلیل مستندسازی شد تا دیگر پژوهشگران بتوانند مسیر اجرا را دنبال کنند، ۳) قابلیت اطمینان[4]: متن پیاده‌شده و کدهای استخراج‌شده از دو مصاحبه به صورت تصادفی در اختیار یک متخصص پژوهش‌های کیفی قرار داده شد تا هم‌پوشانی کدگذاری‌ها بررسی و در موارد اختلاف از طریق بحث گروهی به توافق برسند، و ۴) قابلیت انتقال[5]: با انتخاب مشارکت‌کنندگان از مناطق مختلف شهر تهران و با حداکثر تنوع از نظر سن، نوع ماده مصرفی، و طول دورهٔ

1. Lincoln & Guba
2. credibility
3. confirmability
4. dependability
5. transferability

پرهیز سعی شد شرایط برای تعمیم‌پذیری یافته‌ها به موقعیت‌های مشابه فراهم شود. همچنین، توصیف غنی از مشارکت‌کنندگان و زمینهٔ پژوهش ارائه شد تا خواننده بتواند شباهت‌ها و تفاوت‌ها را با زمینهٔ خود مقایسه کند.

در تمام مراحل پژوهش ملاحظات اخلاقی زیر رعایت گردید: از تمامی مشارکت‌کنندگان پیش از مصاحبه رضایت‌نامهٔ کتبی آگاهانه اخذ و حق انصراف از ادامهٔ همکاری در هر مرحله برای آنان محفوظ شد. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که تمام اطلاعات شخصی آن‌ها (نام، نام خانوادگی، نشانی، و هر مشخصهٔ دیگر) به طور کامل از متون پیاده‌شده و گزارش نهایی حذف و با کد جایگزین خواهد شد. همچنین، برای حفظ سلامت روان آن‌ها امکان ارجاع فوری به خدمات مشاوره و مددکاری در صورت بروز هرگونه ناراحتی یا آشفتگی هیجانی حین یا پس از مصاحبه فراهم گردید.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

مشارکت‌کننده	سن	وضعیت تأهل	تحصیلات	ماده مصرفی	شغل کنونی	طولانی‌ترین دوره پرهیز (ماه)
۱	۲۷	مجرد	دیپلم	شیشه	بیکار	۸
۲	۳۴	مطلقه	سیکل	تریاک و شیره	کارگر روزمزد	۱۴
۳	۴۲	متأهل	دیپلم	هروئین	بیکار	۶
۴	۲۳	مجرد	فوق دیپلم	شیشه	بیکار	۱۱
۵	۳۹	متأهل	ابتدایی	تریاک	رانندهٔ اسنپ	۲۴
۶	۴۸	مطلقه	دیپلم	هروئین و شیشه	بیکار	۵
۷	۳۱	مجرد	لیسانس	شیشه	کارمند	۹
۸	۵۱	متأهل	سیکل	شیره	بازنشسته	۱۸
۹	۲۶	مجرد	دیپلم	شیشه و حشیش	بیکار	۷
۱۰	۴۴	مطلقه	ابتدایی	تریاک	دست‌فروش	۳
۱۱	۳۶	مجرد	دیپلم	هروئین	بیکار	۱۲

دامنهٔ سنی مشارکت‌کنندگان از ۲۳ تا ۵۱ سال با میانگین ۳۶/۵۰ سال بود. از بین شرکت‌کنندگان، پنج نفر مجرد، سه نفر متأهل و سه نفر مطلقه بودند. شش نفر بیکار و بقیه دارای مشاغل ناپایدار یا موقت بودند. میانگین طولانی‌ترین دورهٔ پرهیز قبلی ۱۰/۶ ماه بود. مواد افیونی (۶ نفر) و محرک (۵ نفر) بیشترین مواد مصرفی را تشکیل می‌دادند. این تنوع زمینهٔ مناسبی برای مشاهدهٔ اشتراکات عمیق در تجربهٔ مسیر عود فراهم کرد. تحلیل پدیدارشناسی تفسیری داده‌های حاصل از مصاحبه با ۱۱ مشارکت‌کننده به استخراج چهار مقولهٔ اصلی و ۱۱ مقولهٔ فرعی انجامید که ساختار تجربهٔ زیستهٔ مسیر عود را شکل می‌دهند. شایان ذکر است که این مقوله‌ها در روایت‌های مشارکت‌کنندگان به‌گونه‌ای درهم‌تنیده ظاهر شدند که جداسازی آنها صرفاً برای فهم تحلیلی صورت گرفته است و ترتیب ارائه‌ی آنها بازتاب‌دهندهٔ توالی روایی بازسازی‌شده در گفتار مشارکت‌کنندگان است، زیرا در بسیاری از موارد مشارکت‌کنندگان این مؤلفه‌ها را همزمان و درهم‌تنیده توصیف کردند و نه به صورت زنجیره‌ای علّی. در ادامه هر مقوله همراه با کدهای اولیه و نقل‌قول‌های مستقیم مشارکت‌کنندگان ارائه و سپس تفسیر می‌شود.

مقولهٔ اول: بدکارکردی سیستم خودتنظیمی

این مقوله لحظاتی را توصیف می‌کند که فرد حس می‌کند توانایی کنترل رفتار خود را از دست داده است، گویی سیستم‌های محافظ روانی به تدریج از کار می‌افتند. در روایت‌های مشارکت‌کنندگان این فروپاشی در سه سطح قابل تشخیص بود: ۱- طغیان هیجانات منفی مهارنشده، ۲- سوگیری توجه و حساسیت به نشانه‌های مصرف، و ۳- از کار افتادن راهبردهای مقابله‌ای آموخته‌شده.

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

جدول ۲: مقولهٔ اول: بدکارکردی سیستم خودتنظیمی

مقولهٔ فرعی	کدهای اولیه	نمونه نقل‌قول‌ها
طغیان هیجانات منفی مهارنشده	تنهایی تا مغز استخوان/ غمی که ته ندارد/خشم یکباره/کلافگی همیشگی/ سررفتن حوصله	مشارکت‌کننده شماره ۶: "*بعضی وقتا یه جوری می‌شدم که دلم می‌خواست سرم رو بکوبم به دیوار. یه بغضی بود که نه می‌ترکید نه آروم می‌شد. فقط مواد می‌تونست خاموشش کنه.*" مشارکت‌کننده شماره ۲: "*تنهایی رو تا مغز استخون حس می‌کردم. انگار هیچ راهی جز خاموش کردنش نبود. نه حرف زدن جواب می‌داد نه گریه.*"
سوگیری توجه و حساسیت به نشانه‌های مصرف	فکر چسبیده به مغز/ بزرگ و کردن لذت مصرف/ واکنش به بو و صدا و جاهای آشنا/ خاطره‌بازی با حال نشئگی	مشارکت‌کننده شماره ۹: "*از اون خیابون رد شدم، یهو مغزم پر شد از بو و صدا. انگار اختیار فکر کردن ازم گرفته شد. فقط تصویر بساط بود که می‌اومد جلو چشمم.*" مشارکت‌کننده شماره ۴: "*هر چی سعی می‌کردم به یه چیز دیگه فکر کنم، یهو می‌دیدم باز دارم به همون لحظهٔ نئشگی فکر می‌کنم. انگار یکی نشسته بود تو سرم.*"
از کار افتادن راهبردهای مقابله‌ای آموخته‌شده	فراموش کردن همه مهارت‌ها/ برگشت به اولین راه فرار/ تحمل صفر تو بحران	مشارکت‌کننده شماره ۷: "*همهٔ چیزایی که تو جلسه‌ها یاد گرفته بودم، سر بزنگاه محو شدن. نفس عمیق، شمارش، زنگ به حامی... هیچی یادم نیومد. فقط می‌خواستم تموم شه.*" مشارکت‌کننده شماره ۱۱: "*وقتی وسوسه اومد، انگار مغزم قفل کرد. فقط یه راه بلد بودم: برم سمت مواد.*"

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

مشارکت‌کنندگان در اینجا نه یک تصمیم آگاهانه بلکه یک فروپاشی سیستمی را روایت می‌کنند. آنها روایت کردند که نخست هیجانات از کنترل خارج می‌شوند، سپس توجه به شکلی خودکار به سمت نشانه‌های مصرف منحرف می‌شود، و نهایتاً، مهارت‌های مقابله‌ای که با زحمت آموخته شده بودند درست در لحظهٔ نیاز غایب می‌شوند. نکتهٔ مهم این است که مشارکت‌کنندگان خود را تماشاگر این فروپاشی می‌بینند، نه بازیگر آن. مشارکت‌کننده شماره ۴ می‌گوید: "*انگار یکی نشسته بود تو سرم*" و مشارکت‌کننده شماره ۹ تعبیر "*اختیار فکر کردن ازم گرفته شد*" را به کار می‌برد. این زبان نشان‌دهندهٔ نوعی واکنش‌پذیری شرطی‌شده است که پیش از هر تأمل آگاهانه فعال می‌شود. همچنین، مصرف در این لحظات نه برای لذت بلکه برای خاموش کردن یا تموم شدن ماجرا انجام می‌شود، یعنی یک راهبرد اجتناب اجباری نه یک انتخاب لذت‌جویانه.

مقولهٔ دوم: خلأ حمایت بین‌فردی و شبکهٔ رابطه‌ای آسیب‌زا

این مقوله به دنیای آدم‌های اطراف فرد می‌پردازد، هم آن‌هایی که طرد می‌کنند و هم آن‌هایی که به مصرف دعوت می‌کنند. در روایت‌های مشارکت‌کنندگان سه مؤلفه در این زمینه قابل تشخیص بود: ۱- تعارضات خانوادگی با محوریت سرزنش، ۲- طرد اجتماعی و انزوای تحمیلی پس از ترک، و ۳- تعلق به خرده‌فرهنگ مصرف و فشار برای همرنگ شدن.

جدول ۳: مقولهٔ دوم: خلأ حمایت بین‌فردی و شبکهٔ رابطه‌ای آسیب‌زا

مقولهٔ فرعی	کدهای اولیه	نمونه نقل‌قول‌ها
تعارضات خانوادگی با محوریت سرزنش	دعوای تکراری/ متهم شدن به بی‌ارادگی/ درک نشدن/ خانواده مثل دادگاه	مشارکت‌کننده شماره ۳: "*خانواده فکر می‌کردن من از روی تنبلی معتادم، دلم می‌خواد خوش بگذرونم. هر حرفی می‌زدیم آخرش دعوا می‌شد. بهشون می‌گفتم این یه مریضیه، می‌گفتن بهانه‌س.*" مشارکت‌کننده شماره ۱: "*مادرم هی می‌گفت ما رو بی‌آبرو کردی. بابام نگام نمی‌کرد. یه بار بهش گفتم یه دفه بغلم کن، گفت تو دیگه پسر من نیستی.*"
طرد اجتماعی و انزوای تحمیلی پس از ترک	از دست دادن دوستای سالم/ فاصله گرفتن فامیل/ بی‌پناهی بعد پاکی	مشارکت‌کننده شماره ۱۰: "*پاک که شدم، تازه فهمیدم چقدر تنهام. دوستایی که فکر می‌کردم هستن، جواب تلفنمو نمی‌دادن. فامیل تو مهمونی نگام نمی‌کردن. آدم‌ها اعتماد نمی‌کردن بیان نزدیکم.*" مشارکت‌کننده شماره ۸: "*بعد ترک، هیچکس نبود. همونایی که می‌گفتن ما هواتو داریم، محو شدن. مونده بودم با خودم.*"
تعلق به خرده‌فرهنگ مصرف و فشار برای همرنگ شدن	داداش صدا کردن/ رفیق بی‌قضاوت/ دوستی فقط با شرط مصرف/ دلتنگی برای جمع	مشارکت‌کننده شماره ۱۱: "*فقط اونا منو بدون قضاوت می‌خواستن. بهم می‌گفتن داداش، بغل می‌کردن، حالمو می‌پرسیدن. دلم براشون تنگ می‌شد. پاکی یعنی بی‌رفیقی.*" مشارکت‌کننده شماره ۵: "*تنها جایی که حس می‌کردم آدمم، همون جمع بود. زشت و قشنگش رو دیده بودن و بازم راهم می‌دادن. اینو تو هیچ جای دیگه پیدا نمی‌کنی.*"

مشارکت‌کنندگان در یک وضعیت متناقض گرفتار شده‌اند. از یک سو، خانواده و اجتماعِ سالم آن‌ها را با سرزنش و طرد از خود می‌رانند (مشارکت‌کننده شماره ۱ می‌گوید پدرش گفته "*تو دیگه پسر من نیستی*"). از سوی دیگر، شبکهٔ مصرف با آغوش باز پذیرای آن‌هاست و تنها منبع تعلق و هویت اجتماعیِ بدون قضاوت را فراهم می‌کند. مصرف در این بافت، دیگر فقط برای ماده نیست، بلکه برای بازیابی تعلق اجتماعی است.

مشارکت‌کننده شماره ۱۱ می‌گوید: "*پاکی یعنی بی‌رفیقی.*" این جمله نشان می‌دهد که پاکی در روایت مشارکت‌کنندگان نه یک دستاورد مثبت است، بلکه مساوی با از دست دادن تنها شبکهٔ حمایتی باقی‌مانده معنا می‌شود. تا زمانی که جایگزینی برای این تعلق وجود نداشته باشد بازگشت به مصرف از نظر روان‌شناختی اجتناب‌ناپذیر به نظر می‌رسد.

مقولهٔ سوم: موانع ساختاری و شکست سیستم‌های حمایتی رسمی

این مقوله از روابط شخصی فراتر رفته و به ساختارهای بزرگ‌تری می‌پردازد که مانع بازگشت به زندگی عادی را می‌شود. در روایت‌های مشارکت‌کنندگان دو مؤلفه در این زمینه قابل تشخیص بود: ۱- محرومیت اقتصادی و بسته بودن بازار کار و ۲- ناپیوستگی و ناکارآمدی مداخلات درمانی.

جدول ٤: مقولهٔ سوم: موانع ساختاری و شکست سیستم‌های حمایتی رسمی

مقولهٔ فرعی	کدهای اولیه	نمونه نقل‌قول‌ها
محرومیت اقتصادی و بسته بودن بازار کار	بیکاری به خاطر سابقه/ هیچ جا استخدام نشدن/ پول نداشتن/ نداشتن سقف بالای سر	مشارکت‌کننده شماره ۶: "*سابقهٔ مصرف مثل قفل روی در همهٔ کارگاه‌ها بود. می‌گفتی معتاد بودم، تموم می‌کردن. نمی‌گفتی، می‌فهمیدن، بازم تموم می‌کردن. بی‌پولی که بیاد، امید آدم اول چیزیه که می‌میره.*" مشارکت‌کننده شماره ۹: "*هر جا رفتم گفتم کار می‌خوام، تا فهمیدن کجا بودم، گفتن زنگ می‌زنیم. دیگه زنگ نزدن هیچوقت.*"
ناپیوستگی و ناکارآمدی مداخلات درمانی	کمپ فقط جای نگهداری/ رها شدن بعد ترخیص/ آموزش‌های بی‌فایده/ نبود مددکار	مشارکت‌کننده شماره ۱۰: "*کمپ فقط جای نگهداری بود. دوره تموم شد، در حیاط رو باز کردن گفتن برو خدا به همرات. هیچ پلی بین اونجا و دنیای واقعی نبود. هیچکس نگفت این آدم الان کجا بره.*" مشارکت‌کننده شماره ۳: "*تو کمپ کلی حرف زدن، ولی وقتی اومدم بیرون دیدم هیچی به درد نمی‌خوره. زندگی واقعی با اون چیزا فرق داشت.*"

در این مقوله مشارکت‌کنندگان با موانعی روبه‌رو هستند که هر یک به تنهایی برای از بین بردن امید کافی است: بازار کاری که درهایش بسته است، نهادهایی که به جای درمان برچسب می‌زنند، و سیستم درمانی‌ای که فرد را در حساس‌ترین لحظه (ترخیص) رها می‌کند. مشارکت‌کننده شماره ۶ می‌گوید: "*بی‌پولی که بیاد، امید آدم اول چیزیه که می‌میره*" و این توالی را در روایت خود نشان می‌دهد: ابتدا فرصت‌ها بسته می‌شوند، سپس امید تحلیل می‌رود، و در نهایت، مصرف تنها گزینهٔ باقی‌مانده به نظر می‌رسد. همچنین،

مشارکت‌کننده شماره ۱۰ با تعبیر "*هیچ پلی بین اونجا و دنیای واقعی نبود*" به شکافی اشاره می‌کند که سیستم درمانی نه تنها آن را پر نمی‌کند، بلکه با طراحی ناقص خود آن را عمیق‌تر می‌سازد. فرد درست در لحظه‌ای که بیشترین حمایت را نیاز دارد به حال خود رها می‌شود.

مقولهٔ چهارم: بحران هویت و فروپاشی پروژهٔ بازسازی خود

این مقوله به تصویری می‌پردازد که فرد از خودش دارد و داستانی که درباره‌ی خودش باور کرده است. در روایت‌های مشارکت‌کنندگان سه مؤلفه در این زمینه قابل تشخیص بود: ۱- خلأ هدفمندی در زندگی صرفاً پاک، ۲- فرسودگی امید و باور به شکست قطعی، و ۳- هویت چسبندهٔ "معتاد" و ناتوانی در بازتعریف خود.

جدول ۵: مقولهٔ چهارم: بحران هویت و فروپاشی پروژهٔ بازسازی خود

مقولهٔ فرعی	کدهای اولیه	نمونه نقل‌قول‌ها
خلأ هدفمندی در زندگی صرفاً پاک	بی‌برنامگی بعد ترک/پاکی بی‌هدف/ سر رفتن حوصله از زندگی عادی/ روزگار خالی	مشارکت‌کننده شماره ۷: "*پاکی که هدف نیست. صبح تا شب بشینی بگی من پاکم، خب چی؟ حوصله‌ات سر می‌ره، دلت می‌خواد یه تکونی به خودت بدی. مواد همیشه یه کار برای آدم داره. بیکار نمیشینی.*" - مشارکت‌کننده شماره ۱: "*وقتی مواد هست، روزت پره. باید جور کنی، مصرف کنی، حال کنی. پاکی چی داره؟ هیچی. یه خلأ بزرگ.*"
فرسودگی امید و باور به شکست قطعی	خستگی از چرخه تکراری/ تسلیم شدن/ ته دل دانستن اینکه برمی‌گردی	مشارکت‌کننده شماره ۲: "*ده بار رفتم کمپ، انگار روی چرخ‌فلکم. ته دلم می‌دونم یه روزی برمی‌گردم. پس چرا خودمو گول بزنم؟ دیگه باورم نمیشه این دفعه فرق کنه.*" مشارکت‌کننده شماره ۶: "*اینقدر این راهو رفتم و برگشتم که نگو. دیگه خسته شدم از امید واهی. من همینه که هستم.*"
هویت چسبندهٔ "معتاد" و ناتوانی در بازتعریف خود	خود رو فقط معتاد دیدن/ برچسبی که پاک نمی‌شود/ شکاف بین خود واقعی و اون چیزی که دوست داری باشی	مشارکت‌کننده شماره ۵: "*به آینه نگاه می‌کنم، یه معتاد می‌بینم. مهم نیست چند وقته پاکی. انگار این لکه رو هیچی پاک نمی‌کنه. تو چشم خودم و تو چشم همه، من همون معتادم.*" مشارکت‌کننده شماره ۱۱: "*حتی وقتی پاکی، یه جورایی دلت برای خود قبلیت تنگ میشه. واسه اون آدم که بودی. حالا نمیدونی کی هستی.*"

مشارکت‌کنندگان با سه خلأ بنیادین روبه‌رو هستند: نخست خلأ معنا (مشارکت‌کننده شماره ۱ می‌گوید "*پاکی هیچی ندارد*")، دوم خلأ امید (مشارکت‌کننده شماره ۲ می‌گوید "*دیگه باورم نمیشه این دفعه فرق کنه*")، و سوم خلأ هویت (مشارکت‌کننده شماره ۵ می‌گوید "*به آینه نگاه می‌کنم، یه معتاد می‌بینم*"). این سه خلأ در روایت‌های مشارکت‌کنندگان به‌گونه‌ای به هم مرتبط هستند که وقتی زندگی پاک بی‌معناست امید به تغییر از بین می‌رود و وقتی امید از بین برود هویت "معتاد" به تنها هویت در دسترس بدل می‌شود. همچنین، مشارکت‌کننده شماره ۱۱ با تعبیر "*دلت برای خود قبلیت تنگ می‌شود*" به این نکته اشاره می‌کند که فرد حتی برای هویت مصرف‌کننده‌اش دلتنگ می‌شود، چون آن هویت لااقل چیزی بود، در حالی که هویت پاک هنوز ساخته نشده و تهی است. این خلأ هویتی در روایت‌های مشارکت‌کنندگان به عنوان عمیق‌ترین لایهٔ تجربه ظاهر شد.

جمع‌بندی تفسیری

تحلیل پدیدارشناسانه نشان می‌دهد که مشارکت‌کنندگان مسیر عود را نه یک پدیدهٔ تک‌عاملی بلکه ساختاری چندوجهی روایت کردند که در آن مؤلفه‌های بدکارکردی خودتنظیمی، خلأ حمایت بین‌فردی، موانع ساختاری و بحران هویت به‌گونه‌ای درهم‌تنیده ظاهر می‌شوند که جداسازی آنها برای مشارکت‌کنندگان ممکن نبود. با این حال، در روایت‌های بازسازی‌شده آنان نظمی قابل تشخیص بود: اغلب مشارکت‌کنندگان فروپاشی خودتنظیمی درونی را نقطهٔ آغاز روایت خود قرار می‌دادند، سپس از نبود حمایت اطرافیان و طرد اجتماعی سخن می‌گفتند، در ادامه به موانعی نظیر بیکاری و نبود خدمات پس از ترخیص اشاره می‌کردند و نهایتاً بحران هویت و پوچی زندگی پاک را توصیف می‌کردند. این نظم اما بیش از آنکه یک روند علّیِ عینی باشد، نظم روایی بازسازی‌شده توسط خود مشارکت‌کنندگان است که در قالب داستان‌های زندگی آنان ظاهر شده است. بر اساس مؤلفه‌های مستخرج از روایت‌های مشارکت‌کنندگان، مداخلات مؤثر در پیشگیری از عود باید همزمان به چهار دسته از تجربه‌های روایت‌شده توجه کنند: ۱) مدیریت طغیان‌های هیجانی و بازسازی خودتنظیمی، زیرا مشارکت‌کنندگان از کلافگی همیشگی و فراموش کردن همه مهارت‌ها سخن گفتند، ۲) بازسازی روابط خانوادگی و اجتماعی در پاسخ به

تجربه‌هایی نظیر خانواده مثل دادگاه و بی‌پناهی بعد پاکی، ۳) رفع موانع اشـــتغال و ایجاد خدمات پیگیرانه پس از ترخیص در پاسـخ به روایت‌هایی چون هیچ جا اسـتخدام نشـدن و رها شـــدن بعد ترخیص، و ۴) مشـــاوره هویت‌محور و کمک به یافتن هدف در زندگی در پاسخ به تجربه‌هایی نظیر پاکی بی‌هدف و خود رو فقط معتاد دیدن.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضـر واکاوی چگونگی شـکل‌گیری مسـیر عود مصـرف مواد از خلال تجربهٔ زیستهٔ مردان در دورهٔ پرهیز بود. یافته‌ها نشـان داد که مشـارکت‌کنندگان عود را در روایت‌های خود به‌گونه‌ای بازســـازی کردند که گویی این بازگشـــت نقطهٔ پایانی بر زنجیره‌ای از تجربه‌هاســـت که به ترتیب روایت‌شـــده توســـط آنان شـــامل طغیان هیجانات مهارنشـدنی، طرد از سـوی خانواده و جامعه، بسـته بودن درهای اشـتغال و نبود خدمات پس از ترخیص، و ناتوانی در تعریف هویتی تازه بود. این یافته‌ها با پژوهش‌های پیشین همسویی دارد، اما درک جدیدی از درهم‌تنیدگی این مؤلفه‌ها در بافت فرهنگی–اجتماعی ایران ارائه می‌دهد. در مقولهٔ بدکارکردی سـیسـتم خودتنظیمی مشـارکت‌کنندگان فروپاشـی تدریجی کنترل درونی را در سـه مؤلفهٔ به هم‌پیوسـته روایت کردند: طغیان هیجانات منفی (چنان‌که در کدهای تنهایی تا مغز اسـتخوان و خشـم یکباره بازتاب یافت)، سـوگیری خودکار توجه به نشانه‌های مصرف (مشهود در کدهای فکر چسبیده به مغز و واکنش به بو و صـدا و جاهای آشـنا) و ازکارافتادن راهبردهای مقابله‌ای (با اشـاره به کدهای فراموش کردن همه مهارت‌ها و برگشـت به اولین راه فرار). آنچه روایت‌های ایشـان را از توصیف‌های صرفاً روان‌شناختی متمایز می‌کند تأکید بر ماهیت انفعالی این فروپاشی است: مشارکت‌کنندگان خود را تماشاگر این فرایند توصیف می‌کنند، نه بازیگر آن (چنان‌که در کدهای *انگار یکی نشسته بود تو سرم* و *اختیار فکر کردن ازم گرفته شد* آشکار است). این یافته با مدل‌های ولع و واکنش‌پذیری به نشـانه (ولکوف و همکاران، ۲۰۱۶؛ زیلورسـتند و همکـاران، ۲۰۱۸) و مفهوم هیجان‌پـذیری منفی (کلودیوس و همکـاران، ۲۰۲۰؛ کوب، ۲۰۲۱) همخوانی دارد، اما از آن فراتر می‌رود و نشان می‌دهد که پیش از هر تصـمیم‌گیری آگاهانه یک واکنش‌پذیری شـرطی‌شـده و پیش‌تأملی فعال می‌شـود که فرد را در موقعیتی

منفعل قرار می‌دهد. این یافته ضرورت بازنگری در مداخلات مبتنی بر تقویت اراده و توجه به راهبردهای مداخله در لحظات پیش از بروز واکنش‌های خودکار را برجسته می‌سازد و می‌تواند مبنایی برای توسعهٔ مدل‌های مفهومی جدید در زمینهٔ پیشگیری از عود قرار گیرد.

در مقولهٔ خلأ حمایت بین‌فردی و شبکهٔ رابطه‌ای آسیب‌زا مشارکت‌کنندگان از سه مؤلفهٔ فرعی سخن گفتند که در تناقضی گیر افتاده بودند: تعارضات خانوادگی با محوریت سرزنش (با کدهای خانواده مثل دادگاه و متهم شدن به بی‌ارادگی و درک نشدن)، طرد اجتماعی و انزوای تحمیلی پس از ترک (با کدهای از دست دادن دوستای سالم، فاصله گرفتن فامیل، بی‌پناهی بعد پاکی)، و تعلق به خرده‌فرهنگ مصرف و فشار برای همرنگ شدن (با کدهای رفیق بی‌قضاوت، داداش صدا کردن، دوستی فقط با شرط مصرف). از یک سو، خانواده و جامعهٔ سالم با سرزنش و طرد (کلین و همکاران، ۲۰۲۶؛ نعمتی سوگلی‌تپه و خالدیان، ۱۴۰۱) آنان را از خود می‌رانند. از سوی دیگر، شبکهٔ مصرف با آغوش باز پذیرای آن‌ها است و تنها منبع تعلق اجتماعی بدون قضاوت را فراهم می‌کند. این تناقض در کد پاکی یعنی بی‌رفیقی به خوبی نمایان است و نشان می‌دهد که پاکی در روایت مشارکت‌کنندگان نه یک دستاورد مثبت بلکه مساوی با از دست دادن تنها شبکهٔ حمایتی باقی‌مانده معنا می‌شود. تحلیل این مؤلفه‌ها نشان می‌دهد که طرد از سوی خانواده و جامعه فرد را در وضعیتی قرار می‌دهد که شبکهٔ مصرف تنها فضای بدون قضاوت را برای او فراهم می‌کند. بنابراین، مصرف نه برای لذت بلکه برای جبران بی‌رفیقی و بازگشت به تنها جایگاهی که در آن آدم محسوب می‌شود انجام می‌گیرد. آنچه روایت‌های مشارکت‌کنندگان را متمایز می‌سازد تأکید بر این نکته است که مصرف در این بافت پاسخی به بی‌رفیقی تحمیلی دوران پاکی و تلاشی برای بازیابی تعلق اجتماعی است. این یافته با پژوهش‌های پیشین در زمینهٔ نقش هویت‌های اجتماعی در تداوم یا خروج از اعتیاد (دینگل و همکاران، ۲۰۱۵؛ قاسم‌زاده، ۱۴۰۴) همسو است و ضرورت ایجاد شبکه‌های تعلق جایگزین را پیش از ترخیص از مراکز درمانی برجسته می‌سازد.

در مقولهٔ موانع ساختاری و شکست سیستم‌های حمایتی رسمی مشارکت‌کنندگان از دو مؤلفهٔ فرعی روایت کردند: محرومیت اقتصادی و بسته بودن بازار کار (با کدهای هیچ

سال بیستم، شماره ۸۰، تابستان ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

جا استخدام نشدن، بیکاری به خاطر سابقه، پول نداشتن) و ناپیوستگی و ناکارآمدی مداخلات درمانی (با کدهای کمپ فقط جای نگهداری، رها شدن بعد ترخیص، آموزش‌های بی‌فایده، و نبود مددکار). تحلیل این مؤلفه‌ها نشان می‌دهد که محرومیت اقتصادی و ناپیوستگی درمانی دو روی یک سکه هستند. فرد درحالی‌که از بازار کار طرد می‌شود سیستم درمانی نیز او را در حساس‌ترین لحظه رها می‌کند و این همزمانی طرد از دو جبهه امید به تغییر را به سرعت از بین می‌برد. این یافته با گزارش‌های پیشین در زمینهٔ محرومیت اقتصادی (عربان و همکاران، ۲۰۲۶؛ راموس و همکاران، ۲۰۲۶) و نبود خدمات پیگیری پس از ترخیص (مهاری و همکاران، ۲۰۲۶) همسو است. اما آنچه در روایت‌های مشارکت‌کنندگان به عنوان یک الگوی معنادار تکرار شد نظم روایی بازسازی‌شده آنان بود. آنان به ترتیب از بسته شدن فرصت‌ها، سپس تحلیل رفتن امید، و نهایتاً روی‌آوردن به مصرف سخن گفتند. این توالی در کدهایی چون *بی‌پولی که بیاد، امید آدم اول چیزیه که می‌میره* و *سابقهٔ مصرف مثل قفل روی در همهٔ کارگاه‌ها بود* به وضوح قابل مشاهده است. با این حال، این نظم نشان‌دهندهٔ یک روند علّیِ عینی نیست، بلکه بازتاب‌دهندهٔ نحوهٔ سازماندهی ذهنی و روایی مشارکت‌کنندگان است که تجربهٔ عود خود را در قالب یک داستان منسجم بازسازی کرده‌اند. این یافته نقد جدی به رویکردهای فردمحور وارد می‌کند و نشان می‌دهد که تا زمانی که ساختارهای حمایتی (اشتغال، مسکن، خدمات پس از ترخیص) بازطراحی نشوند مداخلات صرفاً روان‌شناختی با شکست مواجه خواهند شد و ضرورت ایجاد خدمات پیگیرانه و مداخلات مبتنی بر بازسازی امید را برجسته می‌نماید.

مشارکت‌کنندگان در مقولهٔ بحران هویت و فروپاشی پروژهٔ بازسازی خود از سه مؤلفهٔ فرعی سخن گفتند: خلأ هدفمندی در زندگی صرفاً پاک (با کدهای پاکی بی‌هدف، بی‌برنامگی بعد ترک، و روزگار خالی)، فرسودگی امید و باور به شکست قطعی (با کدهای خستگی از چرخه تکراری، تسلیم شدن، و ته دل دانستن اینکه برمی‌گردی)، و هویت چسبندهٔ "معتاد" و ناتوانی در بازتعریف خود (با کدهای خود رو فقط معتاد دیدن، برچسبی که پاک نمی‌شود، و دلتنگی برای خود قبلی). مشارکت‌کنندگان روایت کردند که زندگی پاک بی‌هدف و تهی از معناست، امید به تغییر پایدار از بین رفته است، و هویت

"معتاد" چنان با خودانگارهٔ فرد عجین شـده که تصـور خود بدون این برچسـب ناممکن می‌گردد. این یافته با پژوهش‌های پیشین در زمینهٔ بحران هویت و انگ درونی‌شده (هیل و لیمینگ، ۲۰۱۴؛ سورشکومار و همکاران، ۲۰۲۱) همخوانی دارد. تحلیل این مؤلفه‌ها نشان می‌دهد که سـه خلأ مذکور در روایت‌های مشـارکت‌کنندگان به‌گونه‌ای به هم مرتبط هسـتند که وقتی زندگی پاک بی‌معناسـت، امید به تغییر از بین می‌رود، و وقتی امید از بین برود هویت "معتاد" به تنها هویت در دسترس بدل می‌شود. افزون بر این، مشارکت‌کنندگان حتی برای هویت مصرف‌کنندهٔ پیشین خود دلتنگ می‌شوند ("*دلت برای خود قبلیت تنگ می‌شود*")، زیرا آن هویت لااقل چیزی بود را توصیف می‌کنند، در حالی که هویت پاک هنوز سـاخته نشـده و تهی اسـت. این یافته نشـان می‌دهد که ناتوانی در تعریف هویتی تازه یکی از عمیق‌ترین تجربه‌های روایت‌شـده توسـط مشـارکت‌کنندگان اسـت و هرگونه مداخله‌ای که به این بعد از تجربه توجه نکند با چالش مواجه خواهد شـد. به طور کلی، یافته‌های این پژوهش در روایت‌های مشـارکت‌کنندگان نشـان می‌دهد که مؤلفه‌های چهارگانهٔ بدکارکردی خودتنظیمی، خلأ حمایت بین‌فردی، موانع سـاختاری و بحران هویت نه به صـورت مجزا بلکه درهم‌تنیده و تأثیرگذار بر یکدیگر مسـیر بازگشـت به مصرف را در روایت‌های آنان شکل می‌دهند. این درهم‌تنیدگی با رویکردهای سیستمی و زیسـتی-روانی-اجتماعی در اعتیاد (ولکوف و همکاران، ۲۰۱۶؛ مو و همکاران، ۲۰۲۲) همسـو اسـت، اما تأکید بر بحران معنا و ناتوانی در بازتعریف هویت جنبه‌ای اسـت که در بسـیاری از پژوهش‌های کمی نادیده گرفته شـده و ضـرورت توجه به آن در مداخلات پیشگیرانه را برجسته می‌سازد.

یافته‌های پژوهش حاضـر نشـان می‌دهد که طراحی و اجرای مداخلات پیشـگیرانه مؤثر برای کـاهش احتمـال عود مسـتلزم اتخـاذ رویکردی چنـدبعـدی و مبتنی بر مؤلفـه‌هـای اسـتخراج‌شـده از تجربه زیسـتهٔ افراد در مسـیر پرهیز از مصـرف اسـت. در این چارچوب، نخسـت، مداخلات درمانی باید فراتر از توصـیه‌های صـرف برای نه گفتن به مصـرف بر آموزش راهبردهای مدیریت طغیان‌های هیجانی و بازسـازی توانمندی خودتنظیمی متمرکز شـوند، زیرا روایت‌های مشـارکت‌کنندگان حاکی از آن بود که آنان در لحظات منتهی به

عود خود را نه کنشـــگر بلکه ناظر فروپاشـــی تدریجی ظرفیت خودتنظیمی خویش تجربه می‌کردند. همچنین، تقویت پیوندهای خانوادگی و اجتماعی و ایجاد شـــبکه‌های حمایتی جایگزین پیش از ترخیص از مراکز درمانی ضـرورتی اسـاسـی به شـمار می‌رود، زیرا در تجربه بسیاری از مشارکت‌کنندگان شبکهٔ مصرف تنها فضای تعلق اجتماعی عاری از طرد و قضاوت تلقی می‌شد. افزون بر این، کاهش موانع بازگشت به زندگی اجتماعی از طریق تسـهیل فرصـت‌های اشـتغال و اسـتقرار نظام خدمات پیگیرانهٔ پس از درمان اهمیت ویژه‌ای دارد. در این راســـتا، حذف عبارات انگ‌زا از جمله ســـابقهٔ مصـــرف از گواهی‌های پایان درمان و الزام مراکز درمانی به ارائهٔ خدمات پیگیری ســـاختاریافته و مســـتمر دســـت‌کم به مدت شش ماه پس از ترخیص می‌تواند بخشی از موانع بازگشت پایدار به زندگی عادی را کاهش دهد، زیرا مشارکت‌کنندگان بارها به تجربه‌های مکرری همچون استخدام نشدن و رها شـــدن پس از ترخیص اشـــاره کردند. در کنار این اقدامات، مداخلات درمانی باید بر کمک به بازتعریف هویت فردی و یافتن معنا و هدف در زندگی نیز متمرکز باشـــند. برگزاری جلســـات گروهی با محوریت بازســـازی هویت، بازنگری در خودپنداره و شکل‌دهی به روایت‌های جدید از خویشتن می‌تواند احساس پاکی بی‌هدف و تقلیل هویت به "فرد معتاد" را که در روایت‌های مشـارکت‌کنندگان به‌وضـوح مشـاهده شـد را کاهش دهد و زمینه را برای تثبیت پرهیز از مصرف فراهم سازد.

با وجود ارزش یافته‌های پژوهش، تفسیر نتایج باید با در نظر گرفتن محدودیت‌های مطالعه صـــورت گیرد. مهم‌ترین محدودیت پژوهش فاصـــلهٔ زمانی میان تجربهٔ عود و انجام مصاحبه‌ها بود که اگرچه حداکثر یک سال در نظر گرفته شد، اما همچنان ممکن است بر دقت یادآوری و بازنمایی تجربه‌ها اثر گذاشـــته باشـــد. با این حال، برای کاهش این محدودیت مشـارکت‌کنندگانی انتخاب شـدند که مدت پرهیز آنان بیش از یک ماه نبود تا روایت‌های آنان از تازگی و دقت بیشـــتری برخوردار باشـــد. در نهایت، با توجه به اینکه پژوهش حاضـر به طور اختصـاصـی بر تجربه زیسـتهٔ مردان متمرکز بود، پیشـنهاد می‌شـود پژوهش‌های آینده با استفاده از رویکردهای کیفی تجربهٔ زنان در فرایند پرهیز و عود را نیز بررسی کنند تا امکان مقایسهٔ الگوهای جنسیتی فراهم شود. همچنین، انجام مطالعات کیفی

طولی در بافت‌های فرهنگی و مذهبی گوناگون ایران برای شناسایی تفاوت‌های زمینه‌ای در مسیر عود و مطالعه عمیق تجربه‌های مقاومت موفق در برابر عود به منظور شناسایی عوامل فردی، اجتماعی و معنایی متوقف‌کننده زنجیرهٔ روایی منتهی به عود می‌تواند به غنای دانش موجود و طراحی مداخلات درمانی اثربخش‌تر کمک کند..

منابع

تقوائی‌نیا، علی و توکل‌کوخدان، نگین (۱۴۰۴). پدیدارشناسی تجربه زیسته زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد در یک مرکز بازتوانی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۹*(۷۶)، ۵۸-۳۷. http://dx.doi.org/10.22034/ETI.19.76.37

خالدیان، محمد و حسنوند، بنفشه (۱۴۰۴). علل و عوامل تاثیرگذار در وسوسه بدون لغزش در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۹*(۷۸)، ۱۴۸-۱۲۹. http://dx.doi.org/10.22034/ETI.19.78.129

عامری، نرجس و نجفی، محمود (۱۴۰۴). مدل‌یابی گرایش به عود مصرف مواد براساس ذهن‌آگاهی با نقش میانجی خودمهارگری و شفقت به خود در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۹*(۷۶)، ۲۱۹-۲۴۳. http://dx.doi.org/10.22034/ETI.19.76.219

قاسم‌زاده، داود (۱۴۰۴). مطالعه کیفی بسترها و فرآیندهای مصرف مواد اعتیادآور در بین دانشجویان خوابگاهی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۹*(۷۶)، ۵۹-۷۸. http://dx.doi.org/10.22034/ETI.19.76.59

محمدامینی، سامان؛ میکائیلی، نیلوفر و حاجلو، نادر (۱۴۰۵). رابطه بدرفتاری دوران کودکی و گرایش به مصرف مواد در نوجوانان: نقش میانجی پریشانی روان‌شناختی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۲۰ (۷۹)، ۳۵-۵۸. http://dx.doi.org/10.22034/ETI.20.79.35

محمدی، صدیق؛ ولیئی، سینا؛ علیایی، نازیلا و نوری، بیژن (۱۴۰۱). تأثیر مصاحبه انگیزشی بر وسوسه و عود مصرف بیماران تحت درمان با بوپرنورفین. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، *۹*(۱)، ۴۵-۵۶. http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.9.1.45

نعمتی سوگلی‌تپه، فاطمه و خالدیان، محمد (۱۴۰۱). مطالعه کیفی عوامل مؤثر بر عود مجدد به سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد با رویکرد گراندد تئوری. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۶*(۶۴)، ۳۰۷-۲۷۹. http://dx.doi.org/10.52547/etiadpajohi.16.64.279

References

Andersson, H. W., Wenaas, M., & Nordfjærn, T. (2019). Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study among users

of illicit substances. *Addictive Behaviors*, *90*, 222–228. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.008

Araban, M., Salahshouri, A., Ghorrabi, A. T., & Jiba, M. (2026). An exploration into the factors contributing to addiction relapse: A qualitative study. *Heliyon*, *12*(1), e44266. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2025.e44266

Cludius, B., Mennin, D., & Ehring, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion, 20*(1), 37–42. https://doi.org/10.1037/emo0000646

Dingle, G. A., Cruwys, T., & Frings, D. (2015). Social identities as pathways into and out of addiction. *Frontiers in Psychology*, *6*, 1795. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01795

Hill, J. V., & Leeming, D. (2014). Reconstructing 'the alcoholic': Recovering from alcohol addiction and the stigma this entails. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *12*(6), 759–771. https://doi.org/10.1007/s11469-014-9508-z

Humphreys, G., & Finch, N. (2025). Experiences of a lived experience recovery organization for those in abstinence-based substance use recovery: a thematic analysis. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 20*(1), 41. https://doi.org/10.1186/s13011-025-00671-9

Klein, M., Dixon, J., & Butler C. (2022). Multiple relapses into opiate and crack misuse among people in recovery: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Addictions and Offender Counseling*, *43*(2), 97–110. https://doi.org/10.1002/jaoc.12106

Klein, M., Dixon, J., Butler, C., & Best, D. (2026). “It’s almost as if I’ve relapsed”: An interpretative phenomenological analysis of addiction therapists’ experiences with supporting their clients through repeated relapse. *Journal of Drug Issues*, *56*(1), 171-187. https://doi.org/10.1177/00220426241277775

Koob, G. F. (2021). Drug addiction: Hyperkatifeia/ negative reinforcement as a framework for medications development. *Pharmacological Reviews*, *73*(1), 163–201. https://doi.org/10.1124/pharmrev.120.000083

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985) *Naturalistic Inquiry*. Sage publications**.**

Mehari, A., Melese, H. & Reshid, M. (2026). A phenomenological analysis of relapse among adults with substance abuse. *Scientific Reports, 16*, 8413. https://doi.org/10.1038/s41598-026-39291-z

Mellor, R., Lancaster, K., & Ritter, A. (2021) Recovery from alcohol problems in the absence of treatment: a qualitative narrative analysis. *Addiction*, *116*(6), 1413–1423. https://doi.org/10.1111/add.15288

Moe, F. D., Moltu, C., McKay, J. R., Nesvag, S., & Bjornestad, J. (2022). Is the relapse concept in studies of substance use disorders a ‘one size fits all 'concept? A systematic review of relapse operationalization. *Drug and Alcohol Review*, *41*(4), 743–758. https://doi.org/10.1111/dar.13401

Neale, J., Allen, D., & Coombes, L. (2005). Qualitative research methods within the addictions. *Addiction*, *100*(11), 1584–1593. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01230.x

Pettersen, H., Ruud, T., Ravndal, E., & Landheim, A. (2013). Walking the fine line: Self-reported reasons for substance use among persons with substance use problems. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 20*, 8. https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.21968

Ramos, J. P., Vieira, M., Carvalho, C. M., Gonçalves, F., Barbosa, P., Aguiar, A., & Pinto, M. (2026). Socioenvironmental factors in recovery of people with substance use disorders: A comprehensive scoping review. *Contemporary Drug Problems*, 53(3), 537-566. https://doi.org/10.1177/00914509261416129

Shanmugam, B., Mahadevan, J., Ramasamy, D. P., & Ezhumalai, S. (2025). Factors associated with abstinence among men with alcohol use disorder: A qualitative study. *Indian Journal of Psychological Medicine*. https://doi.org/10.1177/02537176251362106

Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2022). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research (2nd ed.).* Sage Publications.

Sureshkumar, K., Dalal, P. K., Kailash, S. Z., & Rudhran, V. (2021). Relapse in opioid dependence: Role of psychosocial factors. *Indian Journal of Psychiatry*, *63*(4), 372–376. https://doi.org/10.4103/psychiatry.indianjpsychiatry_383_20

Svendsen, T. S. (2026). *Exploring narratives of long-term substance addiction recovery in Norway*. Doctoral dissertation, Manchester Metropolitan University.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2025*). World drug report 2025*. United Nations**.**

Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, *374*(4), 363–371. https://doi.org/10.1056/NEJMra1511480

Zhang, T., Sun, L., Yin, X., Chen, H., Yang, L., & Yang, X. (2024). Burden of drug use disorders in the United States from 1990 to 2021 and its projection until 2035: results from the GBD study. *BMC Public Health*, *24*, 1639. https://doi.org/10.1186/s12889-024-19142-0

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. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2018.03.048

Contents

Title	Page
The Mediating Role of Psychological Capital in the Relationship Between Basic Psychological Needs and Addiction Proneness in Students Sajjad Asadirahmani , Saeed Moosavipour	**7-32**
Psychometric Properties of the Persian Version of the Tolerance for Mental Pain Scale in Substance-Using and Recovered Individuals Mohammad Javad Bagian Koulemarzi	**33-74**
The Mediating Role of Subjective Vitality in the Relationship of School Ethical Climate and Moral Intelligence With Substance Use Proneness in Students Houshang Garavand , Hoda Lajevardi , Armin Faraji	**75-98**
The Mediating Role of Mindfulness in the Relationship of Occupational Stress and Organizational Climate to Job Burnout Among Addiction Treatment Center Staff Seyed Mosa Tabatabaee , Mojtaba Rajabpour , Mahnaz Zargarani , Hanieh Barabadi Ghaderabadi	**99-118**
Predicting Substance Use Tendency Based on Parent-Child Relationship Patterns, Emotional Control, and Emotional Processing in Adolescents Kimia Nahvi , Alireza Shokrgozar , Maryam Mashayekh	**119-144**
The Efficacy of Metacognitive Therapy on Distress Tolerance, Executive Functions, and Substance Use Tendency in Aggressive Adolescents Akbar Jadidi Mohammadabadi , Fatemeh Kamalzadeh	**145-168**
Comparison of Executive Functions, Working Memory, and Selective Attention Between Adolescents With and Without Cannabis Use Parastoo Santagar Mahani , Farzad Farhoodi	**169-186**
Effectiveness of Cognitive Rehabilitation Program on Memory, Executive Function, and Processing Speed in Individuals With Substance Use Disorders Zahra Esmaeilzadeh , Mohammad Hadi Safi	**187-212**
Passivity and Aggression; Women's Confrontation With Spousal Addiction: A Qualitative Research Seyyed Ali Edalat , Mohamadreza Zarbakhshbahri , Flora Rahimaghaee	**213-236**
A Qualitative Analysis of the Formation of the Relapse Trajectory: Exploring the Lived Experiences of Men During Abstinence Salman Zarei	**237-260**

Editorial Board

Zarrindast, M. R., Ph.D.	Professor of Neuroscience, Tehran University of Medical Sciences
Joghataei, M.T., Ph.D.	Professor of Anatomy, Iran University of Medical Sciences
Mohseni Tabrizi, A. R., Ph.D.	Professor of Sociology, University of Tehran
Navabakhsh, M., Ph.D.	Professor of Sociology, Islamic Azad University, Science and Research Branch
Mohammadkhani, P., Ph.D.	Professor of Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences
Rahimi-Movaghar, A., Ph.D.	Professor of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences
Motavalian, S. A., Ph.D.	Professor of Epiodmiology, Iran University of Medical Sciences
Rezai Rad, M., Ph.D.	Associate Professor of Management of Treatment Services, Police University

Reviewers of This Issue

Kazemnejad, A., Ph.D.	Professor of Biostatistics, Tarbiat Modares University
Mohammadzadeh, A., Ph.D.	Professor of Psychology, Payame Noor University
Sheykholeslami, A., Ph.D.	Professor of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili
Gearavand, H., Ph.D.	Associate Professor of Psychology, Lorestan University
Taghvaeinia, A., Ph.D.	Associate Professor of Psychology, Yasouj University
Soleimani, E., Ph.D.	Associate Professor of Psychology, Urmia University
Kordmirza Nikoozadeh, E., Ph.D.	Associate Professor of Psychology, Payame Noor University
Rezapour Mirsaleh, Y., Ph.D.	Associate Professor of Counseling Ardakan University
Mohammadi, S., Ph.D.	Assistant Professor of Educational Administration, Semnan University
Akbari Balootbangan, A., Ph.D.	Assistant Professor of Psychology, Farhangian University
Saadatazhar, HR., Ph.D.	Assistant Professor of Psychology, Research Institute of Police Scienses
Mardpour, A., Ph.D.	Assistant Professor of Psychology, Islamic Azad University, Yasouj Branch
Dabiri, S., Ph.D.	Assistant Professor of Psychology, Islamic Azad University, North Tehran Branch
Sarami Fruoshani, HR., Ph.D.	PhD in Cultural Management and Planning
Salemi, S., Ph.D.	PhD in Psychology, Shahid Chamran University

In the name of God

Scientific Quarterly

Research on Addiction
Vol. 20, No. 80, Summer 2026

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, Education & Research Office

Circulation: Electronic-Print (5 copies)

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

Postal Box: 1469915834

Tel/Fax: +98-21-47361701 Fax: +98-21-47361703

Email: info@etiadpajohi.ir

The quarterly has succeeded to obtain the scientific rank of "B" according to the license of the Scientific Journals Commission of the Ministry of Science, Research and Technology in the evaluation of 2024

The quarterly is available at DOAJ, dchq.ir, ISC, magiran.com, SID, Iranmedex, ensani.ir, Noormags.com, LinkedIn & Academia.

Research on Addiction

Scientific Quarterly

Vol. 20 No. 80. Summer 2026

ISSN: 2008-4307

- **The Mediating Role of Psychological Capital in the Relationship Between Basic Psychological Needs and Addiction Proneness in Students** 7-32
  Sajjad Asadirahmani , Saeed Moosavipour
- **Psychometric Properties of the Persian Version of the Tolerance for Mental Pain Scale in Substance-Using and Recovered Individuals** 33-74
  Mohammad Javad Bagian Koulemarzi
- **The Mediating Role of Subjective Vitality in the Relationship of School Ethical Climate and Moral Intelligence With Substance Use Proneness in Students** 75-98
  Houshang Garavand , Hoda Lajevardi , Armin Faraji
- **The Mediating Role of Mindfulness in the Relationship of Occupational Stress and Organizational Climate to Job Burnout Among Addiction Treatment Center Staff** 99-118
  Seyed Mosa Tabatabaee , Mojtaba Rajabpour , Mahnaz Zargarani , Hanieh Barabadi Ghaderabadi
- **Predicting Substance Use Tendency Based on Parent-Child Relationship Patterns, Emotional Control, and Emotional Processing in Adolescents** 119-144
  Kimia Nahvi , Alireza Shokrgozar , Maryam Mashayekh
- **The Efficacy of Metacognitive Therapy on Distress Tolerance, Executive Functions, and Substance Use Tendency in Aggressive Adolescents** 145-168
  Akbar Jadidi Mohammadabadi , Fatemeh Kamalzadeh
- **Comparison of Executive Functions, Working Memory, and Selective Attention Between Adolescents With and Without Cannabis Use** 169-186
  Parastoo Santagar Mahani , Farzad Farhoodi
- **Effectiveness of Cognitive Rehabilitation Program on Memory, Executive Function, and Processing Speed in Individuals With Substance Use Disorders** 187-212
  Zahra Esmaeilzadeh , Mohammad Hadi Safi
- **Passivity and Aggression; Women's Confrontation With Spousal Addiction: A Qualitative Research** 213-236
  Seyyed Ali Edalat , Mohamadreza Zarbakhshbahri , Flora Rahimaghaee
- **A Qualitative Analysis of the Formation of the Relapse Trajectory: Exploring the Lived Experiences of Men During Abstinence** 237-260
  Salman Zarei

Presidency
Drug Control Headquarters
Department for Education and Research