بسم الله الرحمن الرحیم

اعتیاد پژوهی

فصلنامه علمی

سال هجدهم، شماره هفتاد و چهارم، زمستان ۱۴۰۳

صاحب امتیاز: ستاد مبارزه با موادمخدر ریاست جمهوری
مدیر مسئول: محمود مینویی
سردبیر: دکتر حسن احدی
ناشر: دفتر آموزش وتحقیقات 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 ۱۴۰۲موفق به کسب رتبه‌ی علمی "ب" شده است.
فصلنامه اعتیاد پژوهی در پایگاه بین المللی DOAJ و پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (isc)، سایت مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری (dchq.ir) بلنک 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 شیخ الاسلامی	**استاد روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی**
دکتر علی محمدزاده	**استاد روانشناسی، دانشگاه پیام نور**
دکتر هوشنگ گراوند	**دانشیار روانشناسی، دانشگاه لرستان**
دکتر اسماعیل سلیمانی	**دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه ارومیه**
دکتر نصراله عرفانی	**دانشیار روانشناسی، دانشگاه پیام نور**
دکتر عزت اله کردمیرزا	**دانشیار روانشناسی، دانشگاه پیام نور**
دکتر محسن نظرزاده زارع	**استادیار مدیریت آموزش عالی، دانشگاه ملایر**
دکتر شیرکوه محمدی	**استادیار مدیریت آموزشی، دانشگاه سمنان**
دکتر افضل اکبری بلوطبنگان	**استادیار روانشناسی، دانشگاه فرهنگیان**
دکتر فرزانه رنجبرنوشری	**استادیار روانشناسی، دانشگاه پیام نور**
دکتر سعیده سبزیان	**استادیار روانشناسی، دانشگاه حضرت معصومه**
دکتر حمید رضا صرامی فروشانی	**دکترای مدیریت و برنامه ریزی امور فرهنگی**
دکتر صفورا سالمی	**دکترای روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز**
دکتر داود میرزائی مقدم	**دکترای جامعه شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکز**

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 واسطه‌ای ذهن‌آگاهی در رابطه بین ذهنیت والد سرزنش‌گر با گرایش به عود در افراد وابسته به مواد در حال بهبودی حسن شعبانی، رسول روشن چسلی، حمید یعقوبی، حجت الله فراهانی	۷-۲۸
بررسی نقش میانجی نگرش به مواد در رابطه تفکر انتقادی، سواد رسانه‌ای و جامعه‌پذیری با گرایش به مصرف مواد مخدر در دختران نوجوان فاطمه بیک لو، حسینعلی مهرابی	۲۹-۶۰
تدوین الگوی روابط ساختاری آمادگی به اعتیاد نوجوانان براساس نشخوار فکری و نقش واسطه‌ای آشفتگی‌های روان‌شناختی سیف‌الله آقاجانی، شایان نوری لاسکی، رقیه خادمی، محمد زارعی نوروزی	۶۱-۸۴
روابط ساختاری حمایت اجتماعی ادراک‌شده با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگه‌دارنده با متادون: نقش میانجی حساسیت اضطرابی محمدرضا نوروزی همایون، اسماعیل صدری دمیرچی، مسعود صادقی، محمد حاتمی نژاد	۸۵-۱۰۶
اثربخشی درمان آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی بر استرس ادراک‌شده، تاب‌آوری و وسوسه مواد در افراد با اختلال مصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز اقامتی نوید پویان، مریم اصفهانی اصل، امین عینی پور	۱۰۷-۱۳۰
چشم‌اندازهای شغلی افراد وابسته به مواد بهبودیافته پس از بازگشت به شغل: یک مطالعه کیفی مرضیه درعلی، یاسر رضاپور میرصالح، مجتبی سلطانی	۱۳۱-۱۵۶
ارائه دیدگاه افراد وابسته به مواد بهبودیافته پیرامون دلایل مشارکت یا عدم مشارکت در فعالیت‌های ورزشی سکینه لطفی فرد شکرلو، سیدمحمد کاشف، حسین علی حسین علوان الزبیدی	۱۵۷-۱۸۰
تحلیل تشخیصی افراد با و بدون گرایش به مصرف مواد اعتیادآور بر اساس سبک‌های دلبستگی، تجارب آسیب‌زای کودکی و ایده‌پردازی خودکشی لیلا حفاظی طرقبه، سمیه فکریان آرانی	۱۸۱-۲۰۲
بررسی ارتباط سبک‌های هویت بر رفتارهای پرخطر در نوجوانان: مطالعه‌ای بر گرایش به مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر شاهین ایمانی خوشخو، سجاد رضائی، عباسعلی حسین‌خانزاده	۲۰۳-۲۲۸
تحلیل پیشران‌های مؤثر بر بازگشت به چرخه اعتیاد در نقاط روستایی افشار کبیری، محمد ولائی	۲۲۹-۲۶۰

Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 18, No. 74, P 7-28, Winter 2025

Research Article

The Mediating Role of Mindfulness in the Relationship between Punitive Parent Mode with Relapse Tendency in Substance-Dependent People in Recovery*

Hassan Shabani[1], Rasol Roshan Chesli[2], Hamid Yaqhubi[3], Hojjatollah Farahani[4]

Received: 2024/09/26 Accepted: 2025/06/07

Abstract

Objective: The present study aimed to investigate the mediating role of mindfulness in the relationship between the punitive parent mode and relapse tendency in recovering substance-dependent individuals. **Method:** This was a descriptive-correlational study using a structural equation modeling (SEM) approach. The statistical population included all male opioid users (opium, sap, and heroin) aged 20-50, residing in 30 addiction treatment centers in Golestan province in 2023. A sample size of 225 was determined by allocating a coefficient of 40 to the observed variables (five variables in the model) and accounting for the possibility of incomplete questionnaires. The sample was selected using proportional stratified random sampling. The instruments used were the relapse tendency questionnaire, the schema mode inventory, and the mindfulness questionnaire. To analyze the research model, SEM was performed using AMOS-23 software. **Results:** The results revealed significant relationships ($p < 0.01$) between the punitive parent mode, mindfulness, and relapse tendency in individuals recovering from addiction. The beta coefficients (effects) for the direct paths from the punitive parent mode and mindfulness to relapse tendency were 0.294 and -0.214, respectively. Furthermore, mindfulness significantly mediated the indirect relationship between the punitive parent mode and relapse tendency. Overall, the results indicated that the model had an appropriate fit and explained 28% of the variance in relapse tendency. **Conclusion:** Recovering substance-dependent individuals with a higher tendency to relapse also exhibit a higher level of the punitive parent schema mode and a lower level of mindfulness. Therefore, it is recommended that counselors and psychologists at addiction treatment centers pay special attention to these variables to help reduce the relapse tendency in recovering substance-dependent individuals.

Keywords: Mindfulness, Punitive parent mode, Relapse, Substance dependence

*. This article has been extracted from part of the first author's doctoral dissertation at Shahed University.

1. Ph.D. Student, Department of Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.
2. Corresponding Author: Professor, Department of Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran. Email: roshan@shahed.ac.ir
3. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.
4. Associate Professor, Department of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هجدهم، شماره هفتاد و چهارم، ص۲۸-۷، زمستان ۱۴۰۳

مقاله پژوهشی

نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی در رابطه بین ذهنیت والد سرزنش‌گر با گرایش به عود در افراد وابسته به مواد در حال بهبودی*

حسن شعبانی[۱]، رسول روشن چسلی[۲]، حمید یعقوبی[۳]، حجت الله فراهانی[۴]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۱۷

چکیده

هدف: هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه ای ذهن‌آگاهی در رابطه بین ذهنیت والد سرزنش‌گر با گرایش به عود در افراد وابسته به مواد در حال بهبودی بود. **روش:** پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع مدل معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه مردان مصرف کننده مواد مخدر افیونی (تریاک، شیره و هروئین) در بازه سنی ۲۰ تا ۵۰ ساله مستقر در ۳۰ مرکز اقامتی ترک اعتیاد در استان گلستان در سال ۱۴۰۲ بود که از این میان برای تعیین حجم نمونه با توجه به تعداد متغیرهای مشاهده شده و تخصیص ضریب ۴۰ (۵ متغیر مشاهده شده در مدل)، و با احتساب احتمال وجود پرسش‌نامه‌های ناقص، ۲۲۵ نفر به عنوان حجم نمونه به روش تصادفی طبقه‌ای نسبتی انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه عود، ذهنیت‌های طرحواره‌ای و ذهن‌آگاهی بود. به منظور تحلیل مدل پژوهش از مدل معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزار AMOS-23 استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین ذهنیت والد سرزنش‌گر و ذهن‌آگاهی با گرایش به عود در افراد در حال بهبودی از اعتیاد روابط معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود داشت. همچنین مقدار ضریب بتا (اثر) ذهنیت والد سرزنش‌گر و ذهن‌آگاهی بر گرایش به عود در مسیرهای مستقیم به ترتیب برابر با ۰/۲۹۴و ۰/۲۱۴- بود. به علاوه، ذهن آگاهی و رابطه غیر مستقیم ذهنیت والد سرزنش گر با گرایش به عود نقش واسطه‌ای معناداری داشت. در مجموع نتایج نشان داد که مدل از برازش مناسبی برخوردار بود و ۲۸ درصد از گرایش به عود را تبیین کرد. **نتیجه‌گیری:** افراد وابسته به مواد در حال بهبودی که گرایش بیشتری به عود دارند، دارای سطح بالاتری از ذهنیت والد سرزنش‌گر و در سطح پایین‌تری از ذهن‌آگاهی قرار دارند. بنابراین، به مشاوران و روانشناسان مراکز اقامتی ترک اعتیاد پیشنهاد می‌گردد به این متغیرها در کاهش گرایش به عود افراد وابسته به مواد در حال بهبودی توجه ویژه‌ای نمایند.

کلیدواژه‌ها: ذهن‌آگاهی، ذهنیت والد سرزنش‌گر، عود، وابستگی به مواد

*. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه شاهد است.

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. پست الکترونیک: roshan@shahed.ac.ir

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

۴. دانشیار ،گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

مقدمه

اعتیاد و اختلال مصـــرف مواد اختلالی مزمن و عودکننده و یک مشـــکل رایج و رو به افزایش است که با پیامدهای منفی و جبران‌ناپذیر همراه است (ساکر[1] و همکاران، ۲۰۲۴). اختلالات مرتبط با مواد و اعتیاد الگوهای ناســـازگار رفتار مصـــرف مواد هســـتند که با از دست دادن کنترل، اجبار و پیامدهای مضر مشخص می‌شوند. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی[2]، سالانه در جهان تقریباً ۲۷۵ میلیون نفر از مواد مخدر استفاده می‌کنند و حدود ۴۵۰ هزار نفر در اثر اســـتفاده از این مواد جان خود را از دســـت می‌دهند (زین و دانویچ[3]، ۲۰۲۳). عوامل زیادی مصـــرف مواد را به موضـــوعی پیچیده و چند بعدی تبدیل کرده اســت. یکی از این عوامل عود و بازگشـت به مصـرف مواد اسـت (پزشـک زاده و همکاران، ۱۳۹۷). عود[4] به عنوان استفاده مداوم از مواد پس از یک دوره بهبودی، سم‌زدایی یا پرهیز تعریف می‌شود (منون و کانداسمی[5]، ۲۰۱۸). اعتیاد اختلالی با عود مزمن است که با رفتارهای تکانشـــگری جســـتجوی مواد علی رغم پیامدهای منفی آن همراه می‌باشـــد (سیسیلی[6] و همکاران، ۲۰۲۲) در طی سال های اخیر تحقیقات زیادی در خصوص عود در دنیا انجام شـده اسـت و عود ممکن اسـت به دلیل عوامل زیادی رخ دهد (ندو و خوسـا[7]، ۲۰۲۳). در واقع، نشـــانه‌های محکمی وجود دارد که عود توســـط یک عامل منفرد تعیین نمی‌شـود، بلکه تحت تأثیر چندین عامل همزمان قرار میگیرد (کانورز[8] و همکاران، ۲۰۱۳؛ دانوان[9] و همکاران، ۲۰۱۳؛ نعمتی سوگلی‌تپه و خالدیان، ۱۴۰۱).

طرحواره‌های ناســازگار اولیه و ذهنیت های طرحواره‌ای یکی از عوامل مرتبط با اعتیاد و عود می‌باشد (ریسو[10] و همکاران، ۲۰۰۷؛ شوری[11] و همکاران، ۲۰۱۲؛ تاپیا[12] و همکاران، ۲۰۱۷؛ جمشیدی و همکاران ۱۳۹۹؛ محمدی و همکاران، ۱۴۰۱). ذهنیت‌های طرحواره‌ای یک الگوی تکرارشونده از احساسات، افکار، عواطف و رفتارهای شدید است که در یک

1. Sahker
2. world health organization
3. Zein & Danovitch
4. relapse
5. Menon & Kandasamy
6. Ceceli
7. Ndou & Khosa
8. Connors
9. Donovan
10. Riso
11. Shorey
12. Tapia

نقطه زمانی معین فعال است (آرنتز و جیکوب[1]، ۲۰۱۷). ذهنیت‌ها با فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه که الگوهای عاطفی و شناختی ناکارآمدی هستند که در کودکی ایجاد شده‌اند و در طول زندگی دوباره ظاهر می‌شوند، ایجاد می‌شوند (یانگ[2]، ۲۰۱۴). ذهنیت‌های طرحواره ای به چهار دسته سازمان‌دهی می‌شوند: ذهنیت‌های کودک، ذهنیت‌های مقابله‌ای، ذهنیت‌های والد، و ذهنیت بزرگسال سالم. ذهنیت های کودک که توسط نیازهای عاطفی اولیه برآورده نشده فعال می‌شوند و با احساس غم، شرم، خشم و آسیب‌پذیری مشخص می‌شوند. ذهنیت‌های مقابله‌ای راهبردهای نظارتی ناسازگاری هستند که در کوتاه‌مدت اثر واکنش عاطفی به نیازهای برآورده نشده را کاهش می‌دهند، اما در بلندمدت باعث تنظیم هیجانی ناکارآمد می‌شوند. ذهنیت‌های والدینی با پیام‌های خود ویرانگر درونی مشخص می‌شوند که باعث تحقیر نیازهای عاطفی اصلی می‌شوند. در نهایت، ذهنیت بزرگسال سالم، افکار، رفتارها و شناخت‌های تطبیقی را یکپارچه می کند که منجر به تنظیم هیجانی با عملکرد خوب می‌شود (لوبستیل[3] و همکاران، ۲۰۱۲؛ رودریگر[4] و همکاران، ۲۰۱۸). در همین راستا، ساکوسریپراست[5] و همکاران (۲۰۲۳) در یک فراتحلیل نشان داده‌اند که همه طرحواره‌ها و حوزه‌های طرحواره ناسازگار اولیه با رفتارهای اعتیادآور همبستگی مثبت دارند. بهرامیان و همکاران (۱۴۰۱) دریافته‌اند که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عود همبستگی وجود دارد. همچنین، شعبانی و همکاران (۱۳۹۶) نشان داده‌اند که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با آمادگی به اعتیاد در بین افراد وابسته به مواد در حال بهبودی رابطه معنادار مثبت وجود دارد. در ادامه کرستن[6] (۲۰۱۲) نشان داد که ۸ ذهنیت طرحواره‌ای با بیماران دارای اختلال مصرف مواد شامل "خود آرامش‌بخش بی‌تفاوت[7]"، "کودک آسیب‌پذیر[8]"،"کودک عصبانی[9]"،"کودک تکانشی[10]"، "والد سرزنش گر[11]"،"محافظ بی‌تفاوت[12]"،"خود بزرگ‌منش[13]"و"قلدری و

1. Arntz & Jacob
2. Young
3. Lobbestael
4. Roediger
5. Sakulsriprasert
6. Kersten
7. indifferent self-soothing mode
8. vulnerable child mode
9. angry child mode
10. impulsive child mode
11. punitive parent mode
12. indifferent protective mode
13. drandiose mode

حمله[1]"ارتباط دارند. یافته‌های مطالعه بوگا[2] و همکاران (۲۰۱۸) از فرضیه‌های مبتنی بر مدل کرستن (۲۰۱۲) پشتیبانی می‌کند که تفاوت‌هایی معنادار بین بیماران مصرف‌کننده و افراد سالم در ذهنیت‌های طرحواره‌ای «خود آرام‌بخش بی‌تفاوت»، «کودک آسیب‌پذیر»، «کودک عصبانی»، «کودک تکانشی» و «والد سرزنش‌گر» وجود دارد. در همین راستا، یکی از ذهنیت‌های مهم، ذهنیت والد سرزنش گر است که صدای درونی شده والد یا دیگر مراقبین دوران کودکی است که بیماران را مورد انتقاد و تنبیه قرار می‌دهد (آرنتز و ون جندرن[3]، ۲۰۲۰). در واقع، صدای منتقدان درونی که فرد را مورد انتقاد قرار می داده‌اند دراین ذهنیت درونی می‌شود و به خاطر داشتن نیازهای عادی، فرد خودش را مستحق مجازات می‌داند (رودریگر و همکاران، ۲۰۱۸). سانتو[4] و همکاران (۲۰۲۱) دریافته‌اند که افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی اغلب تجربه بدرفتاری در دوران کودکی را گزارش می‌کنند. بیانی و همکاران (۱۴۰۲) عنوان نموده‌اند که یکی از عوامل عود، سرزنش بیش از حد خانواده می‌باشد. همچنین، صدری دمیرچی و همکاران (۱۳۹۸) دریافته‌اند که ذهنیت والد سرزنش‌گر با آمادگی به اعتیاد در معتادان رابطه مثبت دارد.

یکی از مدل‌های نظری در حیطه اعتیاد، مدل استراور[5] (۲۰۱۷) می‌باشد که عنوان می‌کند طرحواره‌های حیطه طرد و بریدگی (خاستگاه ذهنیت‌های کودک و والد) در ارتباط با سبک مقابله‌ای اجتنابی منجر به مصرف مواد و عود می‌گردند و اجتناب با ذهن‌آگاهی یا پذیرش تجارب لحظه‌ای که با تمرکز حواس مشخص می‌شود، سازگاری ندارد (گریگوریان[6] و همکاران، ۲۰۲۰). ذهن‌آگاهی در بسیاری از تحقیقات در حیطه اعتیاد و عود و همچنین دیگر موضوعات به عنوان متغیر واسطه‌ای ذکر شده است (سیمونز[7] و همکاران، ۲۰۱۸؛ جانوفسکی[8] و همکاران، ۲۰۱۹؛ عامری، ۱۴۰۱). همچنین، سایر تحقیقات از ارتباط طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ذهن‌اگاهی در مصرف مواد حمایت می‌کنند (شوری و همکاران، ۲۰۱۵؛ تیم[9]، ۲۰۱۷؛ گریگوریان و همکاران، ۲۰۲۰). کابات–

1. bullying and aggressive mode
2. Booga
3. Van Genderen
4. Santo
5. Straver
6. Grigorian
7. Simmons
8. Janovsky
9. Thimm

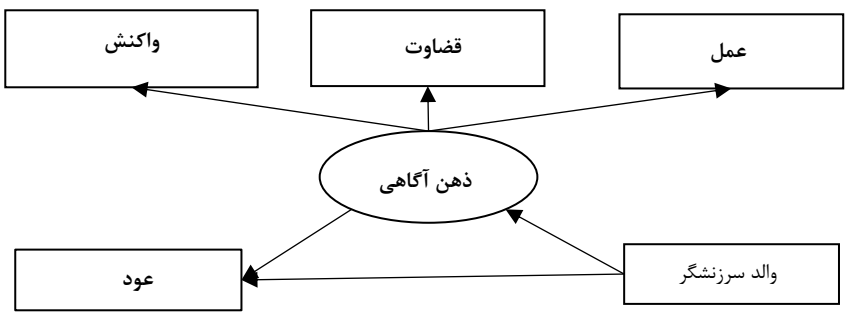
زین[1] (۱۹۹۰) ذهن‌آگاهی[2] را توجه کردن به شـیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضـاوت و پیشـداوری تعریف کرده اسـت. ذهن‌آگاهی راهی برای مشـاهده افکار، تصاویر، احساسات و پذیرش آنها بدون درگیر شدن فرد با محتوای افکار است (گرانت[3] و همکاران، ۲۰۱۷). در واقع، ذهن‌آگاهی یک توجه بدون سوگیری و قضاوت پیرامون جنبه های خود اسـت و شـواهد در حال ظهور نشـان می‌دهد که ذهن‌آگاهی می‌تواند از عود بیماری جلوگیری کند (پریدی[4] و همکاران، ۲۰۱۸). مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای کاهش وابستگی، ولع مصرف و سایر علائم مرتبط با اعتیاد با بهبود وضعیت خلق و خو و تنظیم احساسات موفق بودند (ویتکویتز[5] و همکاران، ۲۰۱۴؛ سانچو[6] و همکاران، ۲۰۱۸).

همچنین، کاریادی[7] و همکاران (۲۰۱۴) در فراتحلیل به این مهم دست یافته‌اند که یک ارتباط معنادار مداوم بین خصیصه‌های ذهن‌آگاهی (عمل با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش) با رفتارهای مصـرف مواد بود. روزنتال[8] و همکاران (۲۰۲۱) نشـان داده‌اند که ذهن‌آگاهی برای افزایش پاسـخگویی به پاداش‌های طبیعی در مقابل نشـانه‌های مرتبط با اعتیاد موثر می باشـند. سـالگو[9] و همکاران (۲۰۲۱) نشـان دادند که فعال‌سـازی ذهنیت‌های طرحواره‌ای با سطح ذهن‌آگاهی مرتبط است. یکی از موضوعات مطالعه بوگا و همکاران (۲۰۱۸)، همان‌طور که توسط لی و آرنتز[10] (۲۰۱۳) مورد بحث قرار گرفت، این است که محققان فقط بر روی طرحواره‌ها تمرکز کرده‌اند، اما حالت‌های طرحواره که مسلماً مؤثرتر است را هدف قرار نداده‌اند. از آنجایی که حالت‌های طرحواره و اختلال مصرف مواد هر دو دارای یک جزء رفتاری واضح هستند (استفاده از مواد اغلب به عنوان مکانیزم مقابله‌ای در نظریه طرحواره دیده می‌شود)، بررسی حالت‌های طرحواره (به جای طرحواره‌ها) حتی مشـروع تر می‌شـود (بوگا و همکاران، ۲۰۱۸). گریگوریان و همکاران (۲۰۲۰) بر اسـاس نتایج پژوهش نیز دریافتند که مداخلات درمانی ممکن اسـت نیاز به تطبیق با حوزه‌های خاص طرحواره‌ای و همچنین جنبه‌های خاص ذهن‌آگاهی در افراد تحت درمان اختلال

1. CABAT - saddle
2. mindfulness
3. Grant
4. Priddy
5. Witkiewitz
6. Sancho
7. Karyadi
8. Rosenthal
9. Salgó
10. Lee

مصرف مواد داشته باشد. بنابراین، با عنایت به خلا پژوهشی در مورد مدل مورد مطالعه و با توجه به این مهم که برنامه‌ریزی روش‌های درمانی مناسب صرفا می‌تواند در نتیجه شناخت دقیق از شـرایط موجود و جنبه‌های خاص متغیرها شـکل گیرد و همین‌طور بالا بودن آمار عود و نیاز مبرم مراکز درمانی دخیل در حوزه اعتیاد به برنامه‌های روان درمانی در خصوص پیشـگیری و کاهش عود، ارائه مدل مناسـب می‌تواند در تدوین برنامه های درمانی و ایجاد انگیزه در بیمار برای همکاری بسـیار تاثیرگذار باشـد. از آنجایی که ماندگاری در درمان برای بیمار، خانواده و تیم درمانی مهم است، بررسی آسیب شناسی عود از مسیر مستقیم و غیر مسـتقیم و همچنین روابط متغیرها و میزان اثر آن‌ها ضـروری اسـت. در نظر گرفتن متغیرهای واسـطه‌ای و نقش متغیرهای مکنون و آشـکار در پژوهش‌ها منجر به ایجاد بینش جدید و باعث تحلیل عمیق‌تر و گسترده‌تر موضوع اختلالات مصرف مواد می‌گردد. از این رو، با نگاهی به آنچه که عنوان گردید نیاز اسـت مدلی جهت درک عمیق‌تر پدیده عود طراحی شـود تا کمک نماید مداخلات بعدی در راسـتای ارزیابی، تشـخیص و پیش‌بینی مناسب‌تر عود تدوین گردد. بنابراین، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سوال بود که آیا مدل پیشـنهادی رابطه گرایش به عود با ذهنیت والد سـرزنش‌گر با نقش واسـطه‌ای ذهن‌آگاهی دارای برازش مطلوب است؟ در نهایت با توجه به سوال فوق مدل مفهومی در شکل ۱ ارائه گردید.

شکل ۱: مدل پیشنهادی پژوهش



روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی مردان وابسته به مواد مخدر افیونی (تریاک، شیره و هروئین) در بازه سنی ۲۰ تا ۵۰ ساله مستقر در ۳۰ مرکز اقامتی ترک اعتیاد در استان گلستان در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. برای سازگاری با الگوی معادلات ساختاری، تعداد نمونه مشروط بر بدست آمدن تعداد بیشتر از ۲۰۰ نمونه باید بر اساس حداقل ضریب ۱۵ و حداکثر ضریب ۵۰ برای تعداد متغیرهای مشاهده شده باشد (استیونس، ۱۹۹۴، به نقل از هومن، ۱۳۹۳). در این پژوهش، برای تعیین حجم نمونه با توجه به تعداد متغیرهای مشاهده شده و تخصیص ضریب ۴۰ (۵ متغیر مشاهده شده در مدل) و با احتمال خطا نمونه‌گیری با بیش برآورد، تعداد ۲۲۵ نفر به عنوان حجم نمونه به روش تصادفی طبقه‌ای نسبتی انتخاب گردید. به این صورت که از بین تمامی مراکز در تقسیم‌بندی استان به سه بخش، به تناسب ظرفیت پذیرش هر یک از مراکز، نمونه‌گیری به صورت تصادفی با اختصاص سهم نسبی انجام شد. در ابتدا توضیحات مقدماتی در خصوص هدف پژوهش و نحوه همکاری و تکمیل ابزارها به افراد در حال بهبودی از اعتیاد داده شده و پس از کسب رضایت آگاهانه در خصوص اجرا طرح، پرسش‌نامه‌ها در اختیار افراد قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از همبستگی پیرسون، مدل یابی معادلات ساختاری، و روش بوت استروپینگ[1] با نرم افزارهای SPSS-18و AMOS-23استفاده شد.

ابزار

۱- پرسش‌نامه عود[2]: پرسش‌نامه عود توسط رایت[3] و همکاران (۱۹۹۳) با ۴۵ گویه به منظور ارزیابی میزان احتمال برگشت به مواد در بیماران وابسته به آن طراحی شده است. بر اساس طیف لیکرت صفر (هیچ)، ۱ (ضعیف)، ۲ (متوسط)، ۳ (قوی) و ۴ (خیلی زیاد)

1. bootstrapping
2. relapse prediction scale
3. Wright

نمره‌گذاری می‌شـــود. دامنه نمرات آزمودنی‌ها در هر موقعیت میل مصـــرف و احتمال مصرف بین صفر تا ۱۸۰ قرار می‌گیرد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده میل و احتمال مصرف بالاتر است و بالعکس. نمره ۰ تا ۶۰ = میزان پیش‌بینی بازگشت ضعیف است. نمره ۶۱ تا ۹۰ = میزان پیش‌بینی بازگشت متوسط است. نمره بالاتر از ۹۰ = میزان پیش‌بینی بازگشت قوی است. در مجموع، بر اساس پاسخدهی آزمودنی می‌توان نوع مقابله، میزان اشتیاق و احتمال بازگشت مجدد به مصرف مواد را پیش‌بینی کرد. روایی سازه و محتوا توسط رایت و همکاران (۱۹۹۳) مورد تایید واقع شـــد و پایایی به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ بدست آمد. در پژوهش محرابی و همکاران (۱۳۸۲) روایی سازه و محتوا تایید شد و پایایی آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد. همچنین، در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای عود ۰/۸۶ بدست آمد.

۲- پرسـش‌نامه ذهنیت‌های طرحواره‌ای[1]: پرسـش‌نامه ذهنیت‌های طرحواره‌ای توسـط لوبستیل و همکاران (۲۰۱۲) با ۱۲۴ گویه طراحی شد و هدف آن سنجش ۱۴ ذهنیت طرح واره ای اسـت: ذهنیت کودک آسـیب‌پذیر (آیتم‌های ۴، ۶، ۳۶، ۵۰، ۶۷، ۷۱، ۱۰۵، ۱۱۱، ۱۱۹)، ذهنیت کودک عصـبانی (آیتم‌های ۲۲، ۴۲، ۴۷، ۴۹، ۵۶، ۶۳، ۷۶، ۷۹، ۱۰۳، ۱۰۹)، ذهنیت کودک غضـــبناک[2] (آیتم‌های ۱۴، ۲۵، ۲۶، ۴۶، ۵۴، ۶۰، ۹۲، ۹۸، ۱۰۱، ۱۲۳)، ذهنیت کودک تکانشـــی (آیتم‌های ۱۲، ۱۵، ۳۵، ۴۰، ۶۱، ۶۹، ۷۸، ۹۷، ۱۱۰)، ذهنیت کودک بی‌انضباط[3] (آیتم‌های ۱۳، ۲۱، ۳۰، ۶۵، ۷۰، ۱۰۷)، ذهنیت کودک شاد[4] (آیتم‌های ۲، ۱۶، ۱۹، ۴۸، ۶۱، ۶۸، ۹۵، ۹۶، ۱۱۳، ۱۲۲)، ذهنیت تسلیم شده مطیع[5] (آیتم‌های ۸، ۱۸، ۳۷، ۳۸، ۵۵، ۱۰۰، ۱۰۸)، ذهنیت محافظ بی‌تفاوت (آیتم‌های ۲۸، ۳۳، ۳۴، ۳۹، ۴۳، ۵۹، ۶۴، ۷۵، ۸۸)، ذهنیت خودآرام بخش بی‌تفاوت (آیتم‌های ۴۱، ۵۲، ۵۷، ۸۶)، ذهنیت خود بزرگ‌منش (آیتم‌های ۱۰، ۱۱، ۲۷، ۳۱، ۴۴، ۷۴، ۸۱، ۸۹، ۹۱، ۱۱۴)، ذهنیت زورگو و تهاجمی (آیتم‌های ۱، ۲۴، ۳۲، ۵۳، ۷۷، ۹۳، ۹۹، ۱۰۲، ۱۱۲)، ذهنیت والد سـرزنش‌گر (آیتم‌های ۳، ۵، ۹، ۱۶، ۵۸، ۷۲، ۸۴، ۸۷، ۹۴، ۱۱۸)، ذهنیت والد پرتوقع[6] (آیتم‌های ۷،

1. schema modes questionnaire
2. aggressive child mode
3. undisciplined child mode
4. happy child mode
5. submissive mode
6. high expectancy parent mode

۲۳، ۴۵، ۵۱، ۸۲، ۸۳، ۹۰، ۱۰۴، ۱۱۵، ۱۱۶)، و ذهنیت بزرگسال سالم (آیتم‌های ۲۰، ۲۹، ۶۲، ۷۳، ۸۰، ۸۵، ۱۱۷، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۴). در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (هیچ وقت=۱، به ندرت=۲، گاهی=۳، اغلب= ۴، مدام= ۵و همیشه=۶) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. حداقل نمره در خرده مقیاس والد سرزنش‌گر ۱۰ و حداکثر آن ۶۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده وضعیت بد و سرزنش بیشتر است. توسط لوبستیل و همکاران (۲۰۱۰) روایی سازه و محتوا تایید شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ بدست آمده است. در ایران توسط حنایی و همکاران (۱۳۹۳) روایی سازه و محتوا تایید شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۴ بدست آمده است. در پژوهش حاضر، صرفا از خرده مقیاس ذهنیت والد سرزنش‌گر استفاده شد. همچنین، در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای ذهنیت والد سرزنش‌گر ۰/۷۶ بدست آمد.

۳- پرسش‌نامه ذهن‌آگاهی[1]: پرسش‌نامه ذهن‌آگاهی توسط بایر[2] و همکاران (۲۰۰۶) با ۳۹ گویه طراحی شد. خرده مقیاس‌ها شامل مشاهده[3] (آیتم‌های ۱-۶-۱۱-۱۵-۲۰-۲۶-۳۱-۳۶)، توصیف[4] (آیتم‌های ۳۲-۱۶-۳۷-۲-۷-۱۲-۲۲-۲۷)، عمل همراه با آگاهی[5] (آیتم‌های ۵-۸-۱۳-۱۸-۲۳-۲۸-۳۴-۳۸)، عدم قضاوت[6] (آیتم‌های ۳-۱۰-۱۴-۱۷-۲۵-۳۰-۳۵-۳۹) و عدم واکنش[7] (آیتم‌های ۴-۹-۱۹-۲۱-۲۴-۲۹-۳۳) است. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارات را بیان کند. دامنه نمرات در این مقیاس ۳۹ تا ۱۹۵ می‌باشد. از جمع نمرات هر زیر مقیاس یک نمره کلی به دست می‌آید که هر چه نمره بالاتر باشد، ذهن‌آگاهی هم بیشتر است. بایر و همکاران (۲۰۰۶) روایی سازه و محتوا را تایید کردند و پایایی به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۱ بدست آمد. در ایران، توسط احمدوند و همکاران (۱۳۹۳) روایی سازه و محتوا تایید شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۵۷ تا ۰/۸۳ بدست آمد. در پژوهش حاضر، صرفا از خرده مقیاس‌های عمل همراه با آگاهی،

1. mindfulness questionnaire
2. Baer
3. observation
4. description
5. action with awareness
6. non-judgment
7. non-reaction

عدم قضاوت و عدم واکنش استفاده شد. همچنین، در پژوهش حاضر، پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های مورد استفاده شامل عمل همراه با آگاهی ۰/۸۰، عدم قضاوت ۰/۸۱، عدم واکنش ۰/۸۲ و نمره کلی ۰/۸۴ بدست آمد.

یافته‌ها

در جدول ۱ اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه نمونه در شاخص‌های متفاوت ارائه شده است.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی در گروه نمونه

متغیر	مجموعه	فراوانی	درصد فراوانی
سن	۲۰ تا ۴۰	۱۰۵	۴۶/۶۶
	۴۱ به بالاتر	۱۲۰	۵۳/۳۴
وضعیت شغلی	بدون شغل	۹۶	۴۲/۶۶
	شاغل	۱۲۹	۵۷/۳۴
وضعیت تحصیلی	زیر دیپلم	۱۶۹	۷۵/۱۱
	دیپلم و بالاتر	۵۶	۲۴/۸۹
مدت اعتیاد	۱تا ۵ سال	۶۹	۳۰/۶۶
	۶ سال به بالا	۱۵۶	۶۹/۳۴
تاهل	متاهل	۱۷۸	۷۹/۱۱
	مجرد	۴۷	۲۰/۸۹

با توجه به جدول ۱، اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه افراد در شاخص‌های متفاوت نشان داده می‌شود. در ابتدا با بررسی مقیاس ابزار که فاصله‌ای می‌باشد و پیش فرض‌های آماری با استفاده از آزمون‌های کشیدگی و چولگی، کولموگروف-اسمیرنوف[1] نرمالی داده ها تایید شد که حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرها و مناسب بودن آن‌ها جهت انجام مدل معادلات ساختاری بود. جهت بررسی مفروضه عدم وجود خودهمبستگی در خطاهای پژوهش، از آماره دوربین-واتسون[2] استفاده شد که مقدار آن ۱/۶۴ به‌دست آمد و از آنجا که مقدار مورد نظر در دامنه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد، می‌توان گفت مفروضه عدم وجود خودهمبستگی مورد تأیید است. همچنین مفروضه عدم وجود هم‌خطی

1. Kolmogoro-Smirnov test
2. Durbin-Watson

برای متغیرهای برونزای پژوهش با استفاده از ضریب تحمل[1] و عامل تورم واریانس[2] بررسی شد. نتایج نشـــان داد مفروضـــه عدم وجود هم‌خطی محقق شـــد، زیرا مقدار ضـــریب تحمل در تمامی متغیرهـا بـه عـدد یـک نزدیـک بود و مقـادیر عـامـل تورم واریـانس در همـــه آن‌هـــا از حـــد بحرانی[3] کمتر بود. بررسی شاخص کفایت حجم نمونه[4] (۰/۸۲۰) و شاخص کرویت بارتلت[5] (p< ۰/۰۱) حاکی از برآورده شدن ملاک‌های لازم برای مدل معادلات ساختاری بود. در جدول ۲ روابط بین متغیرهای مورد مطالعه پرداخته شد.

جدول ۲: ماتریس همبستگی خرده آزمون های ذهنیت والد سرزنش‌گر و ذهن‌آگاهی با گرایش به عود

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱- والد سرزنش‌گر	۲۹/۶۰	۱۹/۲۲	–					
۲- عمل	۱۵/۶۴	۳/۱۱	-۰/۲۴*	–				
۳- قضاوت	۱۴/۵۵	۲/۰۳	-۰/۲۲*	۰/۶۱*	–			
۴- واکنش	۱۴/۰۴	۳/۸۶	-۰/۲۵*	۰/۵۹*	۰/۶۷*	–		
۵- ذهن‌آگاهی	۴۴/۲۳	۶/۵۲	-۰/۲۷*	۰/۷۴*	۰/۸۰*	۰/۷۵*	–	
۶- عود	۸۷/۰۲	۹/۶۱	۰/۳۱*	-۰/۲۴*	-۰/۲۴*	-۰/۲۲*	-۰/۲۹*	–

* p <۰/۰۱.

نتایج مندرج در جدول ۲ همبستگی‌های معناداری بین ذهنیت والد سرزنش‌گر و خرده مقیاس‌های ذهن‌آگاهی با گرایش به عود را نشـــان می‌دهد. به طور مشـــخص، بین ذهنیت والد سرزنش‌گر با گرایش به عود رابطه مثبت معنادار وجود داشت (p< ۰/۰۱) و بین خرده مقیاس‌های ذهن‌آگاهی با گرایش به عود رابطه منفی معنادار بدســـت آمد (p< ۰/۰۱). جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل پژوهش شامل کای مربع بهنجارشده ($\chi 2/df$)، شاخص نیکویی برازش[6] (GFI)، شاخص برازش تطبیقی[7] (CFI)، شاخص توکر-لوییس (TLI)[8]،

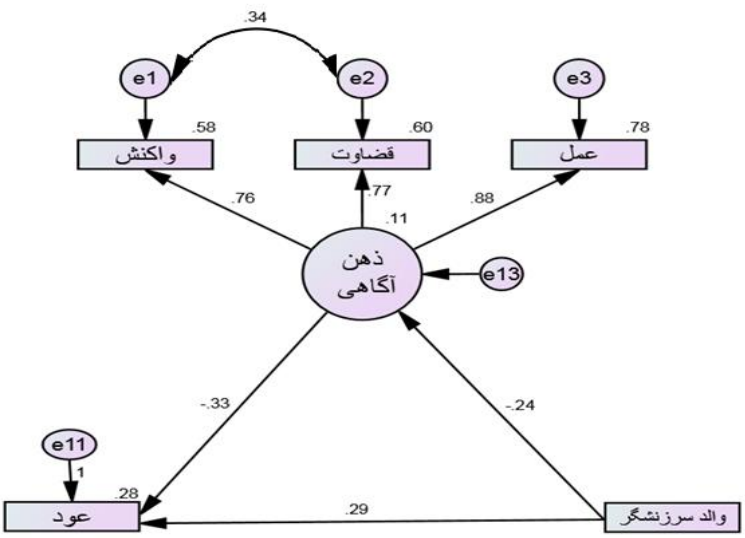
1. tolerance
2. variance inflation factors (VIF)
3. critical ratio
4. Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequancy (KMO)
5. Bartlett's test of sphericity
6. goodness of fit index (GFI)
7. comparative fit index (CFI)
8. tucker-lewis index (TLI)

شـــاخص برازش هنجارشـــده[1] (NFI)، شـــاخص ریشـــه میانگین مربعات خطای برآورد[2] (RMSEA) و ریشه میانگین مربعات باقیمانده استاندارد[3] (SRMR) را نشان می‌دهد.

جدول ۳: شاخص‌های برازش حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها و متغیرها

شاخص‌های برازش	χ2	Df	χ2/df	P	GFI	NFI	TLI	CFI	SRMR	RMSEA
مدل پیشنهادی	۴۱۷/۸۵	۱۳۷	۳/۰۵	۰/۰۱	۰/۹۲	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۹۷	۰/۰۱	۰/۰۵۱
مدل اصلاح شده	۳۲۴/۹۰	۱۳۶	۲/۳۹	۰/۰۱	۰/۹۸	۱/۰۰	۰/۹۶	۰/۹۷	۰/۰۱	۰/۰۳۱
مدل مطلوب	–	–	<۳	<۰/۰۵	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	<۰/۸۰	<۰/۸۰

مطابق با جدول ۳، مقدار RMSEA و SRMR به ترتیب برابر با ۰/۰۳۱ و ۰/۰۱ بودند که این مقادیر کمتر از مقدار مطلوب بودند. همچنین، مقدار کای دو به درجه آزادی (۲/۳۹) بین ۱ و ۳ بود و میزان شـــاخص GFI، CFI و NFI نیز تقریبا برابر یا بزرگتراز ۰/۹ بودند. در کل، مقادیر مطلوب این شاخصها نشانگر برازش مطلوب مدل پژوهش بود.



شکل ۲: مدل نهایی آزمون شده به همراه آماره‌های پیش‌بینی استاندارد شده

1. normed fit index (NFI)
2 . root mean square error of approximation (RMSEA)
3 . standardized root mean square residuals (SRMR)

جدول ۴ اثرات مستقیم بین متغیرهای مدل پژوهش به روش حداکثر درست نمایی[1] را نشان می‌دهد.

جدول ٤: برآورد مستقیم مدل

متغیر	β	R^2	حد بحرانی	معناداری	نتیجه
والد سرزنش‌گر بر گرایش به عود	۰/۲۹	۰/۰۹	۴/۱۱	۰/۰۱*	تایید
ذهن‌آگاهی بر گرایش به عود	-۰/۲۱	۰/۰۶	۳/۵۳	۰/۰۱*	تایید
والد سرزنش‌گر بر ذهن‌آگاهی	-۰/۲۵	۰/۰۷	۳/۸۹	۰/۰۱*	تایید

* $p < ۰/۰۱$.

با توجه به جدول ۴، مقدار ضریب بتا (اثر) ذهنیت والد سرزنش‌گر بر گرایش به عود برابر با ۰/۲۹ بود. مقدار ضریب بتا (اثر) ذهن‌آگاهی بر گرایش به عود برابر با ۰/۲۱- بود (p<۰/۰۱) اما میزان اثر ۰/۳۳- ذکر شده در خروجی تصویری نرم افزار در مدل پژوهش در شکل ۲ شامل ترکیب اثرات مستقیم ذهن‌آگاهی بر گرایش به عود و اثر غیرمستقیم مسیر ذهنیت والد سرزنش‌گر بر گرایش به عود با نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی است. بنابراین، میزان اثر مستقیم ذهن‌آگاهی بر گرایش به عود در مدل به صورت ترکیب شده با اثر مسیر غیر مستقیم ذکر شده است. همچنین، ذهنیت والد سرزنش‌گر و ذهن‌آگاهی به طور مشخص ۰/۰۹ و ۰/۰۶ از واریانس مشترک گرایش به عود را در سطح معناداری ۰/۰۱ تبیین کردند. همچنین، اثر مستقیم والد سرزنش‌گر بر ذهن‌آگاهی ۰/۲۵- و میزان واریانس مشترک ۰/۰۷ در سطح معناداری ۰/۰۱ بدست آمد. جدول ۵ اثر غیر مستقیم ذهنیت والد سرزنش‌گر بر گرایش به عود با نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی از طریق روش بوت‌استروپینگ در نرم‌افزار ایموس به صورت بازنمونه‌گیری با تعداد ۲۰۰۰ نمونه را نشان می‌دهد.

جدول ٥: برآورد غیرمستقیم مدل با استفاده از روش بوت استروپینگ

متغیر	β	R^2	حد پایین	حد بالا	معناداری
ذهنیت والد سرزنش‌گر بر گرایش به عود با نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی	-۰/۳۳	۰/۲۹	-۰/۴۱	-۰/۲۴	۰/۰۰۲*

* $p < ۰/۰۱$.

1. maximum likelihood

با توجه به جدول ۴، مسیر غیر مستقیم ذهنیت والد سرزنش‌گر بر گرایش به عود با نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی تایید شد ($p<۰/۰۱$) و به طور کلی مسیر توان پیش‌بینی ۲۹ درصد از واریانس متغیر گرایش به عود را داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی در رابطه بین ذهنیت والد سرزنش‌گر با گرایش به عود در افراد وابسته به مواد در حال بهبودی بود. نتایج نشان داد که ذهنیت والد سرزنش‌گر بر گرایش به عود اثر مستقیم معنادار داشت، ذهن‌آگاهی بر گرایش به عود اثر مستقیم معنادار داشت و ذهنیت والد سرزنش‌گر با نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی اثر غیرمستقیم بر گرایش به عود داشت و مدل پژوهش تایید.

نتایج پژوهش نشان داد که ذهنیت والد سرزنش‌گر بر گرایش به عود اثر مستقیم معنادار داشت. این یافته همسو با یافته شعبانی و همکاران (۱۳۹۶) در خصوص اثر طرحواره‌های ناسازگار اولیه با آمادگی به اعتیاد در بین افراد وابسته به مواد در حال بهبودی و همچنین یافته صدری دمیرچی و همکاران (۱۳۹۸) در خصوص رابطه مثبت ذهنیت والد سرزنش‌گر با آمادگی به اعتیاد در افراد وابسته به مواد و همینطور یافته بیانی و همکاران (۱۴۰۲) در جهت اثر سرزنش والدین بر عود اعتیاد است. در خصوص تبیین این یافته می‌توان گفت که ذهنیت والد سرزنش‌گر صدای درونی شده والد یا دیگر مراقبین دوران کودکی است که بیماران را مورد انتقاد و تنبیه قرار می‌دهد، طوری که افراد از این که احساس خود را ابراز داشته یا نیاز طبیعی خود را بیان کنند، نسبت به خودشان احساس خشم می‌کنند و خود را سزاوار تنبیه می‌دانند. این افراد در دوران کودکی در پی ابراز احساسات یا نیازهای خود از سوی والدین یا مراقبان خود مورد انتقاد و تنبیه واقع شده‌اند. می‌توان عنوان نمود که ذهنیت‌های والد و کودک (به جز کودک شاد) به‌طور متغیری بر هم تأثیر می‌گذارد و باعث می‌شود که افراد تحت تأثیر تعارضات آن‌ها، درد و رنج خود را با مواد اعتیادآور تسکین دهند (کاریادی و همکاران، ۲۰۱۴). در واقع، مواد مخدر در کوتاه مدت باعث تسکین و یا تغییر حالت‌های احساسی دردناک غیرقابل تحمل مانند غم، ترس، تنهایی، کسالت و درماندگی می‌شود و می‌توان گفت که ذهنیت والد

سرزنش‌گر ممکن است به افزایش استرس و اضطراب در افراد منجر شود و افراد مبتلا به اعتیاد ممکن است در شرایط فشار روانی به سمت رفتارهای اعتیادی خود بازگردند.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که ذهن‌آگاهی بر گرایش به عود اثر مستقیم معناداری داشت. این یافته همسو با یافته کاریادی و همکاران (۲۰۱۴) در خصوص رابطه ذهن‌آگاهی با رفتارهای مصرف مواد و یافته روزنتال و همکاران (۲۰۲۱) در جهت اثر ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های مرتبط با اعتیاد است. در خصوص تبیین این یافته می‌توان گفت که ذهن‌آگاهی می‌تواند به افراد کمک کند تا با استرس و اضطراب به شیوه‌ای سالم‌تر برخورد کنند و از الگوهای قدیمی خود دور شوند. ذهن‌آگاهی به افراد این امکان را می‌دهد که خود را بدون قضاوت بپذیرند. این پذیرش می‌تواند به کاهش احساس گناه و شرم ناشی از صدای والد سرزنش‌گر کمک کند در نتیجه، افراد کمتر به سمت عود می‌روند (بیانی و همکاران، ۱۴۰۲). ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا نسبت به افکار و احساسات خود آگاه‌تر شوند. این آگاهی می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا الگوهای فکری منفی و سرزنش‌گرانه را شناسایی کرده و آن‌ها را تغییر دهند. افرادی که ذهن‌آگاهی را تمرین می‌کنند، معمولاً مهارت‌های بهتری در مقابله با چالش‌ها و فشارهای زندگی دارند. این مهارت‌ها می‌توانند به جلوگیری از عود کمک کنند. ذهن‌آگاهی می‌تواند به افراد کمک کند تا از واکنش‌های احساسی شدید به موقعیت‌های استرس‌زا جلوگیری کنند. این موضوع می‌تواند به جلوگیری از عود در مواقعی که فرد تحت فشار قرار دارد، کمک کند. در واقع، تمرینات ذهن‌اگاهی یک راهبرد مقابله ای است که با ایجاد تعادل، خطر عود در نتیجه سبک زندگی پر استرس را کاهش می‌دهد (مارلات و دونووان[1]، ۲۰۰۵).

نتایج پژوهش نشان داد که ذهنیت والد سرزنش‌گر با نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی اثر غیر مستقیم بر گرایش به عود داشت. این یافته همسو یا نتایج سالگو و همکاران (۲۰۲۱) در خصوص اثر ذهنیت‌های طرحواره بر ذهن‌آگاهی در عود اختلال‌ها است. در تبیین نتایج مسیر غیر مستقیم مدل می‌توان عنوان نمود که ذهن‌آگاهی راهی برای مشاهده افکار، تصاویر، احساسات و پذیرش آنها بدون درگیر شدن فرد با محتوای افکار است. در واقع،

1. Marlatt & Donovan

می‌توان گفت بخش مهمی از این هیجانات منفی و مشکلات بین فردی به واسطه ذهنیت والد سرزنش‌گر ایجاد می‌گردد. می‌توان چنین عنوان نمود که عواطف منفی و آشفتگی‌های هیجانی با عود و مصرف مواد به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای اجتنابی به شکل موقت حذف، کاهش و یا تعدیل می‌گردد و فرد در یک دور باطل قرار می‌گیرد، زیرا پس از عود، ذهنیت والد سرزنش گر شروع به انتقاد و تنبیه فرد می‌کند (سالگو و همکاران، ۲۰۲۱). اما ذهن‌آگاهی می‌تواند به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای سازگار و سالم، میل ذهن به تشدید کردن هیجان‌های منفی را کاهش دهد و ننگ، شرم، سرزنش و احساس گناهی را که اغلب افراد مبتلا به رفتارهای اعتیادآور تجربه می‌کنند، کم رنگ‌تر کند. ذهن‌آگاهی با نگاه مشفقانه به پدیده‌ها توجه کرده و به جای احساس گناه، شرم و سرزنش خود، به پذیرش و گشاده نظری اهمیت می‌دهد. همچنین، می‌توان گفت که توجه آگاهی با آگاهی فراشناختی همراه است و فرد در این وضعیت می‌تواند به جای تسلیم شدن در برابر رفتارهای شرطی و عادت‌های معمولی خود، از چشم انداز وسیع‌تری به شرایط نگاه کنند و این آگاهی منجر به تقویت احساس آزادی و انتخاب در فرد می‌شود. ذهن‌آگاهی با کاهش تأثیرات منفی ذهنیت والد سرزنشگر، از شدت گرایش به عود می‌کاهد. به بیان دیگر، ذهن‌آگاهی به عنوان سبک مقابله‌ای جدید (نقطه مقابل سبک مقابله‌ای اجتنابی) باعث می‌شود که تأثیر ذهنیت والد سرزنشگر بر گرایش به عود کاهش یابد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر میتوان به محدود بودن ابزار اندازه‌گیری به پرسش‌نامه و عدم استفاده از سایر ابزارها اشاره نمود. عدم کنترل وضعیت اقتصاد-اجتماعی دیگر محدودیت پژوهش حاضر است. همچنین، مقطعی بودن پژوهش می‌تواند منجر به احتیاط در تعمیم نتایج به جامعه هدف گردد. نتایج حاصله در این پژوهش در مجموع توانستند بخشی از واریانس را تبیین نمایند. بنابراین، پیشنهاد میشود به‌منظور تبیین واریانس باقیمانده پژوهشهایی با تمرکز بر سایر عوامل فردی و اجتماعی مؤثر در این زمینه و متغیرهای دیگر صورت گیرد. همچنین، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات مشابه بعدی از روش‌های دیگری نظیر مصاحبه نیز استفاده شود و این پژوهش را روی افراد و گروه‌های سنی و موقعیت های مکانی مختلف اجرا شود تا نتایج تعمیم‌پذیری بیشتری داشته باشد. به

علاوه، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی بر روی نمونه‌های گسترده‌تر انجام شود و از طرح‌های تجربی یا طولی که امکان استنتاج یک رابطه علت و معلولی را ایجاد نماید، استفاده شود. نتایج بدست آمده نشان می دهد که افراد وابسته به مواد در حال بهبودی که گرایش بیشتری به عود دارند، دارای سطح بالاتری از ذهنیت والد سرزنش‌گر و در سطح پایین‌تری از ذهن‌آگاهی قرار دارند. بنابراین، به مشاوران و روانشناسان مراکز اقامتی ترک اعتیاد پیشنهاد می‌گردد که به این متغیرها در کاهش گرایش به عود افراد وابسته به مواد در حال بهبودی توجه ویژه‌ای نمایند. همچنین، پیشنهاد می‌گردد که در حوزه درمان افراد وابسته به مواد در حال بهبودی جهت کاهش گرایش به عود، به نقش روابط والدین در محیط خانواده و همچنین فرآیندهای ذهنی افراد توجه ویژه ای شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان و کارکنان مراکز ترک اعتیاد به‌خاطر همکاری ارزنده‌شان در اجرای این پژوهش نهایت تشکر و قدردانی را داریم. این پژوهش برگرفته از بخشی از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه شاهد است.

منابع

احمدوند، زهرا؛ حیدری نسب، لیلا و شعیری، محمدرضا (۱۳۹۲). وارسی اعتبار و روایی پرسشنامه پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی در نمونه‌های غیر بالینی ایرانی. *مجله علوم رفتاری*، *۷*(۳)، ۲۳۷-۲۲۹.

بهرامیان، حمیدرضا؛ ابوالقاسمی، شهنام و زربخش بحری، محمدرضا (۱۴۰۱). ارائه مدل عود اعتیاد بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، وسواس فکری با میانجی‌گری هیجان‌خواهی در معتادان خودمعرف. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، *۶۵*(۴)، ۱۴۵۰-۱۴۳۵.

بیانی، علی؛ امیر احمدی، رحمت الله و اسماعیلی، علیرضا (۱۴۰۲). تجارب زیسته جوانان معتاد از نقش حمایت اجتماعی در پیشگیری از عود اعتیاد. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، *۱۴*(۵۶)، ۱۰۱-۶۷.

پزشک زاده، سهیلا؛ اسماعیلی، معصومه؛ فرح‌بخش، کیومرث و فاسفی‌نژاد، محمدرضا (۱۳۹۷). واکاوی علل عود در سوءمصرف‌کنندگان مواد بر اساس مولفه‌های معنایی – ارزشی زبان (تحلیل گفتمان موردی). *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۲*(۴۶)، ۷۴-۵۵.

جمشیدی، صفورا؛ اصغری ابراهیم آباد، محمد جواد و رسول زاده طباطبایی، کاظم (۱۳۹۹). نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی خطر عود به اعتیاد. *مجله مطالعات ناتوانی*، *۱۰*، ۱۲۳.

شعبانی، حسن؛ میرزاییان، بهرام و سنگانی، علیرضا (۱۳۹۶). مدل‌یابی روابط ساختاری طرحواره، سبک‌های دلبستگی با آمادگی به اعتیاد با واسطه‌گری راهبردهای مقابله‌ای استرس، تنظیم شناختی هیجان واحساس تنهایی در معتادان در حال ترک اعتیاد به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۱* (۴۳)، ۱۷۷-۱۹۴.

صدری دمیرچی، اسماعیل؛ اسرافیلی تازه کند محمدیه، هاجر و مصباحی، سید فرید (۱۳۹۸). الگوی آمادگی به اعتیاد بر اساس صفات سه‌گانه تاریک شخصیت و ذهنیت‌های طرحواره‌ای. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۳* (۵۳)، ۱۳۸-۱۱۹.

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.

محمدی، سهیل؛ ایمانی، سعید و فتح‌آبادی، جلیل (۱۴۰۱). پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس ابعاد شخصیت و طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۶* (۶۳)، ۸۴-۶۵.

نعمتی سوگلی‌تپه، فاطمه و خالدیان، محمد (۱۴۰۱). مطالعه کیفی عوامل موثر بر عود مجدد به سوءمصرف مواد مخدر و اعتیاد با رویکرد گراندد تئوری. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۶* (۶۴)، ۳۰۷-۲۷۹.

هومن، حیدر علی (۱۳۹۳). *مدل‌یابی ساختاری روابط معادلات ساختاری با کاربرد نرم افزار لیزرل*. تهران: سمت، چاپ اول.

محرابی، حسینعلی؛ نشاط دوست، حمیدطاهر و مولوی، حسین. (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی گروه درمانی ساختاریافته و آموزش خانواده در کاهش عود بیماران وابسته به مواد شهر اصفهان. *علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۲۲ (۴)، ۵۵-۴۸.

حنایی، نازیلا؛ محمودعلیلو، مجید؛ بخشی پوررودسری، عباس و اکبری، ابراهیم (۱۳۹۴). ذهنیت‌های طرحواره‌ای، تجربه کودک آزاری و سبک‌های دلبستگی در اختلال شخصیت مرزی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، *۱۳* (۱)، ۱۲۰-۱۰۱.

References

Arntz, A., & Jacob, G. (2017). *Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach*. John Wiley & Sons.

Arntz, A., & Van Genderen, H. (2020). *Schema therapy for borderline personality disorder*. John Wiley & Sons.

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.

Booga, M., Van Hest, K. M., Drescher, T., Verschuur, M. J., & Franken, I. H. (2018). Schema modes and personality disorder symptoms in alcohol-dependent and cocaine-dependent patients. *European Addiction Research*, *24*(5), 226-233.

Ceceli, A. O., Bradberry, C. W., & Goldstein, R. Z. (2022). The neurobiology of drug addiction: cross-species insights into the dysfunction and recovery of the prefrontal cortex. *Neuropsychopharmacology*, *47*(1), 276-291.

Connors, G. J., DiClemente, C. C., Velasquez, M. M., & Donovan, D. M. (2013). *Substance abuse treatment and the stages of change: Selecting and planning interventions*. Guilford Press.

Donovan, D. M., Ingalsbe, M. H., Benbow, J., & Daley, D. C. (2013). 12-step interventions and mutual support programs for substance use disorders: An overview. *Social Work in Public Health*, *28*(3-4), 313-332.

Grant, S., Colaiaco, B., Motala, A., Shanman, R., Booth, M., Sorbero, M., & Hempel, S. (2017). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Addiction Medicine*, *11*(5), 386-396.

Grigorian, H. L., Brem, M. J., Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2020). Mindfulness and early maladaptive schemas among men in treatment for substance use disorder. *Mindfulness*, *11*(7), 1690-1698.

Janovsky, T., Clark, G. I., & Rock, A. J. (2019). Trait mindfulness mediates the relationship between early maladaptive schema and interpersonal problems. *Australian Psychologist*, *54*(5), 391-401.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Chapter 4: Sitting Meditation: Nourishing the Domain of Being (pp. 59-72). The Program of Stress Reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center.

Karyadi, K. A., VanderVeen, J. D., & Cyders, M. A. (2014). A meta-analysis of the relationship between trait mindfulness and substance use behaviors. *Drug and Alcohol Dependence*, *143*, 1-10.

Kersten, T. (2012). *Schema Therapy for personality disorders and addiction*. The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice, 415-424.

Lee, C. W., & Arntz, A. (2013). A commentary on the study on dual-focused vs. single-focused therapy for personality disorders and substance dependence by Ball et al. (2011): what can we really conclude? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *201*(8), 712-713.

Lobbestael, J. (2012). *Validation of the schema mode inventory*. *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice*, 541-551.

Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford press.

Menon, J., & Kandasamy, A. (2018). Relapse prevention. *Indian Journal of Psychiatry*, *60*(4), S473-S478.

Ndou, N., & Khosa, P. (2023). Factors influencing relapse in individuals with substance use disorders: an ecological perspective. *Social Work*, *59*(1), 1-23.

Priddy, S. E., Howard, M. O., Hanley, A. W., Riquino, M. R., Friberg-Felsted, K., & Garland, E. L. (2018). Mindfulness meditation in the treatment of substance use disorders and preventing future relapse: neurocognitive mechanisms and clinical implications. *Substance Abuse and Rehabilitation*, *9*, 103-114.

Riso, L. P., du Toit, P. L., Stein, D. J., & Young, J. E. (2007). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. xi-240). American Psychological Association.

Roediger, E., Stevens, B. A., & Brockman, R. (2018). *Contextual schema therapy: An integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning*. New Harbinger Publications.

Rosenthal, A., Levin, M. E., Garland, E. L., & Romanczuk-Seiferth, N. (2021). Mindfulness in treatment approaches for addiction—underlying mechanisms and future directions. *Current Addiction Reports*, *8*, 282-297.

Sahker, E., Pro, G., Poudyal, H., & Furukawa, T. A. (2024). Evaluating the substance use disorder treatment gap in the United States, 2016− 2019: A population health observational study. *The American Journal on Addictions*, *33*(1), 36-47.

Sakulsriprasert, C., Thawornwutichat, R., Phukao, D., & Guadamuz, T. E. (2023). Early maladaptive schemas and addictive behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *30*(6), 1416-1432.

Salgó, E., Bajzát, B., & Unoka, Z. (2021). Schema modes and their associations with emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with personality disorders. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *8*(1), 19.

Sancho, M., De Gracia, M., Rodriguez, R. C., Mallorquí-Bagué, N., Sánchez-González, J., Trujols, J., Sánchez, I., Jiménez-Murcia, S., & Menchon, J. M. (2018). Mindfulness-based interventions for the treatment of substance and behavioral addictions: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 95.

Santo Jr, T., Campbell, G., Gisev, N., Tran, L. T., Colledge, S., Di Tanna, G. L., & Degenhardt, L. (2021). Prevalence of childhood maltreatment among people with opioid use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, *219*, 108459.

Shorey, R. C., Brasfield, H., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2015). The relation between trait mindfulness and early maladaptive schemas in men seeking substance use treatment. *Mindfulness*, *6*(2), 348-355.

Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Anderson, S. (2012). The early maladaptive schemas of an opioid-dependent sample of treatment seeking young adults: A descriptive investigation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *42*(3), 271-278.

Simmons, V. N., Litvin, E. B., Patel, R. D., Jacobsen, P. B., McCaffrey, J. C., Bepler, G.,... & Brandon, T. H. (2009). Patient–provider communication and

perspectives on smoking cessation and relapse in the oncology setting. *Patient Education and Counseling*, *77*(3), 398-403.

Straver, F. R. (2017). *A theoretical model of substance use based on schema therapy concepts* (Master's thesis).

Tapia, G., Perez-Dandieu, B., Lenoir, H., Othily, E., Gray, M., & Delile, J. M. (2018). Treating addiction with schema therapy and EMDR in women with co-occurring SUD and PTSD: A pilot study. *Journal of Substance Use*, *23*(2), 199-205.

Thimm, J. C. (2017). Relationships between early maladaptive schemas, mindfulness, self-compassion, and psychological distress. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *17*(1), 3-17.

Witkiewitz, K., Bowen, S., Harrop, E. N., Douglas, H., Enkema, M., & Sedgwick, C. (2014). Mindfulness-Based Treatment to Prevent Addictive Behavior Relapse: Theoretical Models and Hypothesized Mechanisms of Change. *Substance Use & Misuse*, *49*(5), 513-524.

Wright, F. D., Beck, A. T., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse: theoretical rationale. *NIDA Research Monograph*, *137*, 123-146.

Young, J. E. (2014). Schema-focused therapy for personality disorders. In *Cognitive behaviour therapy* (pp. 201-222). Routledge.

Zein, M., & Danovitch, I. (2023). Substance-Related and Addictive Disorders. *Atlas of Psychiatry*, 437-467.

Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 18, No. 74, P 29-60, Winter 2025

Research Article

An Investigation into the Mediating Role of Attitudes towards Substances in the Relationship of Critical Thinking, Media Literacy, and Socialization with the Tendency toward Substance Use in Adolescent Girls

Fatemeh Beiklou[1], HosseinAli Mehrabi[2]

Received: 2024/05/14 Accepted: 2025/05/19

Abstract

Objective: The present study aimed to investigate the mediating role of attitude toward substances in the relationship between critical thinking, media literacy, socialization, and propensity for substance use among adolescent girls in Isfahan. **Method:** This was a descriptive-correlational study using a structural equation modeling approach. A convenience sample of 300 adolescent girls aged 13 to 18 from the city of Isfahan was selected. The instruments used in this study included questionnaires to measure propensity for addiction, critical thinking skills, socialization, media literacy, and attitude toward addiction. Structural equation modeling with AMOS-24 software was used to analyze the research model. **Results:** The results showed that critical thinking had a significant direct effect on propensity for substance use. In addition, attitude toward substance use significantly mediated the links of of critical thinking and media literacy to propensity for addiction. **Conclusion:** According to the findings, by enhancing critical thinking and media literacy and consequently fostering a negative attitude toward substance use, it is possible to reduce the propensity for substance use in adolescents. Therefore, it is suggested that educational systems take steps to improve adolescents' critical thinking skills and media literacy to facilitate a change in their attitudes and propensity for substance use.

Keywords: Critical thinking, Socialization, Media literacy, Propensity and attitude toward substance use, Adolescent girls

1. MA, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Email: h.mehrabi@edu.ui.ac.ir

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هجدهم، شماره هفتاد و چهارم، ص۶۰-۲۹، زمستان ۱۴۰۳

مقاله پژوهشی

بررسی نقش میانجی نگرش به مواد در رابطه تفکر انتقادی، سواد رسانه‌ای و جامعه‌پذیری با گرایش به مصرف مواد مخدر در دختران نوجوان

فاطمه بیک لو[۱]، حسینعلی مهرابی [۲]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۲۹

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی نگرش به مواد در رابطه تفکر انتقادی، سواد رسانه‌ای و جامعه‌پذیری با گرایش به مصرف مواد مخدر در دختران نوجوان شهر اصفهان انجام شد. **روش:** مطالعه حاضر توصیفی- همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. از میان نوجوانان دختر ۱۳ تا ۱۸ سال شهر اصفهان، ۳۰۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه سنجش میزان گرایش به اعتیاد، مهارت‌های تفکر انتقادی، جامعه‌پذیری، سواد رسانه‌ای، و نگرش نسبت به اعتیاد بود. به منظور تحلیل مدل پژوهش، از مدلسازی معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزار AMOS-24 استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که تفکر انتقادی بر گرایش به مصرف مواد مخدر اثر مستقیم معناداری داشت. به علاوه، نگرش به مصرف مواد مخدر در رابطه تفکر انتقادی و سواد رسانه‌ای با گرایش به اعتیاد دارای نقش میانجی معناداری بود. **نتیجه‌گیری:** طبق نتایج، با ارتقاء تفکر انتقادی و سواد رسانه‌ای و متعاقبا ایجاد نگرش منفی نسبت به مصرف مواد مخدر می‌توان گرایش به مصرف مواد در نوجوانان را کاهش داد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود سیستم‌های آموزشی در راستای بهبود مهارت‌های تفکر انتقادی و سواد رسانه‌ای نوجوانان گام برداشته تا زمینه تغییر نگرش و گرایش آنان به مصرف مواد مخدر فراهم گردد.

کلیدواژه‌ها: تفکر انتقادی، جامعه‌پذیری، سواد رسانه‌ای، گرایش و نگرش به مصرف مواد مخدر، نوجوانان دختر

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

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. پست الکترونیک: h.mehrabi@edu.ui.ac.ir

مقدمه

دوران نوجوانی از مهمترین و بحرانی‌ترین دوران زندگی می‌باشد که به عنوان دوره گذار از کودکی به بزرگسالی تعریف می‌شود. نوجوانان از لحاظ عاطفی نابالغ، از نظر تجربه محدود و از نظر اجتماعی بسیار شکننده و تاثیرپذیر هستند. بنابراین، نوجوانی را یکی از دوره‌های حساس و آسیب‌پذیر در زندگی هر فردی می‌دانند (بشرپور و محمدنژاد دوین، ۱۴۰۱). از طرفی، امروزه یکی اعتیاد[1] یکی از معضلات اساسی کشورهای جهان است. شواهد نشان می‌دهد اوج ظهور استعداد اعتیاد اوایل نوجوانی تا اوایل جوانی است و همبستگی بالایی بین مصرف مواد مخدر نوجوانان و تبدیل شدن به یک مصرف کننده مواد مخدر در بزرگسالی وجود دارد (آجیلور و عبدل[2]، ۲۰۲۱). افرادی که در سنین نوجوانی به صورت تفننی مصرف مواد مخدر را آغاز می‌کنند، در آینده بیشتر دچار اختلال مصرف مواد شده و این اختلال موجب بروز موانع عمده‌ای در مسیر رشد آنان و تهدید جدی سلامت روان جامعه می‌باشد (کرونجییو[3] و همکاران، ۲۰۲۰). در سال‌های اخیر، مصرف مواد مخدر در میان دختران نوجوان به یک چالش اجتماعی و بهداشتی تبدیل شده است که نیازمند بررسی‌های دقیق و راهکارهای مؤثر است. به طوری که مطابق با آمارهای موجود حدود ۱۶ درصد مصرف‌کنندگان مواد در ایران کمتر از ۱۹ سال دارند و گسترش اعتیاد در زنان افزایش چشمگیری داشته است (صدری دمیرچی و همکاران، ۱۳۹۷). علاوه بر این، آمارها و تحقیقات متعدد نشان می‌دهند که درصد دختران نوجوانی که به سمت مصرف مواد مخدر کشیده می‌شوند، در حال افزایش است. به عنوان مثال، بر اساس گزارش‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر ایران، از سال ۲۰۲۰ تا ۲۰۲۲ سهم دختران نوجوان در میان مصرف‌کنندگان مواد مخدر به طور قابل توجهی افزایش یافته است. ضمن آنکه امروزه گرایش دختران نوجوان به سمت مصرف سیگار و قلیان و مشروبات الکلی طبق آمار افزایش یافته است و واضح است که مصرف این مواد خود می‌تواند دروازه ورود به مصرف مواد مخدر باشد (یازرلو، ۱۴۰۱). این گزارش حاکی از آن است که در

1. addiction
2. Ajilore & Abdul
3. Corongiu

برخی مناطق، درصد دختران وابسته به مواد مخدر به ۳۰ درصد از کل مصرف‌کنندگان مواد مخدر در سنین نوجوانی رسیده است (عشایری و همکاران، ۱۴۰۳ الف). شهر اصفهان به عنوان یکی از شهرهای بزرگ و فرهنگی ایران با مشکلات خاص فرهنگی و اجتماعی در این زمینه مواجه است. با توجه به نقش‌های ویژه‌ی دختران در آینده و مشکلات دو چندان آنان، فهم عواملی که نوجوانان را به سمت مصرف مواد مخدر سوق می‌دهد، ضروری است (توماسیوس[1] و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهشگران عوامل گرایش به مصرف مواد را بر اساس شرایط هر منطقه و عوامل خانوادگی، اجتماعی (گودرزی و اله دادی، ۱۴۰۳) و اقتصادی، ژنتیکی و روان‌شناختی متفاوت می‌دانند (مردای شکیب و همکاران، ۱۳۹۶). نظریه استعداد اعتیاد[2] (اعتیادپذیری) بر این باور است که برخی افراد با اعتیادپذیری بالا مستعد مصرف مواد و دچار شدن به اختلال اعتیاد می‌باشند (لوران[3] و همکاران، ۲۰۱۶). بر اساس مطالعات، عوامل خطر متعددی در سطح اجتماعی و فردی زمینه‌ساز گرایش نوجوانان به مصرف مواد مخدر می‌باشد. در سطح اجتماعی می‌توان به عواملی همچون فشار همسالان و نگرش آنان به اعتیاد (ایست[4] و همکاران، ۲۰۲۱) و در سطح فردی به عواملی همچون مواجهه با مشکلات و مسائل متعدد و عدم بهره‌مندی از مهارت‌های مختلف اشاره کرد (برتلسون[5] و همکاران، ۲۰۱۷) که می‌تواند عامل بالا رفتن آسیب‌پذیری نوجوانان نسبت به مصرف مواد گردد (آلگارنی[6] و همکاران، ۲۰۲۱).

در ارتباط با عوامل پیشگیری‌کننده گرایش به اعتیاد در نوجوانان، نقش مهارت تفکر انتقادی[7] توسط برخی از محققان مورد توجه قرار گرفته است. تفکر انتقادی یکی از مهارت‌های زندگی است که به عنوان هنر تجزیه و تحلیل و ارزیابی تفکر تعریف می‌شود (خلیلی و همکاران، ۱۳۹۰). ارتقاء تفکر انتقادی باعث می‌شود که فرد قابلیت‌های ذهنی و شناختی و تفکر مستدل و واقع‌بینانه خود را بهبود بخشیده و به جای گرایش به مصرف مواد برای حل مسائل روزمره خود به تجزیه و تحلیل دقیق و حل مسائل بپردازد (ناول[8]،

1. Thomasius
2. addict prone theory
3. Levran
4. East
5. Berthelsen
6. Algarni
7. critical thinking
8. Nawal

۲۰۲۴). نوجوانانی که دارای مهارت‌های تفکر انتقادی بالا هستند، قادرند پیام‌های رسانه‌ای و اجتماعی را به طور مؤثرتری تحلیل کنند و در مواجهه با فشار همسالان مقاومت کنند. این افراد معمولاً توانایی بهتری در شناسایی خطرات و عواقب منفی مصرف مواد دارند. آموزش مهارت تفکر انتقادی موجب توانمندسازی آنان در جهت غلبه بر ضعف‌های شناختی شده (براتی، ۱۴۰۱) و با استفاده از تفکر کارآمد در مواجهه با فرصت‌های گرایش به مصرف مواد مخدر منجر به اتخاذ تصمیم درست و عدم مصرف مواد می‌گردد (اقدام پناه فومنی و همکاران، ۱۴۰۳). بر این اساس، تفکر انتقادی به نوجوانان کمک می‌کند تا پیام‌های رسانه‌ای را به طور مؤثرتری تحلیل کرده و از ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی خود دفاع کنند. بنابراین، تفکر انتقادی می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی در برابر اعتیاد عمل کند و ضرورت تعلیم و ترویج آن در بین نوجوانان را دوچندان می‌کند (هاجیها و همکاران، ۱۴۰۰).

برخی مطالعات نشان داده‌اند که جامعه‌پذیری[1] می‌تواند عامل پیشگیری‌کننده نوجوان درگرایش به مصرف مواد باشد. از دیدگاه تقابل و کنش متقابل نمادین، جامعه‌پذیری به فرآیندهایی اطلاق می‌شود که از طریق آن‌ها فرد هنجارها، ارزش‌ها و باورهای اجتماعی را از خانواده، گروه‌های همسال و سایر نهادها یاد می‌گیرد (خلیلی و همکاران، ۱۳۹۰). به نظر ویلسون، جامعه‌پذیری فرایندی است که فرد به منزله شخصی آگاه از وجود خویشتن، قادر به کنترل برخوردهایش با دیگران جهت برآوردن انتظارات آنان و خود می‌شود (منصور و کپ[2]، ۲۰۲۴). تحقیقاتی در این زمینه انجام شده است. برای مثال، زینودین حسن[3] و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی پیمایشی تصریح می‌کنند که کودکان با جامعه پذیری بالا از درجات محافظتی بیشتری در پیروی از قوانین اجتماعی و هنجارها و اجتناب از رفتارهای ضد اجتماعی همچون مصرف مواد برخوردار هستند. علاوه بر این، مشخص شده است که تقویت جامعه‌پذیری کودکان و نوجوانان موجب درونی کردن ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی و تقویت کنترل اجتماعی آنان در مواجهه با مصرف مواد می‌گردد

1. Socialization
2. Mansur & Kep
3. Zainudin hasan

(عشایری و همکاران، ۱۴۰۳ ب). در پژوهشی، رینولدز[1] و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که انحراف در جامعه‌پذیری یک عامل خطر برای اختلال مصرف مواد است. در مجموع، مطالعات تصریح می‌کنند که ضعف جامعه‌پذیری می‌تواند یکی از عوامل گرایش به اعتیاد باشد (دلیک[2] و همکاران، ۲۰۱۷؛ حسینی، ۱۴۰۰). بنابراین، نوجوانانی که در محیط‌هایی با ارزش‌های مثبت و حمایت‌کننده اجتماعی رشد می‌کنند، احتمال کمتری برای گرایش به اعتیاد دارند. برعکس، نوجوانانی که در محیط‌هایی با فشارهای اجتماعی منفی، بی‌توجهی و فقدان حمایت‌های عاطفی رشد می‌کنند، ممکن است به دنبال تسکین فشارهای زودگذر به سمت مصرف مواد مخدر میل پیدا کنند. بنابراین، بررسی تأثیر جامعه‌پذیری بر گرایش به اعتیاد می‌تواند در شناسایی عوامل خطر و محافظتی در گروه‌های خاص مفید باشد (خلیلی و همکاران، ۱۳۹۰) که نشان دهنده ضرورت بررسی این موضوع در جامعه امروزی می‌باشد.

بر اساس برخی مطالعات، نقش سواد رسانه‌ای در گرایش به مصرف مواد مخدر در نوجوانان قابل توجه است (تریسی[3] و همکاران، ۲۰۱۷). سواد رسانه‌ای مهارتی در جهت بالا بردن سطح درک افراد برای شناسایی، تجزیه و تحلیل، ارزیابی و تفکیک پیام‌ها است (مک کنا[4] و همکاران، ۲۰۱۷). امروزه با گسترش رسانه‌ها، جوانان اغلب در معرض تبلیغات مصرف مواد هستند. بنابراین، بررسی تاثیرات مخرب و متقاعدکننده رسانه و تبلیغات در جذب نوجوانان به مصرف مواد ضروری است (لیو[5] و همکاران (۲۰۲۴). این به این دلیل است که مافیای مواد مخدر از طریق تبلیغات جذاب و غیر واقعی در رسانه‌ها، نوجوانان را به سمت مصرف مواد مخدر سوق می‌دهند (هیلیارد[6]، ۲۰۱۹). سواد رسانه‌ای بالا می‌تواند به نوجوانان کمک کند تا از اطلاعات غلط و فریبنده اجتناب کنند و بهتر بتوانند محتوای رسانه‌ای را ارزیابی و تحلیل کنند. این مهارت در ایجاد آگاهی درباره خطرات مصرف مواد و همچنین تشخیص پیام‌های تبلیغاتی منفی که ممکن است آنها را ترغیب به مصرف مواد کند، حیاتی است (جعفری و صرفی، ۱۴۰۲). زمانی که نوجوانان

1. Reynolds
2. Delić
3. Tracy
4. McKenna
5. Liu
6. Hilliard

در معرض پیام‌هایی مبنی بر کارکردهای مثبت مواد مخدر در زندگی برای حل مشکلات و دغدغه‌های روزمره قرار می‌گیرند، گرایش به مصرف مواد مخدر در آنان شکل گرفته یا تقویت می‌شود (آفدرهاید[1]، ۲۰۱۰). در واقع، اطلاعات و شناخت کسب شده از رسانه می‌تواند منجر به پیش‌بینی قوی‌تر مصرف مواد در دوران نوجوانی گردد (اسکال[2] و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین، داشتن توانایی رمزگشایی پیام‌های موجود در رسانه و تحلیل آن‌ها در قالب سواد رسانه‌ای (هابز[3]، ۲۰۲۱) برای نوجوانانی که بیشتر روز با انواع رسانه‌ها سروکار دارند، ضروری می‌باشد (بهاتیا[4] و همکاران، ۲۰۲۳). این در حالی است که جورابچی[5] و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی که به صورت پیمایشی در بین جوانان مالزی انجام گرفت به این نتیجه رسیدند که اگرچه ارتباط بین سواد رسانه‌ای و مصرف مواد مخدر معنی‌دار نیست، اما ارتباط بین سواد رسانه‌ای و مصرف الکل از نظر آماری معنی‌دار است. بنابراین، با توجه به افزایش دسترسی‌پذیری انواع رسانه‌ها برای نوجوانان، بررسی عامل سواد رسانه‌ای و اثرگذاری آن بر میزان گرایش به اعتیاد در نوجوانان در جامعه فعلی ایران امری ضروری می‌باشد تا بتوان با تحقیقات جدید به این مهم دست یافت که آیا سواد رسانه‌ای می‌تواند پیش‌بینی کننده گرایش به اعتیاد نوجوانان باشد؟

در کنار موارد مطرح شده، متغیرهای تفکر انتقادی، سواد رسانه‌ای و جامعه‌پذیری ممکن است صرفا به طور مستقیم بر گرایش به مصرف مواد مخدر اثرگذار نباشند و متغیرهای زیادی این رابطه را میانجی‌گری کنند که در بین آنها می‌توان به نگرش نسبت به مواد مخدر اشاره کرد. محققان بر این باورند که وابستگی به مواد فرایندی تدریجی است که در ابتدا با نگرش مثبت نسبت به مواد آغاز می‌شود. بنابراین، از دیگر عوامل اصلی گرایش نوجوانان به مصرف مواد مخدر، نگرش مثبت نسبت به مصرف مواد مخدر است (فینگلد[6]، ۲۰۲۰؛ مک کنا و همکاران ،۲۰۱۷ و بلوینز[7] و همکاران، ۲۰۱۸). نگرش ترکیبی از هیجان‌ها و باورها و اعتقادات فرد است که منجر به ایجاد تمایل و دیدگاه مطلوب یا

1. Aufderheide
2. Scull
3. Hobbs
4. Bhatia
5. Joorabchi
6. Feingold
7. Blevins

نامطلوب نسبت به یک موضوع در فرد می‌شود (کریمی، ۱۳۹۶). از نظر آلبرت الیس، نوع نگرش افراد است که آن‌ها را سمت مصرف مواد مخدر سوق می‌دهد یا باز می‌دارد. نگرش مثبت به مصرف مواد پیش نیاز اختلال مصرف مواد تلقی می‌شود و موجب شکل‌گیری مقاصد مصرف مواد می‌گردد. بنابراین، با ایجاد نگرش منفی نسبت به اعتیاد در نوجوانان می‌توان اعتیادپذیری آنان را تغییر داد (بلوینز و همکاران، ۲۰۱۸)، زیرا اصولا نیات و انتخاب‌های افراد نسبت به مصرف مواد می‌تواند حاصل نگرش‌ها و هنجارهای ذهنی آنان باشد (نوافور[1] و همکاران، ۲۰۲۲). در نتیجه، با تغییر نگرش‌های مثبت افراد نسبت به مواد مخدر می‌توان تغییراتی در نیت و انتخاب‌ها و تمایلات رفتاری آنان ایجاد کرد (کوتر[2] و همکاران، ۲۰۰۲). در کل، نگرش مثبت افراد نسبت به مواد مخدر می‌تواند در گرایش به اعتیاد آنان موثر باشد (دیا لورنز[3] و همکاران، ۲۰۲۰؛ فینگلد، ۲۰۲۰؛ مک کنا و همکاران، ۲۰۱۷؛ گریتسنکو[4] و همکاران، ۲۰۱۷). قبادی و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه پیمایشی خود نشان دادند که برخی از متغیرها همچون تفکر انتقادی و سواد رسانه‌ای می‌توانند با تغییر نگرش نوجوانان به طور غیر مستقیم گرایش آنان را نسبت به مصرف مواد مخدر تغییر دهند. به طوری که تقویت تفکر انتقادی و سواد رسانه‌ای موجب ایجاد نگرش منفی نسبت به مصرف مواد مخدر می‌گردد. کایوکا[5] (۲۰۱۷) هم طبق مطالعات مداخله‌ای خود تصریح می‌کنند که ایجاد نگرش منفی در نوجوانان نسبت به مصرف مواد نیازمند آموزش در راستای رشد مهارت تفکر انتقادی آنان است. بنابراین، ضعف تفکر انتقادی علاوه بر تاثیر مستقیم، به طور غیر مستقیم و بواسطه تاثیر بر نوع نگرش نوجوانان نسبت به مصرف مواد مخدر می‌تواند زمینه گرایش به مصرف مواد را فراهم کند (براتی و همکاران، ۱۴۰۱؛ المور[6] و همکاران، ۲۰۱۷؛ تریسی و همکاران، ۲۰۱۷). در این راستا، براتی و همکاران (۱۳۹۹) نشان دادند که مداخلات مبتنی بر سواد رسانه‌ای می‌تواند نوجوانان را به سمت تصمیم‌گیری آگاهانه‌تر و سالم‌تر در مورد پیامدهای مواد مخدر هدایت کنند. در اصل، سواد رسانه‌ای به طور معناداری با نگرش‌های افراد در

1. Nwafor
2. Kuther
3. Di Lorenzo
4. Gritsenko
5. Kauka
6. Elmore

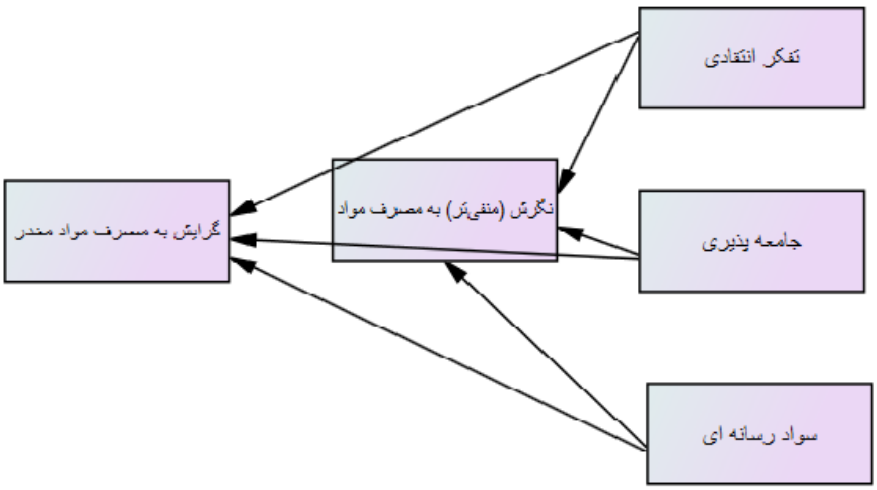
حوزه‌های مختلف از جمله مصرف مواد – به عنوان جزیی از بهزیستی روانی- ارتباط دارد (بهرامیان و همکاران، ۲۰۱۸؛ دنیلز و وان‌وینسبرگ[1]، ۲۰۱۷). کلوزی[2] و همکاران (۲۰۲۲) و پومرنز[3] و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعات پیمایشی خود نشان دادند که برخی عوامل از جمله عوامل فرهنگی و نوع جامعه‌پذیری نوجوانان می‌تواند در نگرش آنان به مصرف مواد مخدر تاثیرگذار باشد. علاوه بر این، چک[4] و همکاران (۲۰۲۲) و لونتلیز[5] و همکاران (۲۰۲۳) در مطالعات خود اذعان کرده‌اند که جامعه‌پذیری ضعیف با تاثیر بر ایجاد نگرش مثبت به مصرف مواد مخدر می‌تواند زمینه‌ساز گرایش به مصرف مواد مخدر باشد.

همانطور که بیان شد گرایش به مصرف مواد به عنوان یکی از چالش‌های اساسی اجتماعی و بهداشتی نوجوانان در دنیای مدرن امروزی توجه محققان بسیاری را به خود جلب نموده است. به طوری که آنان معتقدند راهکارهای رفع این مسئله بایستی متناسب با عوامل خطرساز دنیای مدرن امروزی تدوین شود (مرادی شکیب و همکاران، ۱۳۹۶). در سال‌های اخیر، با توجه به تغییرات فرهنگی و اجتماعی جامعه از جمله دسترسی گسترده زنان و دختران به امکانات تحصیلی و آزادی‌های اجتماعی، دسترسی نوجوانان به شبکه‌های اجتماعی و اینترنت، تغییر سبک فرزندپروری والدین و تغییر سبک سنتی زندگی به مدرن (جعفری و صرفی، ۱۴۰۲)، خصوصا در کلان شهرهایی مثل اصفهان، میزان گرایش به مصرف مواد مخدر در بین دختران نوجوان افزایش یافته است که نیاز به بررسی و تحلیل عمیق‌تر را برجسته می‌کند. با توجه به متنوع بودن علل گرایش به مصرف مواد مخدر در گروه‌های جمعیتی مختلف، خصوصا آسیب‌پذیری بالای دختران نوجوان نسبت به خسارت‌های جبران‌ناپذیر اعتیاد در زندگی فردی و اجتماعی آنان و افزایش گرایش به اعتیاد در میان نوجوانان، مقایسه گرایش افراد و عوامل مستعدکننده مصرف مواد مخدر متناسب با تغییرات دنیای امروزی و عوامل نوظهور و ضرورت اکتساب سواد رسانه‌ای، تفکر انتقادی و جامعه‌پذیری امری ضروری است. شناخت و تحلیل تأثیر جامعه‌پذیری، تفکر انتقادی و سواد رسانه‌ای نه تنها برای پژوهشگران، بلکه برای

1. Daneels & Vanwynsberghe
2. Caluzzi
3. Pomrenze
4. Chęć
5. Leventelis

برنامه‌ریزان اجتماعی، مسئولان آموزشی و خانواده‌ها اهمیت ویژه‌ای دارد. تحلیل تعامل این متغیرها می‌تواند به شناسایی راهکارهای مؤثر برای پیشگیری از اعتیاد کمک کند و منجر به طراحی برنامه‌های آموزشی و مداخلات اجتماعی شود که از تسهیل‌کننده‌های اجتماعی مثبت حمایت نموده و عوامل خطر را کاهش دهند. در نهایت، با آگاه‌سازی و توانمندسازی نوجوانان نسبت به گرایش به مصرف مواد مخدر، زمینه‌ی پیشگیری و درمان مناسب آنان از این عارضه‌ی جهانی را می‌توان مهیا نمود (هاجیها و همکاران، ۱۴۰۰). علاوه بر این، نتایج متناقض در زمینه تاثیر سواد رسانه‌ای در گرایش به مصرف مواد، ضرورت بررسی این رابطه در جامعه امروزی ایران را اذعان می‌کند. از طرفی با کنکاش در پایگاه‌های علمی معتبر پژوهشی یافت نشد که به بررسی همزمان اثر مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای تفکر انتقادی، سواد رسانه‌ای و جامعه‌پذیری به همراه بررسی نقش میانجی‌گری نگرش به مصرف مواد پرداخته باشد که حاکی از خلأ پژوهشی در این حوزه است. در این پژوهش، نگرش به مواد به عنوان یک متغیر میانجی در نظر گرفته می‌شود. نگرش، به طور مستقیم بر رفتارهای فرد تأثیر می‌گذارد و از طریق ارتقاء تفکر انتقادی و سواد رسانه‌ای می‌تواند به تغییر نگرش به مصرف مواد کمک کند. از این رو، پیوند این چهار متغیر (تفکر انتقادی، سواد رسانه‌ای، جامعه‌پذیری و نگرش به مواد) با گرایش به مصرف مواد مخدر در دختران نوجوان زمینه‌ای مناسب برای تحقیق و بررسی فراهم می‌کند. از سوی دیگر، حساسیت و آسیب‌پذیری بیشتر دختران نوجوان با توجه به نقش تربیتی و اساسی که در آینده هر جامعه دارند، بیانگر ضرورت و اهمیت دو چندان پژوهش حاضر در جهت بررسی تاثیر عوامل مختلف در گرایش به مصرف مواد می‌باشد. به طور کلی، می‌توان گفت که ضرورت تحقیق در زمینه نقش متغیرهای روان‌شناختی و اجتماعی شامل تفکر انتقادی، سواد رسانه‌ای و جامعه‌پذیری در گرایش به مصرف مواد چند جنبه قابل توجه است: اول، افزایش گرایش به مصرف مواد مخدر. آمارهای رسمی و غیررسمی نشان می‌دهند که نسبت مصرف مواد در بین دختران نوجوان نسبت به گذشته افزایش یافته است (جعفری و صرفی، ۱۴۰۲). دوم، با توجه به نفوذ بالای رسانه‌های جمعی در زندگی روزمره نوجوانان، بررسی سواد رسانه‌ای به عنوان یکی از عوامل مؤثر در رفتارهای مصرفی

ضروری است (نیازی و گودرزی، ۱۴۰۲). سوم، نیاز به برنامه‌ریزی‌های پیشگیرانه. این تحقیق می‌تواند به طراحان سیاست‌های اجتماعی و آموزشی کمک کند تا با شناخت بهتر از متغیرهای مؤثر بر گرایش به مصرف مواد، برنامه‌های پیشگیرانه و آموزشی مناسب‌تری را طراحی و اجرا کنند (هاجیها و همکاران، ۱۴۰۰). بنابراین، تدوین مدلی برای پیش‌بینی گرایش به اعتیاد می‌تواند خلأ پژوهشی در این حوزه را کاهش دهد و به درک بهتر دلایل این گرایش و طراحی برنامه‌های پیشگیرانه کمک کند. با توجه به پیشینه پژوهشی سعی شده است به این سوال پاسخ داده شود که آیا عواملی همچون جامعه‌پذیری، تفکر انتقادی و سواد رسانه‌ای می‌توانند به صورت مستقیم و غیر مستقیم (بواسطه نگرش نسبت به مصرف مواد مخدر در نوجوانان) در گرایش آنان به مصرف مواد مخدر تاثیرگذار باشند؟ در پژوهش حاضر سعی شده است روابط متغیرهای ذکر شده را در قالب یک مدل ساختاری در جهت درک عمیق‌تر پدیده گرایش به مصرف مواد مخدر مورد بررسی قرار گیرد تا بتوان راهنمایی جهت انجام مداخلات بعدی در راستای کاهش گرایش به مصرف مواد مخدر در دختران نوجوان فراهم آورد. مدل پیشنهادی اولیه به صورت شکل ۱ ترسیم شده است.



شکل ۱: مدل نظری پژوهش

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح این مطالعه مقطعی و از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش متشکل از تمامی نوجوانان دختر ۱۳ تا ۱۸ ساله شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بود. طبق راهکار کلاین[1] (۲۰۱۵)، نسبت ۲۰ نفر به ازای هر متغیر برای مطالعاتی که از روش معادلات ساختاری استفاده می‌کنند، مطلوب قلمداد می‌شود. بنابراین، در پژوهش حاضر جهت اطمینان بالای یافته‌ها و تعمیم‌دهی بهتر، حجم نمونه ۳۰۰ نفر در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری به صورت در دسترس در مناطق پنجگانه شهر اصفهان با مراجعه به مراکز فرهنگی، آموزشی و تفریحی همچون پارک‌ها انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: اعلام رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، داشتن شرط سنی ۱۳ تا ۱۸ سال، داشتن گوشی تلفن همراه اندروید یا هر وسیله‌ای که بتوانند لینک پرسش‌نامه را دریافت کنند، نداشتن اختلال روانشناختی مشهود با ارزیابی علائم اختلالات روانی اصلی در قالب یک مصاحبه نیمه ساختار یافته کلی و سابقه مراجعه به روانپزشک. ملاک خروج از پژوهش شامل تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رعایت اصل گمنامی آزمودنی‌ها، رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص و دریافت رضایت شخصی رعایت شد. داده‌ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون در نرم افزار SPSS-26 و روش مدلسازی معادلات ساختاری و روش بوت‌استروپینگ در نرم افزار AMOS تحلیل شدند.

ابزار

۱- پرسش‌نامه میزان گرایش به اعتیاد: این پرسش‌نامه توسط میرحسامی (۱۳۸۸) طراحی گردیده است که دارای ۱۶ گویه است و سه خرده مقیاس اجتماعی (۷ گویه)، فردی (۴ گویه) و محیطی (۵ گویه) می‌باشد. پاسخدهی به پرسش‌نامه به صورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای (کاملا مخالفم = ۱ تا کاملا موافقم = ۵) تعریف میشود. به منظور بدست آوردن امتیاز کلی پرسش‌نامه، مجموع امتیاز همه سوالات را با هم جمع می‌نماییم. بدیهی است که

1. Kline

این امتیاز دامنه‌ای از ۱۶ تا ۸۰ خواهد داشت و امتیاز بالاتر بیانگر میزان تمایل بیشتر شخص پاسخ‌دهنده به مصرف مواد خواهد بود و برعکس. روایی صوری این پرسش‌نامه در ایران توسط میرحسامی (۱۳۸۸) تایید شده است و پایایی آن را به شیوه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شده است. پایایی پرسش‌نامه در این پژوهش به شیوه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۷۸ برآورد گردید.

۲- پرسش‌نامه مهارت‌های تفکر انتقادی[1]: این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۳ توسط ریکتس برای سنجش مهارت تفکر انتقادی افراد ساخته شده است و دارای ۳۳ سوال و سه خرده مقیاس گرایش به خلاقیت (۷ گویه)، گرایش به پختگی (۵ گویه) و گرایش به تعهد (۱۲ گویه) است. نمره‌گذاری پرسش‌نامه به صورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای (کاملا مخالفم = ۱ تا کاملا موافقم = ۵) می‌باشد. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسش‌نامه، امتیاز تمامی گویه‌ها با همدیگر جمع می‌شود. امتیازات بین ۳۳ تا ۶۶ نشان‌دهنده مهارت تفکر انتقادی ضعیف است. امتیازات بین ۶۶ تا ۹۹ نشان‌دهنده مهارت تفکر انتقادی متوسط و امتیازات بالای ۹۹ بیانگر مهارت تفکر انتقادی بسیار خوب است. ریکتس (۲۰۰۳) در پژوهشی که انجام داد روایی، پایایی و روایی سازه‌های این مقیاس را مورد تأیید قرار داد. هاتفی و همکاران (۱۳۹۵) پایایی این پرسش‌نامه را به شیوه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۷۵ گزارش کردند و در این پژوهش ۰/۹۱ برآورد گردید.

۳- پرسش‌نامه استاندارد سواد رسانه‌ای: این پرسش‌نامه توسط فلسفی در سال ۱۳۹۳ ساخته شد و دارای ۲۰ سوال در ۵ خرده مقیاس آگاهی از اهداف پنهان پیام‌های رسانه‌ای (۴ گویه)، درک محتوای پیام‌های رسانه‌ای (۴ گویه)، گزینش آگاهانه پیام‌های رسانه‌ای (۴ گویه)، نگاه انتقادی به پیام‌های رسانه‌ای (۴ گویه) و تجزیه و تحلیل پیام‌های رسانه‌ای (۴ گویه) است. سوالات پرسش‌نامه بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای (کاملا مخالفم = ۱ تا کاملا موافقم = ۵) می‌باشد. جهت نمره‌گذاری بایستی امتیازات خود را از ۲۰ عبارت فوق با یکدیگر جمع نمایید. حداقل امتیاز ممکن ۲۰ و حداکثر ۱۰۰ خواهد بود. در

1. critical thinking disposition inventory

پژوهش فلسفی (۱۳۹۳)، روایی محتوایی این ابزار تایید شده. علاوه بر این، تمامی گویه‌های استخراج شده در اختیار چند تن از اساتید و کارشناسان مرتبط با موضوع مورد مطالعه قرار گرفت و اشتراک نظر آنها بر گویه‌ها نشان‌دهنده معتبر بودن سنجه مورد نظر بود. در پژوهش فلسفی (۱۳۹۳)، آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه بالای ۰/۷۰ می‌باشد که به تفکیک هر مولفه بدین صورت است: آگاهی از اهداف پنهان پیام‌های رسانه‌ای ۰/۷۷، درک محتوای پیام‌های رسانه‌ای ۰/۸۲، گزینش آگاهانه پیام‌های رسانه‌ای ۰/۷۹، نگاه انتقادی به پیام‌های رسانه‌ای ۰/۸۰، و تجزیه و تحلیل پیام‌های رسانه‌ای ۰/۷۵. پایایی به شیوه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش شده و در پژوهش حاضر پایایی آن به شیوه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۷۸ برآورد گردید.

۴- پرسش‌نامه جامعه‌پذیری: این پرسش‌نامه توسط رالف کنز[1] در سال ۱۹۸۸ ساخته شده و دارای ۳۳ گویه می‌باشد. این پرسش‌نامه دارای پنج خرده مقیاس همدلی (۷ گویه)، درک موقعیت (۷ گویه)، وضوح و روشنی (۶ گویه)، اعتماد (۶ گویه) و شخصیت (۷ گویه) می‌باشد. پاسخدهی به پرسش‌نامه به صورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای (کاملا مخالفم = ۱ تا کاملا موافقم = ۵) می‌باشد و حاصل جمع نمرات هر گویه نشان‌دهنده میزان هر مولفه در فرد می‌باشد. کریمی‌نیا و همکاران (۱۳۸۹) روایی صوری و محتوایی این ابزار را تایید کرده و پایایی آن به شیوه‌ی آلفای کرونباخ را ۰/۸۹ گزارش دادند. پایایی این ابزار در این مطالعه به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۴ برآورد گردید.

۵- پرسش‌نامه نگرش نسبت به اعتیاد و مواد مخدر: این پرسش‌نامه توسط نظری (۱۳۸۴) ساخته شده است و دارای ۳۲ گویه می‌باشد. پاسخدهی به پرسش‌نامه به صورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای می‌باشد. نمره‌دهی در مورد آیتم‌های مرتبط با نگرش مثبت به اعتیاد از کاملا مخالفم = ۵ تا کاملا موافقم = ۱ می‌باشد و در مورد آیتم‌های مرتبط با نگرش منفی به اعتیاد، نمره‌گذاری معکوس انجام می‌شود. بنابراین دامنه نمرات فرد در این پرسش‌نامه بین ۳۲ تا ۱۶۰ در نوسان خواهد بود و کسب نمره پایین‌تر نشانگر نگرش مثبت

1 . socialization questionnaire of Ralph Katz

نسبت به اعتیاد و مصرف مواد مخدر است، در حالی که کسب نمره بالاتر نشانگر نگرش منفی به مصرف مواد می‌باشد. به علت شیوه نمره‌دهی متفاوت گویه‌ها در این پرسش‌نامه، در مطالعه حاضر منظور از نگرش به اعتیاد، نگرش منفی به مصرف مواد در نظر گرفته شده است. اعتبار صوری و محتوایی و همچنین پایایی فرم موازی و همسانی درونی این مقیاس مطلوب گزارش شده (نظری، ۱۳۸۴) و پایایی به شیوه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بود (نانالی و برن استین[1]، ۱۹۹۴) در این مطالعه پایایی این ابزار به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برآورد گردید.

یافته‌ها

تعداد ۳۰۰ دختر نوجوان که همگی ساکن شهر اصفهان بودند در این مطالعه شرکت کردند. در میان شرکت کنندگان، ۰/۷ درصد ۱۳ ساله و مشغول به تحصیل در پایه هفتم، ۳ درصد ۱۴ ساله و مشغول به تحصیل در پایه هشتم، ۷/۳ درصد ۱۵ ساله و مشغول به تحصیل در پایه نهم، ۲۶/۷ درصد ۱۶ ساله و مشغول به تحصیل در پایه دهم، ۳۳/۷ درصد ۱۷ ساله و مشغول به تحصیل در پایه یازدهم و ۲۸/۷ درصد ۱۸ساله و مشغول به تحصیل در پایه دوازدهم بودند. میانگین سنی نمونه ۱۶/۷۶ سال بود. در جدول ۱ شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش ذکر شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	مولفه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
گرایش به مصرف مواد مخدر	فردی	۷/۸۰	۳/۰۱
	اجتماعی	۱۱/۹۷	۳/۹۴
	خانوادگی	۹/۴۱	۳/۷۵
	کل	۲۹/۱۹	۸/۶۰
تفکر انتقادی	خلاقیت	۴۲/۱۶	۷/۳۴
	پختگی	۲۹/۴۶	۴/۹۶
	تعهد	۳۶/۸۴	۵/۸۰
	کل	۱۰۸/۴۷	۱۶/۵۵
سواد رسانه‌ای	تحلیل	۱۲/۷۲	۲/۷۱

1. Nunnally & Bernstein

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	مولفه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
	نگاه انتقادی	۱۲/۰۳	۲/۹۲
	گزینش	۱۵/۱۶	۲/۸۹
	اهداف	۱۴/۲۰	۳/۳۳
	محتوا	۱۴/۹۴	۲/۷۱
	کل	۶۹/۰۷	۱۰/۱۶
جامعه‌پذیری	همدلی	۲۳/۸۹	۳/۶۹
	درک موقعیت	۲۲/۳۶	۴/۴۰
	وضوح	۱۹/۳۳	۳/۲۷
	اعتماد	۱۹/۹۳	۴/۹۳
	شخصیت	۲۱/۶۴	۶/۲۶
	کل	۱۰۷/۱۶	۱۶/۸۷
نگرش (منفی) به مصرف مواد	–	۱۲۳/۵۲	۲۰/۱۹

نتایج جدول ۱ نشان‌دهنده این است که میانگین متغیرهای پژوهش و مولفه‌های آنها از ۱۲۳/۵۲ برای نگرش (منفی) به مصرف مواد تا ۷/۸۰ برای مولفه فردی گرایش به مصرف مواد در نوسان بود و انحراف استاندارد آنها از ۲۰/۱۹ برای نگرش (منفی) به مصرف مواد تا ۲/۷۱ برای مولفه‌های تحلیل و محتوای سواد رسانه‌ای متغیر بود. برای بررسی هم‌خطی چندگانه متغیرهای پیش‌بین پژوهش، از آماره‌های تحمل[1] و عامل تورم واریانس[2] استفاده گردید. بر اساس نظر کلاین (۲۰۱۵)، مقدار تحمل کمتر از ۰/۱۰ و عامل تورم واریانس بیشتر از ۱۰ نشان دهنده چندگانگی خطی است. نتایج داده‌ها نشان داد که ضریب تورم واریانس متغیرهای پیش‌بین تفکر انتقادی، سواد رسانه‌ای و جامعه‌پذیری در دامنه بین ۱ تا ۲ بود که کمتر از ۱۰ است و نشانگر نبود هم خطی قوی بین آنها بود. جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف[3] استفاده شد که نتایج حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بودند ($p > ۰/۰۵$). همچنین، شاخص‌های کجی و کشیدگی همه متغیرهای آشکار بین ۲- و ۲ قرار داشت که نماینگر

1. tolerance
2. variance inflation factor (VIF)
3. Kolmogorov-Smirnov test

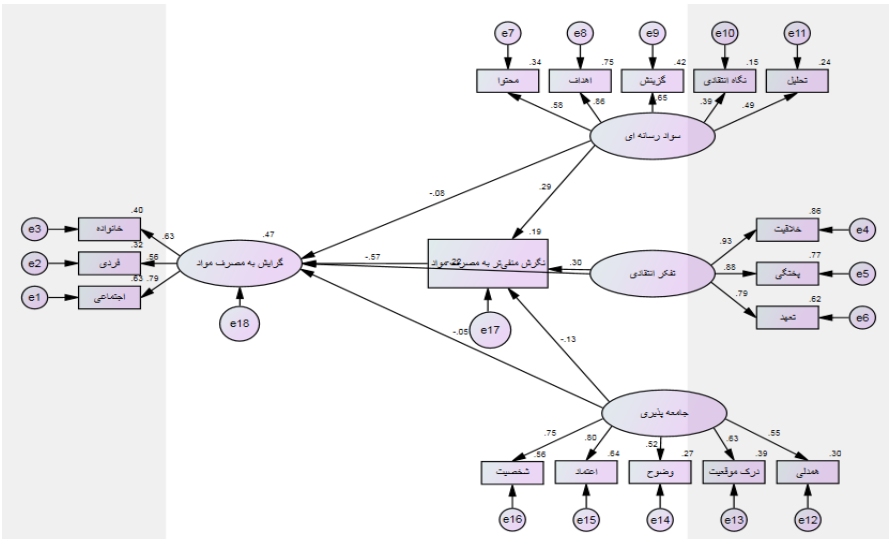
نرمال بودن توزیع متغیرها و مناسب بودن جهت انجام مدل معادلات ساختاری بود. به علاوه، در این تحقیق داده‌های پرت وجود نداشت. در جدول ۲ ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش ذکر شده است.

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱- تفکر انتقادی	–				
۲- سواد رسانه‌ای	۰/۳۳*	–			
۳- جامعه‌پذیری	۰/۲۱*	۰/۲۷*	–		
۴- نگرش (منفی) به مصرف مواد	۰/۳۴*	۰/۲۶*	۰/۰۰۲	–	
۵- گرایش به مصرف مواد مخدر	-۰/۳۶*	-۰/۲۶*	-۰/۰۸	-۰/۵۵*	–

* $p < ۰/۰۱$.

در بررسی همبستگی میان متغیرهای پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. نتایج جدول ۲ نشان داد که همبستگی‌های منفی و معناداری بین تفکر انتقادی و گرایش به مصرف مواد مخدر (r= -۰/۳۶)؛ بین سواد رسانه‌ای و گرایش به مصرف مواد مخدر (r=-۰/۲۶) و بین نگرش منفی به مصرف مواد و گرایش به مصرف مواد مخدر (r= -۰/۵۵) وجود داشت (p <۰/۰۱)، در حالی که جامعه‌پذیری همبستگی معناداری با نگرش نسبت به مصرف مواد و گرایش به مصرف مواد مخدر نداشت (p > ۰/۰۵). بنابراین، نتایج نشان داد که سواد رسانه‌ای بیشتر و تفکر انتقادی قوی‌تر و نگرش منفی نسبت به مواد با گرایش کمتر با مصرف مواد مخدر در نوجوانان دختر همراه است. ضرایب استاندارد مسیرهای مدل پیشنهادی بر اساس نرم افزار ایموس در شکل ۲ نشان داده شده است.



شکل ۲: برآورد مدل پیشنهادی

با توجه به ماهیت ارزیابی برازش مدل پژوهش حاضر که با هدف بررسی میزان توافق مدل مفروض اولیه و داده‌های تجربی انجام گرفت، در جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی و مدل اصلاح شده را بر اساس حد مطلوب پهلوان شریف و مهدویان (۱۳۹۳) ارائه شده است. در مدل‌سازی معادلات ساختاری شاخص‌های برازش مختلفی وجود دارد که مهم‌ترین شاخص‌هایی که بررسی آنها ارزش دارد شامل کای مربع بهنجارشده (CMIN/df)، شاخص نیکویی برازش[1] (GFI)، شاخص نیکویی برازش تعدیل‌شده[2] (AGFI)، شاخص برازش تطبیقی[3] (CFI)، شاخص برازش هنجارشده[4] (NFI)، شاخص توکر-لوییس[5] (TLI)، و ریشه میانگین مربعات خطای برآورد[6] (RMSEA) هستند.

1. goodness of fit index (GFI)
2. adjusted goodness of fit index (AGFI)
3. comparative fit index (CFI)
4. normed fit index (NFI)
5. tucker-lewis index (TLI)
6. root mean square error of approximation (RMSEA)

جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل مفروض و حد مطلوب

شاخص	p	DF	CMIN/DF	χ^2	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	NFI	TLI
مقدار مطلوب	<۰/۰۵	–	کمتر از ۳: خوب کمتر از ۵ : قابل قبول	–	کمتر از ۰/۰۸ :خوب از ۰/۰۸ تا ۰/۱ : متوسط بیشتر از ۰/۱ ضعیف	>۰/۹۰	>۰/۸	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰
مدل پیشنهادی	<۰/۰۵	۱۱۷	۳/۲۳	۳۶۵/۱۳	۰/۰۸۶	۰/۸۷	۰/۸۲	۰/۸۶	۰/۸۱	۰/۸۳
مدل اصلاح شده	<۰/۰۵	۴۵	۲/۶۳	۱۱۸/۴۸	۰/۰۷۴	۰/۹۳	۰/۸۹	۰/۹۵	۰/۹۲	۰/۹۲

نتایج جدول ۳ بیانگر این است که مدل پیشنهادی اولیه دارای برازش مطلوب در بسیاری از شاخص‌ها نبود. در نتیجه، با حذف روابطی غیر معنی‌دار و به کمک شاخص‌های اصلاحی[1] پیشنهادی نرم افزار ایموس (پهلوان شریف و مهدویان، ۱۳۹۳) بین برخی از خرده مولفه‌های سواد رسانه‌ای (اهداف و نگاه انتقادی، نگاه انتقادی و تحلیل، نگاه انتقادی و گزینش، و محتوا و گزینش) و تفکر انتقادی و سواد رسانه‌ای، روابط دو طرفه برقرار شد و مدل اصلاح گردید. نتایج مدل اصلاح شده در جدول ۳ نشان داد که بر اساس معیار پهلوان شریف و مهدویان (۱۳۹۳) مدل اصلاح شده از برازش مطلوبی برخوردار است. جدول ۴ برآوردهای استاندارد و غیراستاندارد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ٤: برآورد استاندارد و غیر استاندارد اثر متغیرهای پیش‌بین بر متغیر ملاک

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	برآورد		نسبت	معناداری	ضریب
		غیر استاندارد	استاندارد	بحرانی		تعیین
تفکر انتقادی	گرایش به مصرف مواد مخدر	−۰/۱۰	−۰/۲۲	−۳/۶۱	۰/۰۰۰**	۰/۳۴
سواد رسانه‌ای		−۰/۱۵	−۰/۰۸	−۱/۱۹	۰/۲۳	
جامعه‌پذیری		−۰/۰۸	−/۰۵	−۰/۸۱	۰/۴۲	
نگرش (منفی) به مصرف مواد مخدر		−۰/۰۹	−۰/۵۶	−۸/۷۴	۰/۰۰۰**	
تفکر انتقادی	نگرش (منفی) به مصرف مواد مخدر	۰/۸۸	۰/۳۰	۵/۳۶	۰/۰۰۰**	۰/۱۴
سواد رسانه‌ای		۳/۶۰	۰/۲۹	۴/۵۱	۰/۰۰۰**	
جامعه‌پذیری		۱/۳۱	۰/۱۳	۲/۲۲	۰/۰۲*	

* p < ۰/۰۵. ** p < ۰/۰۰۱

1. modification indices

براساس جدول ۴، متغیرهای پیش‌بین توانستند ۰/۳۴ از تغییرات گرایش به مصرف مواد مخدر را تبیین کنند. از طرفی، تاثیر مستقیم تفکر انتقادی بر گرایش به مصرف مواد مخدر معنادار بود ($p <$ ۰/۰۰۱). بنابراین، تاثیر تفکر انتقادی بر گرایش به مصرف مواد مخدر تایید شد، به طوری که با بالا رفتن نمرات تفکر انتقادی، نمرات گرایش به مصرف مواد مخدر کاهش می‌یابد. نتایج نشان داد که تاثیر مستقیم سواد رسانه‌ای و جامعه‌پذیری بر گرایش به مصرف مواد معنادار نبود. بنابراین، تاثیر مستقیم سواد رسانه‌ای و جامعه‌پذیری بر گرایش به مصرف مواد مخدر تایید نشد. به علاوه، اثر مستقیم تفکر انتقادی ($p <$ ۰/۰۰۱)، سواد رسانه‌ای ($p <$ ۰/۰۰۱) و جامعه‌پذیری ($p <$ ۰/۰۵) بر نگرش منفی به مصرف مواد مخدر معنادار بود. در نتیجه، با افزایش نمرات تفکر انتقادی، سواد رسانه‌ای و جامعه‌پذیری، نگرش به مواد مخدر منفی می‌شود. به منظور آزمون معناداری نقش میانجی نگرش منفی به مصرف مواد مخدر در رابطه بین متغیرهای پیش‌بین و وابسته از آزمون بوت‌استروپینگ با ۲۰۰۰ نمونه استفاده شد (جدول ۵).

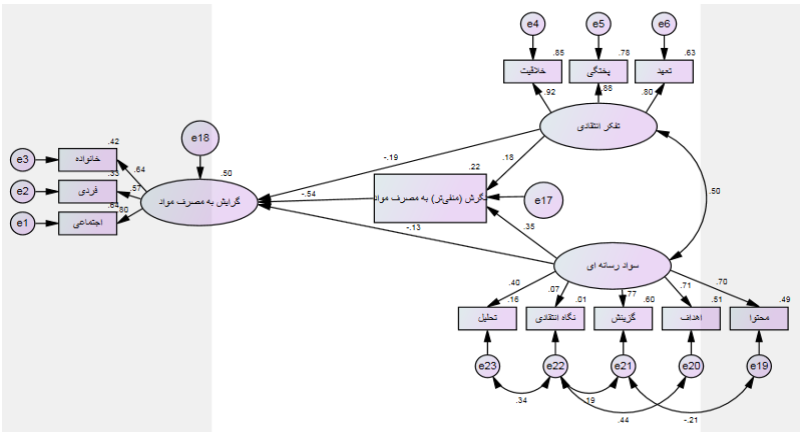
جدول ۵: نتایج بوت‌استروپینگ برای اثرات غیر مستقیم

مسیر		متغیر ملاک	اثر غیر مستقیم	فاصله اطمینان ٪۹۵		معناداری
متغیر پیش‌بین	متغیر میانجی			حد بالا	حد پایین	
تفکر انتقادی	نگرش (منفی) به اعتیاد	گرایش به مصرف مواد	-۰/۰۸	-۰/۰۳	-۰/۱۳	۰/۰۰۰**
سواد رسانه‌ای		گرایش به مصرف مواد	-۰/۳۱	-۰/۰۸	-۰/۷۰	۰/۰۰۱**
جامعه‌پذیری		گرایش به مصرف مواد	-۰/۱۱	۰/۳۱	-۰/۰۲	۰/۰۲۵*

* $p <$ ۰/۰۵. ** $p \leq$ ۰/۰۰۱

طبق نتایج جدول ۵، مسیرهای غیر مستقیم مدل مبنی بر تاثیر غیر مستقیم تفکر انتقادی و سواد رسانه‌ای بر گرایش به مصرف با واسطه‌گری نگرش منفی به مصرف مواد مخدر تأیید شد و نگرش نسبت به مواد مخدر قادر به میانجیگری معنادار بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک بود ($p \leq$ ۰/۰۰۱). به هر حال، اگرچه مقدار p کمتر از ۰/۰۵ بود، به علت قرار گرفتن صفر در بازه حد بالا و حد پایین مسیر غیر مستقیم جامعه‌پذیری و گرایش به مصرف مواد، معناداری این مسیر تأیید نشد. همانطور که ملاحظه شد سواد رسانه‌ای و جامعه‌پذیری بر

گرایش به مصرف مواد به طور مستقیم اثر نداشتند، اما تفکر انتقادی و سواد رسانه‌ای اثر غیر مستقیم بر گرایش به مصرف مواد مخدر از طریق میانجی‌گری نگرش منفی نسبت به مواد مخدر داشتند. ضرایب استاندارد مسیرهای مدل اصلاح شده در شکل ۳ نشان داده شده است.



شکل ۳: برآورد مدل اصلاح شده

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی نگرش به مواد مخدر در رابطه تفکر انتقادی، سواد رسانه‌ای و جامعه‌پذیری با گرایش به مصرف مواد مخدر در دختران نوجوان شهر اصفهان بود. مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر، مدل میانجیگری نگرش به مواد مخدر در رابطه بین گرایش به مصرف مواد مخدر و متغیرهای تفکر انتقادی و سواد رسانه‌ای در نوجوانان با اندکی اصلاحات بین روابط خرده‌مقیاس‌ها از برازش قابل قبولی برخوردار بود.

نتاج مطالعه حاضر بیانگر مسیر رابطه مستقیم بین گرایش به مصرف مواد مخدر و تفکر انتقادی بود. نتایج این مسیر نشان داد که با افزایش نمرات تفکر انتقادی، نمرات گرایش به مصرف مواد مخدر کاهش می‌یافت. در خصوص مسیر اول، نتایج با یافته‌های مطالعات پیشین مبنی بر ارتباط منفی و معنی‌دار بین رشد تفکر انتقادی و کاهش گرایش به مصرف مواد، همسو بود (نظیر براتی، ۱۴۰۱؛ جعفری و صرفی، ۱۴۰۲؛ براون و همکاران، ۲۰۲۴؛ ناول، ۲۰۲۴؛ تریسی و همکاران، ۲۰۱۸؛ کایوکا، ۲۰۱۷؛ اقدام پناه فومنی و همکاران،

۱۴۰۳؛ قبادی و همکاران، ۱۳۹۹). در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که تفکر انتقادی می‌تواند همچون ابزاری سودمند در جهت بالابردن قدرت تشخیص در مقابل حجم بالای اطلاعاتی امروزه باشد. نوجوانانی که سطوح بالای تفکر انتقادی را دارا میباشند در مقابل تبلیغات سوق‌دهنده فروشندگان مواد مخدر و همچنین ترغیب و پیشنهاد همسالان به مصرف مواد قانع نشده و به سایر جنبه‌های منفی مصرف مواد مخدر توجه می‌نمایند. در اصل، آنان می‌آموزند در مقابل ایده‌ها و فرضیات مختلف به استدلال و درک پیوند میان نظرات مختلف و واقعیت موجود استفاده کرده و صرفا یک گیرنده منفعل اطلاعات نباشند. به عبارت دیگر، آیا استدلال‌ها و سایر ایده‌ها پیرامون اثرات مصرف مواد تصویر کلی واقعیت هستند یا می‌توانند تنها بخشی از مسائل ظاهری باشند. تریسی و همکاران (۲۰۱۸) بر این نظر هستند که با ارائه محتوای آموزشی مبتنی بر افزایش مهارت تفکر انتقادی نوجوانان در مدارس می‌توان موجب افزایش خودکارآمدی برای امتناع و پیشگیری آنان از مصرف مواد گردید. همچنین، براتی و همکاران (۲۰۲۲) بر این باورند که تفکر انتقادی یکی از مولفه‌های برنامه‌های پیشگیرانه مبتنی بر توانمندسازی فردی و اجتماعی نوجوانان در قبال رفتارهای پرخطر می‌باشد. از طرفی مشاهده شد نوجوانان با تفکر انتقادی رشد یافته قطعاً در مقابل مشکلات فشارزا با روحیه پرسشگری مواجه گردیده و قابلیت‌های ذهنی، شناختی و تفکر واقع‌بینانه داشته و بدون استدلال درست خود را در مسیر پیشنهادات غلط و مخاطره‌آمیز اما جذاب قرار نمی‌دهد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نگرش منفی به اعتیاد در رابطه با تفکر انتقادی و گرایش به مصرف مواد مخدر نقش میانجی ایفا کرد. به گونه‌ای که تفکر انتقادی باعث منفی شدن نگرش به مصرف مواد می‌شود و نگرش منفی به مواد قاعدتا گرایش به مصرف مواد را کاهش می‌دهد. این یافته‌ها همسو با نتایج مطالعات قبلی (نظیر بلوینز و همکاران، ۲۰۱۸؛ کایوکا، ۲۰۱۷؛ براتی و همکاران، ۱۳۹۹؛ قبادی و همکاران، ۲۰۲۰) بود. ایجاد نگرش منفی نسبت به مصرف مواد مخدر از مزایای رشد تفکر انتقادی در افراد است (کایوکا، ۲۰۱۷). معمولا گرایش‌ها و انتخاب‌های نوجوانان نسبت به مصرف مواد می‌تواند حاصل نگرش مثبت به مصرف مواد باشد. ضمن اینکه آگاهی افراد نسبت به عواقب و

تاثیرات مواد مخدر نوع نگاه افراد را به مصـرف مواد رقم می‌زند. در نتیجه، بـــا تقویت نگرش‌های منفی آنان نسبت به مصرف مواد مخدر می‌توان تغییراتی در انتخاب‌ها در زمینه مصـرف مواد ایجاد کرد (بلوینز و همکاران، ۲۰۱۸). مهارت تفکر انتقادی بر اسـاس ایجاد فرصت استدلال و درک درست نسبت به همه ابعاد مصرف مواد و عواقب مصرف آن این فرصـت را به نوجوانان می‌دهد تا با ارزیابی منافع و مضـرات مصـرف مواد نوع نگرش خود را نسبت به آن اصـلاح نمایند. در نهایت، نوجوانان با داشـتن نگاه منفی نسـبت به مصـرف مواد که در سـایه مهارت تفکر انتقادی کسـب می‌نمایند، تمایل خود را نسـبت به مصـرف مواد در مواجهه با پیشنهاد از جانب دیگران تا حد زیادی از دست خواهند داد.

طبق نتایج پژوهش حاضر، ارتباط مستقیم و معنی‌دار بین میزان سواد رسانه‌ای و گرایش به مصرف مواد وجود نداشت. به عبارت دیگر، با افزایش یا کاهش نمرات سواد رسانه‌ای، نمرات گرایش به مصـــرف مواد مخدر تغییری نمی‌یافت. این یافته با یافته‌های مطالعات موجود (نظیر هـاجیهـا و همکـاران، ۱۴۰۰؛ لیو و همکـاران، ۲۰۲۴؛ هـابز، ۲۰۲۱؛ هیلیـارد، ۲۰۱۹؛ اســکال و همکاران، ۲۰۱۹؛ تریســی و همکاران، ۲۰۱۸؛ دنیلز و همکاران، ۲۰۱۷؛ براتی و همکاران، ۱۳۹۹؛ منتظری و همکاران، ۲۰۲۲) که اظهار کرده‌اند برای بهره‌مندی از مزایا و فرصت‌های فراهم شـده توسـط رسـانه‌ها سـواد کافی استفاده از آنها لازم است و در غیر این صورت، ابزارهای جدید زمینه‌ساز رفتارهای ناهنجار و گرایش‌های ناسالم همچون مصرف مواد مخدر گردد، همسـو نیسـت. از سـوی دیگر، نتایج پژوهش با یافته‌های مطالعه جورابچی و همکاران (۲۰۲۴) همسـو بود و نشـان داد که در جامعه ایران سـواد رسـانه‌ای در تغییر گرایش نوجوانان به مصـــرف مواد مخدر به طور مســـتقیم موثر نمی‌باشـــد. این عدم همسویی در مطالعات اخیر می‌تواند ناشی از عوامل متعددی از جمله تفاوت در جامعه‌های آماری، تفاوت در ابزارهای ســنجش، و روش شــناســی متفاوت این پژوهش با مطالعات مذکور باشد. در واقع، مطابق با ادبیات پژوهشی انتظار بر آن بود که سواد رسانه‌ای بیشتر با گرایش کمتر به اعتیاد همراه باشـد، اما این انتظار محقق نشـد. دلایل مختلفی در این زمینه می‌توان مطرح کرد. برای مثال، اینکه شـاید در این مطالعات سـواد رسـانه‌ای به معنای عام مورد ارزیابی قرار گرفته اســت. چنانچه اگر با اســتفاده از یک ابزار اختصــاصــی ســواد

رسانه‌ای مبتنی بر توانمندی تحلیل محتوای پیام‌های مرتبط با مصرف مواد ارزیابی می‌شد، نتایج دیگری رقم می‌خورد. دلیل دیگر این است که احتمالا نقش سایر عوامل مورد بررسی در گرایش به اعتیاد نوجوانان نظیر نگرش به مواد و تفکر انتقادی بسیار قوی‌تر از سواد رسانه‌ای بوده و در جریان ارزیابی مدل، که نقش سایر متغیرها تا حدودی کنترل می‌شود، این رابطه بسیار ضعیف‌تر شده باشد. علاوه بر این، به نظر می‌رسد نقش فشار اجتماعی از جانب دوستان به مراتب قوی‌تر از سواد رسانه‌ای عمل کرده باشد. از دیگر عوامل می‌توان به مشکلات روانی و عاطفی در نوجوانان اشاره کرد که می‌تواند باعث گرایش به مصرف مواد شود و از تأثیر بازدارنده سواد رسانه‌ای بر گرایش آنان جلوگیری نماید. تنوع رسانه‌ها نیز می‌تواند از عوامل تاثیرگذار در این مورد باشد که با افزایش تنوع و دسترسی به رسانه‌های مختلف نوجوانان ممکن است پیام‌های متضاد و مختلفی را دریافت کنند. این مسأله ممکن است منجر به سردرگمی و نداشتن توانایی ابراز یک واکنش صحیح نسبت به پیام‌ها شود. در واقع، اگر سواد رسانه‌ای نوجوان متناسب با تنوع رسانه‌های در دسترس وی نباشد، رسانه‌ای ممکن است به تنهایی کافی نباشد. به طور کلی، تبیین نداشتن رابطه معنی‌دار بین سواد رسانه‌ای و گرایش به مصرف مواد در حضور نگرش به مصرف مواد به درک چندوجهی از عوامل اجتماعی، فرهنگی و روانی موثر بر رفتارهای نوجوانان نیاز دارد. از سوی دیگر، نتایج نشان داد که نگرش به اعتیاد در رابطه سواد رسانه‌ای و گرایش به مصرف مواد مخدر نقش میانجی را ایفا کرد. این نتایج با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های آجیلور و عبدل (۲۰۲۱)، المور و همکاران (۲۰۱۷)، دنیلز و وان‌وینسبرگ (۲۰۱۷) براتی و همکاران (۱۴۰۱)، قبادی و همکاران (۲۰۲۰) و بهرامیان و همکاران (۲۰۱۸) همسو بود. در اصل، رسانه‌ها ممکن است موجب شکل‌گیری نگرش جدید در افراد گردند. همانطور که اسکال و همکاران (۲۰۱۹) بیان کردند، امروزه شناخت‌ها و اطلاعات دریافت شده از رسانه‌ها می‌تواند نسبت به دانش و اطلاعاتی که نوجوانان از والدین و سایر همسالان خود دریافت می‌کنند، تاثیر بیشتری بر رفتارها و تصمیم‌گیری‌ها و نگرش آنان در سایر زمینه‌ها از جمله مصرف مواد مخدر داشته باشد. در مقوله مصرف مواد، هرچه پیام‌های کسب شده از سایر رسانه‌ها تاکید بر جنبه‌های مثبت

مواد مخدر و مصرف آنها داشته باشند، نوجوانانی که سواد رسانه‌ای پایینی داشته باشند تمایل بیشتری به جاذبه‌های غیر واقعی یا ناپایدار مصرف مواد پیدا خواهد کرد و نسبت به مصرف مواد نگاه خوشبینانه‌تری خواهند داشت (المور و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین، مداخلات مبتنی بر سواد رسانه‌ای و همچنین تفکر انتقادی می‌تواند به عنوان یک برنامه پیشگیری کارآمد و هدفمند در جهت ایجاد نگرش واقع‌بینانه و درست نسبت به عواقب و اثرات نامطلوب مواد مخدر و زمینه اجتناب از رفتارهای پرخطر مثل مصرف مواد مخدر ایجاد نماید. آموزش ارتقاء سواد رسانه‌ای می‌تواند با ایجاد نگرش منفی نسبت به عواقب و خطرات ناشی از مصرف مواد به تقویت پاسخ‌های منطقی نوجوانان و کاهش گرایش آنان به مصرف مواد گردد (منتظری و همکاران، ۲۰۲۲). همانطور که براتی و همکاران (۱۳۹۹) اذعان نمودند، آموزش مهارت‌های سواد رسانه‌ای باید در اهداف آموزشی و ایجاد نگرش و بینش منطقی نسبت به رفتارهای پرخطر و مصرف مواد ادغام گردد. در نهایت، برای کاهش گرایش نوجوانان به مصرف مواد باید به تاثیرات مخرب و متقاعدکننده رسانه و تبلیغات جهت عادی و جذاب جلوه دادن مصرف مواد مخدر که تاثیر بسزایی بر ایجاد نگرش مثبت نوجوانانی که سواد رسانه‌ای اندکی دارند، توجه گردد.

یافته‌های پژوهش نشان داد نه تنها رابطه مستقیم و معنی‌داری بین گرایش به مصرف مواد مخدر و جامعه‌پذیری نوجوانان وجود نداشت، بلکه نگرش به مصرف مواد نتوانست رابطه میان این دو متغیر را میانجیگری کند. این یافته همسو با یافته‌های مطالعات پیشین (نظیر منصور و کپ، ۲۰۲۴؛ زینودین حسن و همکاران، ۲۰۲۳؛ رینولدز و همکاران، ۲۰۲۳؛ خلیلی و همکاران، ۱۳۹۰؛ دلیک و همکاران، ۲۰۱۷؛ عشایری و همکاران، ۱۴۰۳ ب؛ قبادی و همکاران، ۲۰۲۰؛ حسینی، ۱۴۰۰؛ کلوزی و همکاران، ۲۰۲۲؛ پومرنز و همکاران، ۲۰۲۲؛ چک و همکاران، ۲۰۲۲؛ لونتلیز و همکاران، ۲۰۲۳) نبود. این عدم همسویی را می‌توان ناشی از دلایل متعددی باشد. برای نمونه، عوامل محیطی و اجتماعی میتواند از دلایل احتمالی باشد، به طوری که گرایش به مصرف مواد به شدت تحت تأثیر محیط‌های اجتماعی و خانوادگی است. اگر نوجوانان در محیط‌هایی با الگوهای مصرف مواد نظیر دوستان یا خانواده‌های مبتلا به این مشکل قرار بگیرند، این تأثیر می‌تواند بر

جامعه‌پذیری آن‌ها غالب شـــود. عامل دیگر را می‌توان اختلاف در ارزش‌ها دانســـت. جامعه‌پذیری ممکن اســـت به شـــکل‌گیری ارزش‌ها و هنجارهای مثبت در نوجوانان منجر شـود، اما طبق نظریه گلوله جادوئی اگر این ارزش‌ها در تضـاد با آنچه که در رسـانه‌ها ارائه شده باشند، چنانچه قدرت تاثیر گذاری رسانه‌ها بیشتر است، ممکن است تأثیر این هنجارها به حداقل برســد (مک کوایل، ۱۳۸۵). عامل دیگر تعریف نادرســت جامعه‌پذیری اســت. جامعه‌پذیری به فرایند یادگیری هنجارها و ارزش‌های اجتماعی اشاره دارد، اما ممکن است نوجوانان تنها به پذیرش ظاهری این هنجارها بســنده کرده و در عمل از آنها پیروی نکنند. در این راســتا، احتمالا مبنای نظری تعریف جامعه‌پذیری در ابزار مورد اســتفاده در این مطالعه جهت ســنجش این ســازه متفاوت با انتظار ذهنی ما از جامعه‌پذیری باشــد زیرا که بیشتر بر مفهوم انطباق پذیری با جامعه در قالب اعتماد، همدلی، پیوستگی و نظیر آن اشاره دارد. در نتیجه، این عوامل میتواند دلیل ناهمخوانی نتایج حاصــله با مطالعات قبلی باشــد. علاوه بر این، نوجوانانی که با مشــکلات عاطفی یا اجتماعی مواجه‌اند حتی با وجود جامعه‌پذیری مثبت ممکن است به سمت مصرف مواد روی آورند. اهمیت نقش دوستان و همســالان اســت عامل احتمالی دیگر اســت (گیدنز، ۱۳۹۷) که اگر دوســتان نوجوانان به مصــرف مواد گرایش داشــته باشــند، ممکن اســت تأثیر جامعه‌پذیری دیگر منابع (مانند خانواده و مدرسه) کمرنگ‌تر گردد. همچنین، جامعه‌پذیری ممکن است نتواند به نوجوانان مهارت‌های زندگی لازم برای مقابله با فشارها و چالش‌های اجتماعی را بیاموزد. در نهایت، نبود رابطه معنی‌دار بین جامعه‌پذیری و نگرش و گرایش به مصــرف مواد ناشــی از تعامل پیچیده‌ای از عوامل فردی، اجتماعی و محیطی است که نیاز به بررسی دقیق و عمیق دارد و ضرورت مطالعات دقیقتر را ایجاب می‌کند.

در مجموع، یافته‌های این پژوهش شــواهد مطلوبی را برای تأیید نقش واســطه‌گری نگرش به اعتیاد در رابطه‌ی بین تفکر انتقادی و ســواد رســانه‌ای بر گرایش به اعتیاد فراهم نمود. با وجود جدید بودن این مطالعه و نتایج مهم آن، این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود. محدود بودن نمونه آماری به دختران و نوجوانان از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضـر اسـت که لازم اسـت در تعمیم دهی به سـایر نوجوانان پسـر و گروه‌های سـنی جنبه

احتیاط رعایت گردد. شایسته است که این پژوهش در سایر اقشار جامعه مانند پسران و گروه‌های سنی متفاوت صورت پذیرد و سایر مسیرهای غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش بررسی گردد. علاوه بر این، به علت عدم همکاری آموزش و پرورش در زمینه اعتیاد، امکان انتخاب نمونه تصادفی نبود و مجبور به نمونه‌گیری در دسترس بودیم که در تعمیم نتایج به جامعه آماری باید با احتیاط انجام شود. پیشنهاد می‌شود به بررسی سایر متغیرهای مهم روان‌شناختی و خانوادگی و اجتماعی موثر بر گرایش به اعتیاد به طور همزمان پرداخته شود. علاوه بر این، استفاده از مدل معادلات ساختاری در یک مطالعه مقطعی امکان استنباط روابط علت و معلولی را غیرممکن می‌سازد. همچنین، به لحاظ کاربردی، طبق نظر اندیشمندان حوزه اعتیاد مبنی بر این که با شناسایی عوامل زمینه‌ساز و محافظتی در راستای ارتقاء آگاهی نوجوانان به تدوین برنامه‌های پیشگیری کارآمد پرداخت (آکاچا و توران[1]، ۲۰۲۳)، پیشنهاد می‌شود متولیان پیشگیری از اعتیاد و سیستم آموزشی نوجوانان با برگزاری دوره‌های ارتقای مهارت‌های سواد رسانه‌ای، تفکر انتقادی و جامعه‌پذیری برای نوجوانان، والدین و مشاوران مدارس جهت آگاه‌سازی و پیشگیری از گرایش به مصرف مواد مخدر اقدام نمایند. همچنین، نقش صدا و سیما و سایر رسانه‌های گروهی در جهت تولید برنامه‌های تفریحی و جذاب با محوریت تقویت و ارتقای متغیرهای ذکر شده موثر خواهد بود.

قدردانی

از همه کسانی که در انجام این پژوهش صبورانه همکاری نمودند، قدردانی و تشکر می‌شود.

منابع

اقدام پناه فومنی، کبرا؛ مقتدر، لیلا؛ اسدی مجره، سامره و اکبری، بهمن (۱۴۰۳). مقایسهٔ اثربخشی هیپنوتراپی شناختی و طرحواره درمانی بر دشواری تنظیم هیجان در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۸* (۷۲)، ۱۶۸-۱۴۵.

1. Akca & Turan

براتی، مجید؛ جورمند، هانیه؛ بشیریان، سعید؛ دوستی ایرانی، امین و رضاپور شاهکلایی، فروزان (۱۳۹۹). نقش رسانه‌ها بر قصد مصرف سیگار در نوجوانان: یک مرور نظام‌مند و فراتحلیل. *نشریه آموزش و سلامت جامعه*، ۴(۷)، ۳۲۳-۳۱۱.

بشرپور، سجاد و محمدنژاد دوین، عارفه (۱۴۰۱). رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و ویژگی‌های سایکوپاتیک با آمادگی به اعتیاد: با آزمون نقش واسطه‌ای بی‌اشتیاقی اخلاقی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۶*(۶۵)، ۱۲۰-۹۷.

پهلوان شریف، سعید و مهدویان، وحید (۱۳۹۳). مدل‌سازی معادلات ساختاری با Amos. تهران: بیشه.

جعفری، علی و صرفی، مجید (۱۴۰۲). رابطه استفاده از انواع رسانه‌ها و گرایش به اعتیاد در میان شهروندان. *مطالعات فرهنگی و ارتباطات*. doi: 10.22034/jcsc.2021.73137.1452

حاجیها، ضحی؛ بهرامی احسان، هادی و رستمی، رضا (۱۴۰۰). عوامل خانوادگی، اجتماعی و محیطی آشکارساز وسوسه در زنان وابسته به مواد در شهر تهران: یک مطالعه‌ی نظریه زمینه‌ای. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۵(۵۹)، ۴۲-۱۱.

حسینی، محمدرضا (۱۴۰۰). شناسایی بسترهای گرایش به اعتیاد در استان لرستان (با تأکید بر رویکرد سنخ‌شناسی کیفی). *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، *۱۰*(۴)، ۱۱۷۹-۱۱۴۹.

خلیلی، افسر؛ سهرابی، فرامرز و افخمی‌اردکانی، رادمنش (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش تفکر انتقادی بر نگرش دانش آموزان نسبت به سوء مصرف مواد مخدر. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۵(۱۷)، ۱۰۶-۹۱.

صدری دمیرچی، اسماعیل؛ رئیس‌قره درویشلو، سجاد و رحیمی زرج‌آباد، نقی (۱۳۹۷). نقش الگوهای ارتباطی خانواده و سبک‌های دلبستگی در پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد در جوانان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۲*(۴۵)، ۱۳۰-۱۱۳.

عشایری، طاها؛ سعادتی، موسی و جهان پرور، طاهراه (۱۴۰۳ الف). مطالعه دلایل و عوامل موثر بر شیوع مصرف مواد مخدر (موردمطالعه: سطح کشوری). *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، *۱۵*(۱)، ۲۱۴-۱۹۵.

عشایری، طاها؛ صفری شالی، رضا و سعادتی، موسی (۱۴۰۳ ب). پیش‌بینی دسترسی آسان به مواد مخدر بر اساس عوامل جامعه‌شناختی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۸*(۷۱)، ۲۵۴-۱۳۳.

فلسفی، سعید (۱۳۹۳). *بررسی رابطه سواد رسانه‌ای با سبک زندگی (مورد مطالعه): نوجوانان ۱۵ تا ۱۸ ساله دبیرستانی منطقه شش تهران*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد شرق تهران.

کریمی، یوسف (۱۳۹۶). *روانشناسی اجتماعی*. تهران: انتشارات ارسباران.

کریمی‌نیا، رضا؛ سلیمی، حسین و امینی، علی (۱۳۸۹). رابطه سبک رهبری با فرهنگ سازمان و تعهد سازمانی در نیروهای انتظامی. *طب انتظامی*، *۱۲* (۲)، ۷۰-۶۵.

گودرزی، سعید و اله دادی، نورالدین (۱۴۰۳). پیش‌بینی میزان گرایش به مصرف مواد مخدر بر اساس عوامل فرهنگی، اجتماعی و خانوادگی در دانشجویان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۸* (۷۲)، ۱۸۸-۱۶۹.

گیدنز، آنتونی (۱۳۹۷). *جامعه‌شناسی*. ترجمه منوچهر صبوری. تهران: نشر نی.

مرادی شکیب، آمنه؛ قدم‌پور، سمانه و سقایی پورسیفی، مهدیه (۱۳۹۶). مقایسه گرایش به مصرف مواد و مشکلات روان‌شناختی در نوجوانان عادی و آهسته‌گام. *فصلنامه توانمندسازی کودکان استثنایی*، *۸*(۲۱)، ۴۳-۳۵.

مک کوایل، دنیس (۱۳۸۵). *نظریه ارتباطات* جمعی. ترجمه پرویز اجلالی. تهران: دفتر مطالعات و توسعه رسانه‌ای.

میرحسامی، شریف (۱۳۸۸). *بررسی نقش خانواده در گرایش جوانان و نوجوانان به اعتیاد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور تهران.

نظری، مریم (۱۳۸۴). *سواد اطلاعاتی*. مرکز اطلاعات و مدارک علمی ایران.

نیازی، محسن و گودرزی، فرشاد (۱۴۰۲). فراتحلیل مطالعات رابطهٔ رسانه و سبک زندگی در ایران (مطالعهٔ پژوهش‌های انجام‌شده در سال‌های ۱۳۹۰ ـ ۱۴۰۰). *فصلنامه علمی رسانه*، *۳۴*(۳)، ۵۴-۲۷.

هاتفی، سمیرا؛ اردکان، امین و حیدری، محمود (۱۳۹۵). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه گرایش به تفکر انتقادی در بین دانشجویان دانشگاه‌های جامع شهر تهران. *روانشناسی شناختی*، *۱۰*، ۱۴-۱.

یازرلو، رضا (۱۴۰۱). تحلیل جامعه‌شناختی گرایش به اعتیاد و تاثیر آن بر سلامت اجتماعی. *مجله سبک زندگی اسلامی*، *۶*(۴)، ۴۶۸-۴۵۷.

References

Ajilore, K., & Abdul, O. (2021). Behind Closed Doors: The Impact of Social Media on Drug Dependency among Teenagers. *Journal of Management and Social Sciences*, *4*(1, 2), 164-174.

Akça, S. Ö., & Turan, A. P. (2023). Substance Abuse and Its Prevention in Adolescents. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, *10*(1), 86-92.

Algarni, M., Hadi, M. A., Yahyouche, A., Mahmood, S., & Jalal, Z. (2021). A mixed-methods systematic review of the prevalence, reasons, associated harms and risk-reduction interventions of over-the-counter (OTC) medicines misuse, abuse and dependence in adults. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, *14*(1), 76.

Aufderheide, P. (2010). *Aspen media literacy conference report-part II: Proceedings and next steps*. Aspen Institute.

Bahramian, E., Mazaheri, M. A., & Hasanzadeh, A. (2018). The relationship between media literacy and psychological well-being in adolescent girls in Semirom city. *Journal of Education and Health Promotion*, *7*, 148.

Berthelsen, D., Hayes, N., White, S. L., & Williams, K. E. (2017). Executive function in adolescence: Associations with child and family risk factors and self-regulation in early childhood. *Frontiers in Psychology* , *8*, 903.

Bhatia, D., Lewis, B., Farrior, H., Moore, A., & Nixon, S. J. (2023). Substance familiarity in middle childhood and adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence*, *250*, 110892.

Blevins, C. E., Marsh, E., Banes, K. E., Stephens, R. S., Walker, D. D., & Roffman, R. A. (2018). The implications of cannabis policy changes in Washington on adolescent perception of risk, norms, attitudes, and substance use. *Substance Abuse: Research and Treatment*, *12*, 1178221818815491.

Caluzzi, G., Livingston, M., Holmes, J., MacLean, S., Lubman, D. I., Dietze, P., ... & Pennay, A. (2022). Response to commentaries:(de) normalization of drinking and its implications for young people, sociality, culture and epidemiology. *Addiction*, *117*(5), 1217-1219.

Chęć, M., Konieczny, K., & Gepert, K. (2022). Temperament as a risk factor for drug addiction in young adults. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, *24*(4), 7-15.

Corongiu, S., Dessì, C., & Cadoni, C. (2020). Adolescence versus adulthood: Differences in basal mesolimbic and nigrostriatal dopamine transmission and response to drugs of abuse. *Addiction Biology*, *25*(1), e12721.

Daneels, R., & Vanwynsberghe, H. (2017). Mediating social media use: connecting parents mediation strategies and social media literacy. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberpspace.-Brno*, *11*(3), 5.

Delić, M., Kajdiž, K., & Pregelj, P. (2017). Association of the five-factor model personality traits and opioid addiction treatment outcome. *Psychiatria Danubina*, *29*(3), 289-291.

Di Lorenzo, R., Perrone, D., Montorsi, A., Balducci, J., Rovesti, S., & Ferri, P. (2020). Attitude towards drug therapy in a community mental health center evaluated by the drug attitude inventory. *Patient Preference and Adherence*, *14*, 995-1010.

East, K., McNeill, A., Thrasher, J. F., & Hitchman, S. C. (2021). Social norms as a predictor of smoking uptake among youth: A systematic review, meta-analysis and meta-regression of prospective cohort studies. *Addiction*, *116*(11), 2953–2967.

Elmore, K. C., Scull, T. M., & Kupersmidt, J. B. (2017). Media as a "super peer": How adolescents interpret media messages predicts their perception of alcohol and tobacco use norms. *Journal of Youth and Adolescence*, *46*(2), 376-387.

Feingold, D. (2020). Attitudes towards substance use disorders among students in the social sciences: The role of gender and terminology. *Substance Use & Misuse*, *55*(3), 519-523.

Ghobadi, M., Kazemnezhad Leili, E., Jafari Asl, M., & Shafipour, S. Z. (2020). The relationship between social skills and attitude towards substance abuse among high school students. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*, *30*(3), 151-158.

Gritsenko, V., Gavronova, Y., Khalepo, O., Reznik, A., & Isralowitz, R. (2017). University student attitudes toward illicit drug use and trafficking in Russia. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *15*, 350-355.

Hilliard, J. (2019). *The Influence of Social Media on Teen Drug Use.* https://www.addictioncenter.com/community/social-media-teen-drug-use.

Hobbs, R. (2021). Hope matters: How an online learning community advanced emotional self-awareness and caring during the COVID-19 pandemic. *Journal of Media Literacy Education*, *13*(3), 123-132.

Joorabchi, T. N., Salleh, A., & Fouladiyan, M. (2024). The relationship between patterns of using internet, media literacy, alcohol consumption and drug abuse: A case of Malaysian youths. *African Journal of Alcohol and Drug Abuse*, *11*(2), 94-111.

Kauka, E. O. (2017). Ontological Basis of Liberation and Critical Thinking as a Soloution to Drug Abuse Among Kenyan Secondary School. *International Journal of Social Science and Humanities Research*, *5*(4), 385-391.

Kline, R. B. (2015). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. Guilford Publications.

Leventelis, C., Barmpas, P. T., Tasoulis, S., Katsouli, A., Stavropoulos, V., Karasavvidou, A., ... & Tsironi, M. (2023). Socio-demographic variables affect the management and administration of opioid agonists in patients under medication for addiction treatment during pandemic. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3485964/v1

Levran, O., Peles, E., Randesi, M., Da Rosa, J. C., Ott, J., Rotrosen, J., & Kreek, M. J. (2016). Glutamatergic and GABAergic susceptibility loci for heroin and cocaine addiction in subjects of African and European ancestry. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *64*, 118-123.

Liu, J., Charmaraman, L., & Bickham, D. (2024). Association Between Social Media Use and Substance Use Among Middle and High School-Aged Youth. *Substance Use & Misuse*, *59*(7), 1039-1046.

Mansur, N. A. R., & Kep, M. (2024). *Substance Abise and Adolescence: Caises, Effects, and Solutions*. Penerbit KBM Indonesia.

McKenna, V. B., Sixsmith, J., & Barry, M. M. (2017). The Relevance of Context in Understanding health. literacy skills: Findings from a qualitative study. *Health Expectations*, *20*(5), 1049-1060.

Montazeri, L., Eslami, H., & Afshani, S. A. (2022). Role of Students' Media Literacy on Their Health: A Narrative Review. *Journal of Community Health Research*, *11*(1), 45-53.

Nawal, B. (2024). Dramatic Treatment Of Drug Addiction Through Media: From Persuasive Techniques To Dramatic Television Effects. *Journal of Namibian Studies: History Politics Culture*, *41*, 289-312.

Nunnally, J., C, Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric Theory*, 3rd ed. New York: McGraw-Hill; p 246.

Nwafor, K. A., Ezema, S. I., & Igwebuike, O. (2022). Social media use and substance abuse among young people in South-East, Nigeria. *Sau Journal of Management and Social Sciences*, *3*(1), 7-14.

Pomrenze, M. B., Paliarin, F., & Maiya, R. (2022). Friend of the devil: negative social influences driving substance use disorders. *Frontiers in Behavioral Beuroscience*, *16*, 836996.

Reynolds, M., Kirisci, L., & Tarter, R. (2023). Substance use disorder is the outcome of deviant socialization: A prospective investigation spanning childhood to adulthood. Pharmacology Biochemistry and Behavior, *227*, 173585.

Ricketts, J. C. (2003). The efficacy of leadership development, critical thinking dispositions, and student academic performance on the critical thinking skills of selected youth leaders University of Florida.

Scull, T. M., Kupersmidt, J. B., & Erausquin, J. T. (2014). The impact of media-related cognitions on children's substance use outcomes in the context of parental and peer substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, *43*(5), 717-728.

Thomasius, R., Arnaud, N., Holtmann, M., & Kiefer, F. (2020). Substance-related disorders in adolescence and young adulthood. *Zeitschrift Fur Kinder-Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, *48*(6), 448-452.

Tracy. M., Kupersmidt, J. B., & Weatherholt, T. N. (2017). The effectiveness of online, family-based media literacy education for substance abuse prevention in elementary school children: Study of the Media Detective family program. *Journal of Community Psychology*, *45*(6), 796-809.

Zainudin hasan, Z., Adnan, A. J., Amanda, M., & Sadhana, P. (2023). Factors Causing Drugs Among Adolescents in Bandar Lampung City. *Enrichment: Journal of Multidisciplinary Research and Development*, *1*(2), 39-43.

Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 18, No. 74, P 61-84, Winter 2025

Research Article

Drafting a Structural Model of Adolescents' Addiction Proneness Based on Rumination and the Mediating Role of Psychological Distress

Seyfollah Aghajani[1], Shayan Noori Lasaki[2], Roghayeh Khademi[3], Mohammad Zarei Nouroozi[4]

Received: 2024/07/02 Accepted: 2025/04/29

Abstract

Objective: The present study aimed to draft a structural model of adolescents' addiction proneness based on rumination and the mediating role of psychological distress. **Method**: This was a descriptive-correlational study using a structural equation modeling approach. The research population consisted of all male and female second-grade high school students in Mashhad during the 2023-2024 academic year. A convenience sample of 352 students was selected from this population. Data were collected using the addiction potential scale, the rumination scale, and the psychological distress scale. Descriptive statistics, including means and standard deviations, were used to describe the data. For data analysis, Pearson's correlation and structural equation modeling were employed using SPSS-27 and AMOS-24 software. **Results**: The research model showed a good fit. Rumination had a direct, as weel as an indirect effect through the mediating role of psychological distress, on addiction proneness. Conclusion: Rumination and psychological distress are significant factors influencing adolescents' proneness to substance addiction.

Keywords: Substance addiction, Rumination, Psychological distress, Adolescents

1. Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
2. MA, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
3. MA, Department of Educational Sciences, Payam-e-Noor University, Miandoab Branch, West Azarbaijan, Iran.
4. Corresponding Author: MA, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. Email: m.zareiii.n.1997@gmail.com

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هجدهم، شماره هفتاد و چهارم، ص۸۴-۶۱، زمستان ۱۴۰۳

مقاله پژوهشی

تدوین الگوی روابط ساختاری آمادگی به اعتیاد نوجوانان براساس نشخوار فکری و نقش واسطه‌ای آشفتگی‌های روان‌شناختی

سیف‌الله آقاجانی[۱]، شایان نوری لاسکی[۲]، رقیه خادمی[۳]، محمد زارعی نوروزی[۴]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۰۹

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به تدوین الگوی روابط ساختاری آمادگی به اعتیاد نوجوانان براساس نشخوار فکری و نقش واسطه‌ای آشفتگی‌های روان‌شناختی پرداخت. **روش:** این پژوهش توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه پژوهش شامل تمام دانش‌آموزان دختر و پسر دوره دوم متوسطه شهر مشهد در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود که از بین آن‌ها تعداد ۳۵۲ نفر به شکل در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها نیز مقیاس‌های گرایش به اعتیاد، نشخوار فکری و آشفتگی روان‌شناختی بود. برای توصیف داده‌ها از میانگین و انحراف استاندارد و برای تحلیل داده‌ها نیز از آزمون‌های همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری به‌کمک نرم‌افزارهای SPSS-27 و AMOS-24 استفاده شد. **یافته‌ها:** مدل پژوهشی از برازش مطلوبی برخوردار بود و نشخوار فکری هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیر مستقیم و از طریق نقش میانجی آشفتگی روان‌شناختی بر آمادگی به اعتیاد اثرگذار بود. **نتیجه‌گیری:** نشخوار فکری و آشفتگی‌های روان‌شناختی از عوامل جدی اثرگذار بر آمادگی نوجوانان به اعتیاد به مواد مخدر هستند.

کلیدواژه‌ها: اعتیاد به مواد مخدر، نشخوار فکری، پریشانی روان‌شناختی، نوجوانان

۱. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲.. کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی ، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳. کارشناس ارشد، گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، واحد میاندوآب، آذربایجان غربی، ایران.

۴. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی ، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. پست الکترونیک: m.zareiii.n.1997@gmail.com

مقدمه

امروزه مصـــرف مواد مخـدر[1] و گرایش بـه آن یکی از بزرگ‌ترین و آســیـب‌زاترین چالش‌های جهانی است که بر بهزیستی، ساختار اجتماعی- فرهنگی، ثبات اقتصادی و رشد جوامع تأثیر می‌گذارد (اسـدی و همکاران، ۱۴۰۱). این اختلال پیچیده که ریشـه در عوامل بیولوژیکی، روان‌شـــناختی و اجتماعی دارد نه‌تنها خود فرد و خانواده وی، بلکه تمام افراد جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد (ابراهیم‌پور و همکاران، ۱۴۰۱). از آنجایی که بیشـــترین بافت جمعیتی کشورهای در حال توسعه نظیر ایران را نوجوانان و جوانان تشکیل می‌دهند، این کشـــورها نسـبت به مسـئله اعتیاد دارای بیشـــترین آسـیب‌پذیری هســـتند (نادری‌فر و همکاران، ۱۴۰۳)؛ بنابراین، مسئله اعتیاد به مواد مخدر در این کشـورها نیاز به بررسـی‌های عمیق‌تری دارد.

پژوهشگران و صاحب‌نظران اعتیاد را نوعی اختلال پیچیده، چندوجهی و نوعی واکنش بـدن بـه مصـــرف مـداوم مـاده مخـدر معرفی نموده‌انـد کـه هر دو مؤلفـه فیزیولوژیکی و روان‌شـناختی را شـامل می‌شـود (آپالکووا[2] و همکاران، ۲۰۲۱). از نظر فیزیولوژیکی، اعتیاد به عنوان پاسـخ و سـازگاری بدن به قرار گرفتن مداوم در معرض مواد اعتیادآور اسـت که منجر به تغییر در عملکرد بدن نیز می‌شـود. این سـازگاری منجر به طیف وسـیعی از علائم فیزیکی از جملـه دردهـای بـدنی، کنـاره‌گیری و انزوا و تغییرات مغزی می‌گردد (میلر[3] و همکاران، ۲۰۲۰). از نظر روان‌شـناختی نیز اعتیاد با میل مداوم به اسـتفاده از مواد علی‌رغم پیامدهای منفی و همچنین مشـغله و وسـواس فکری برای به‌دسـت آوردن و اسـتفاده از آن مشـخص می‌شـود. این وابسـتگی روانی اغلب منجر به میل شـدید، سـرخوشـی و اختلال در عملکرد شـــناختی و ســـندروم تحمل (نیاز به دریافت مقادیر بیشـتر برای دسـتیابی به همان اثرات لذت‌بخش) می‌گردد (نادری‌فر و همکاران، ۱۴۰۳).

شـیوع فزاینده اعتیاد به مواد و آمادگی نسـبت به آن در میان نوجوانان روند به شـدت نگران‌کننده‌ای را نشـــان می‌دهد. مطالعات به طور مداوم نشـــان داده‌اند که شـــروع اولیه

1. substance use
2. Apalkova
3. Miller

مصـرف مواد در دوران نوجوانی با الگوی مصـرف شـدید و نابهنجار آن در بزرگسـالی، مقاومت بیشـتر به درمان و تا حدی درمان‌ناپذیری و نیز بروز پیامدهای شـدیداً آسـیب‌زا مرتبط است. در همین راستا، پژوهش‌های موجود نشان می‌دهند که اعتیاد به مواد مخدر با بیماری‌های جسـمانی، مشـکلات روان‌شـناختی، بزهکاری[1]، شـکسـت و ترک تحصـیل، بیکـاری، خشـونـت[2]، خودکشـی[3] و مواردی از این دسـت همراه اسـت (چرون و کرچوکسـارد[4]، ۲۰۲۱؛ سـیسـلی[5] و همکاران، ۲۰۲۲ یوهن[6] و همکاران، ۲۰۱۹؛ فلورا[7]، ۲۰۲۲؛ قدرتی و همکاران، ۱۴۰۱).

پیامدهای شـدیداً آسـیب‌زای اعتیاد به مواد مخدر بررسـی عوامل مرتبط با آن را الزامی می‌سازد. به همین دلیل پژوهشگران این حوزه مصرف مواد مخدر و گرایش نسبت به آن را پدیده‌ای چندوجهی معرفی نموده‌اند که ترکیب عوامل مختلف زیسـت‌شـناختی، روان‌شـناختی، خـانوادگی، اجتمـاعی، فرهنگی، اختلالات روان‌پزشـکی زمینـه‌ای و آسـیب‌های دوران کودکی در بروز آن سـهیم هسـتند (اسـدی و همکاران، ۱۴۰۱؛ ارجمند داورانی و همکاران، ۱۴۰۰؛ حاتمی‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۲). در این زمینه، یافته‌های حاصل از مطالعات مروری و فراتحلیل صـورت گرفته پیرامون تبیین و سـبب‌شـناسـی گرایش به اعتیاد در بین سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۹۶ این مطلب را آشکار ساخته است که دلایل گرایش به اعتیاد را می‌توان در دو عامل فردی و اجتماعی خلاصـه نمود که عوامل فردی از نقش برجسته‌تری برخوردار هستند (اسدی و همکاران، ۱۴۰۱).

در بین عوامل فردی، شرایط روان‌شناختی فرد و تأثیر این شرایط بر گرایش به اعتیاد از اهمیت بسزایی برخوردار است. مفهوم نشخوار فکری[8] یکی از عوامل روان‌شناختی است که تحقیقات اندکی پیرامون اثر آن بر گرایش به اعتیاد انجام شـده اسـت (ابراهیم‌پور و همکاران، ۱۴۰۱؛ قربانی و همکاران، ۱۴۰۲؛ لی[9] و همکاران، ۲۰۲۳؛ لیو[10] و همکاران،

1. crime
2. violence
3. suicide
4. Cheron & Kerchove d'Exaerde
5. Ceceli
6. Yohn
7. Flora
8. rumination
9. Li
10. Liu

۲۰۲۴). نشخوار فکری یک استراتژی غیرمعمول تنظیم هیجانی[1] است که افراد در مواجهه با تنش‌ها و چالش‌های منفی زندگی از آن استفاده می‌کنند (مولدز[2] و همکاران، ۲۰۲۰). تکرار و تداوم افکار متمرکز بر یک موضوع خاص مشخصه‌ی اصلی نشخوار فکری است. این افکار به طور غیرارادی در سطح آگاهی فرد نفوذ کرده و توجه وی را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف می‌کنند (کوواکس[3] و همکاران، ۲۰۲۰). بهره‌گیری از نشخوار فکری موجب شکل‌گیری و پرورش الگوهای تفکر منفی شده و توانایی‌های حل مسئله را نیز تضعیف می‌کند. در نتیجه، افراد به‌دلیل افکار منفی هنگام مواجهه با چالش‌ها و تنش‌های زندگی قادر به مقابله مؤثر با آن‌ها نیستند (واتکینز و رابرتس[4]، ۲۰۲۰).

سازه نشخوار از سه مؤلفه اصلی تشکیل شده است (کولمن[5] و همکاران، ۲۰۲۲). اولین مؤلفه ماهیت تکراری نشخوار است. این مؤلفه تمایل افراد به مرور مکرر افکار یا احساسات منفی اشاره دارد، بدون اینکه هیچ پیشرفتی در جهت حل آن‌ها حاصل شود. این تکرارهای مداوم می‌تواند منجربه چرخه مزمن نشخوار فکری شود. دومین مؤلفه نشخوار فکری، ماهیت متمرکز بر خود است. این افراد اغلب سطوح بالاتر خودآگاهی و خودانتقادی را تجربه می‌کنند، زیرا به طور مداوم احساسات و تجربیات خود را تجزیه وتحلیل کرده و روی آن‌ها متمرکز می‌شوند. این تمرکز مداوم بر خود می‌تواند منجربه احساس بی‌کفایتی، احساس گناه و اعتماد به نفس پایین شود که آن‌ها نیز به نوبه خود می‌توانند چرخه نشخوار فکری را تشدید کنند (ناگی[6] و همکاران، ۲۰۲۳). سومین مؤلفه نشخوار فکری نیز فقدان جهت‌گیری برای حل‌مسئله است. افرادی که نشخوار فکری می‌کنند عمدتاً بدون اینکه فعالانه به دنبال راه‌هایی جهت سازگاری با موقعیت و حل‌مسئله باشند صرفاً بر جنبه‌های منفی موقعیت متمرکز می‌مانند که این ناتوانی در حل‌مسئله نیز می‌تواند موجب تشدید چرخه نشخوار فکری شود (کولمن و همکاران، ۲۰۲۲) و پیامدهای بسزایی را موجب گردد. در این زمینه، پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که مؤلفه‌های سه‌گانه نشخوار فکری و منفی‌سازی‌های حاصل از آن در بروز مسائل و مشکلات مختلف

1. emotion regulation
2. Moulds
3. Kovács
4. Watkins & Roberts
5. Coleman
6. Nagy

روان‌شـــناختی از جمله اعتیاد و مشـــکلات مرتبط با آن تأثیرگذار هســـتند. در این زمینه، پژوهش ابراهیم‌پور و همکاران (۱۴۰۱) که بر روی ۲۶۰ نفر از دانش‌آموزان پسر دوره دوم متوسطه شهر زرند کرمان انجام شد نشان داد که نشخوار فکری اثر مستقیم و قابل‌توجهی بر آمادگی به اعتیاد دانش‌آموزان دارد، نتایجی که در تحقیقات قربانی و همکاران (۱۴۰۲) نیز تکرار شد.

از سـوی دیگر، اگرچه ارتباط بین نشـخوار فکری و آمادگی به اعتیاد (لی و همکاران، ۲۰۲۳؛ لیو و همکاران، ۲۰۲۴) مورد بررســی قرار گرفته اســت، اما توجه اندکی به عوامل میانجی‌کنند در این رابطه شـده است که موجب شکاف‌های تحقیقاتی شـده است. یکی از عواملی که به‌دلیل تأثیرپذیری از نشـخوار فکری (لیان[1] و همکاران، ۲۰۲۱؛ کانگ و کیم[2]، ۲۰۲۱) و نیز اثرگذاری بر آمادگی به اعتیاد نقش واسطه‌ای آن می‌بایست بیشتر مورد توجه قرار گیرد، مفهوم پریشـانی‌های روان‌شـناختی[3] اسـت (تیان[4] و همکاران، ۲۰۲۱؛ چانگ[5] و همکـاران، ۲۰۲۲؛ ارســـلان[6]، ۲۰۲۴).آشـــفتگی را بـه عنوان تجربـه‌ای فراگیر، پیچیـده و چندوجهی انسـانی قلمداد می‌کنند که عمدتاً به صـورت حالتی از درد، اندوه یا رنج عمیق ظاهر می‌شـود (شـارپ و تیلر[7]، ۲۰۱۸). این حالت معمولاً توسـط شـرایط مختلف درونی یا اتفاقات بیرونی ایجاد شـده و افراد را با پیامدهای فیزیکی، شـناختی[8]، تحصـیلی[9] و عاطفی[10] مواجه می‌سازد (کیوانلو و همکاران، ۱۴۰۲). انواع مختلفی از پریشانی‌ها از پریشـانی حاد[11] و مزمن[12] گرفته تا پریشانی جسـمی، وجودی[13] و روان‌شناختی شناسایی شده‌اند که در این بین پریشانی‌های روان‌شناختی اهمیت بیشتری دارند (کلس[14] و همکاران، ۲۰۲۰). پریشانی روان‌شناختی تجربه عاطفی پیچیده و آزارنده‌ای است که عمدتاً توسط عوامل استرس‌زا یا شـــرایط چالش برانگیز زندگی ایجاد می‌شـــود و می‌تواند آســـیب‌های کوتاه‌مدت و در صـــورت درمان نشـــدن حتی آســـیب‌های دائمی را برای فرد ایجاد نماید (محمودیان و

1. Lian
2. Kang & Kim
3. psychological distress
4. Tian
5. Chang
6. Arslan
7. Sharp & Theiler
8. cognitive
9. educational
10. emotional
11. acute distress
12. chronic
13. existential
14. Keles

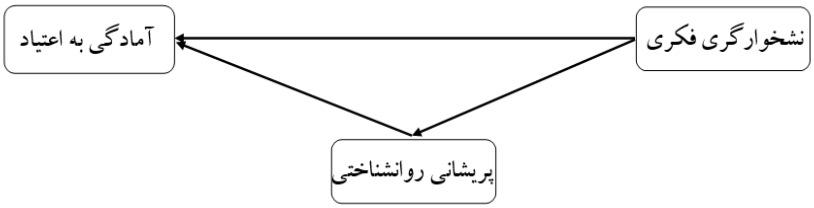
همکاران، ۱۴۰۱). پریشانی‌های روان‌شناختی معمولاً با طیفی از نشانگان مختلف شناختی، عاطفی و رفتاری همراه هستند. نشانگان شناختی شامل الگوهای تفکر غیرمنطقی و باورهای منفی در مورد خود، جهان و آینده است؛ علائم عاطفی نیز شامل احساس اندوه، ناامیدی، استرس مداوم، اضطراب و افسردگی است. در نهایت، علائم رفتاری نیز شامل تغییرات قابل مشاهده رفتاری در فرد است و رفتارهایی نظیر انزوا و کناره‌گیری، خودآسیبی و تغییر در الگوهای خواب و مصرف غذا را شامل می‌شود (مارینو[1] و همکاران، ۲۰۱۸).

علائم پریشانی روان‌شناختی و تجربه آن مسئله‌ای منحصر به فرد است، بدین معنا که برخی از افراد ممکن است پریشانی‌های خفیفی را تجربه کنند که برای ادامه حیات فرد و انجام فعالیت‌های زندگی ضروری است، اما برخی دیگر ممکن است علائم بسیار شدید و مداومی را تجربه نمایند (عزتی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۲)که در صورت درمان نشدن می‌تواند بر عملکرد فرد در حوزه‌های مختلف زندگی تأثیر منفی گذاشته و احتمال ابتلا به طیف وسیعی از بیماری‌های جسمی، روانی و مشکلات رفتاری را افزایش دهد. در همین زمینه، پژوهش داودی و همکاران (۱۴۰۳) که بر روی ۲۶۲ نفر از مردان ۶۵-۲۰ ساله استان اصفهان انجام شد نشان دادر که پریشانی‌های روان‌شناختی اثر مستقیم و قابل‌توجهی را بر باورهای وسوسه‌انگیز مصرف مواد مخدر دارند.

با عنایت به تمام مطالب بیان‌شده، باید بیان داشت که نوجوانی یک دوره حیاتی از رشد است که با تغییرات جسمی، عاطفی و شناختی قابل‌توجهی مشخص می‌شود. این مرحله رشدی و شرایط ویژه آن نوجوانان را در برابر گرایش به رفتارهای پرخطر مخصوصاً مصرف مواد آسیب‌پذیر می‌سازد. اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک پدیده و معضل اجتماعی از شیوع قابل‌توجه و روزافزونی در میان نوجوانان برخوردار است. معضلی که اثرات مخربی بر سلامت جسمانی، روانی، تحصیلی، اجتماعی و عاطفی آن‌ها دارد که این قبیل اثرات و پیامدها انجام پژوهش در این حوزه را ضروری می‌سازد. از سوی دیگر، تحقیق در مورد اعتیاد به مواد مخدر در نوجوانان برای تعیین میزان شیوع، درک عوامل مؤثر، شناسایی مداخلات کاربردی و نیز تعیین سیاست‌های مفید به‌جهت پیشگیری از

1. Marino

تمایل نوجوانان به مصرف مواد مخدر حائز اهمیت بسیاری است. علاوه بر این، باتوجه به فقدان پژوهش در زمینه بررسی نقش میانجی پریشانی‌های روان‌شناختی در ارتباط بین نشخوار فکری و آمادگی به اعتیاد، انجام این پژوهش بیش از پیش ضروری به‌نظر می‌رسد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین روابط ساختاری آمادگی به اعتیاد نوجوانان براساس نشخوار فکری و نقش واسطه‌ای آشفتگی‌های روان‌شناختی در قالب مدل مفهومی زیر انجام شد.



نمودار ۱: مدل مفهومی پژوهش

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از نقطه نظر هدف، کاربردی و از لحاظ روش پژوهشی نیز توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه هدف این مطالعه را تمام دانش‌آموزان دختر و پسر دوره دوم متوسطه شهر مشهد تشکیل دادند که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ در مدارس این شهر به تحصیل اشتغال داشتند. در برخی از پژوهش‌ها، حجم نمونه مناسب برای پژوهش‌های معادلات ساختاری را حداقل ۲۰۰ نفر و در برخی دیگر از مطالعات به ازای هر پارامتر حداقل ۵ و در حالت مطلوب ۲۰ نفر در نظر گرفته‌اند (کلاین[1]، ۲۰۲۳). ما در این پژوهش با توجه به احتمال وجود پرسش‌نامه‌های مخدوش و به منظور افزایش شانس تعمیم‌پذیری یافته‌های احتمالی، ۳۵۲ دانش‌آموز را به صورت در دسترس و به عنوان نمونه نهایی مورد مطالعه قرار دادیم. فرآیند جمع‌آوری داده‌ها به این صورت بود که ابتدا پرسش‌نامه‌های مربوطه در گوگل فرم تدوین شد و سپس از طریق فضای مجازی (و از طریق شبکه‌های اجتماعی تلگرام و ایتا) در گروه‌های دانش‌آموزی شهر مشهد اقدام به

1. Kline

توزیع پرسش‌نامه شد و پس از ارائه توضیحات مربوط به اهداف پژوهش، از دانش‌آموزان تقاضا گردید تا نسبت به تکمیل آن اقدام نمایند. ملاک‌های ورود به پژوهش دانش‌آموز دوره دوم متوسطه شهر مشهد، رضایت و تمایل به حضور در مطالعه و دسترسی به اینترنت و حضور در شبکه‌های اجتماعی و ملاک خروج از پژوهش نیز مخدوش بودن اطلاعات فرد یا تکمیل ناقص پرسش‌نامه، عدم توجه دقیق به سؤالات و انتخاب یک پاسخ برای تمام پرسش‌نامه بود. در این مطالعه امکان دسترسی به نتایج پرسش‌نامه برای داوطلبان، رعایت اصل رازداری و امانت‌داری به‌عنوان اصول اخلاقی پژوهش مورد نظر پژوهشگران بود. در نهایت و پس از دست‌یابی به نمونه موردنیاز، اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق آزمون‌های همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری به کمک نرم‌افزارهای SPSS-27 و AMOS-24 تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار

۱- مقیاس آمادگی به اعتیاد[1]: این مقیاس توسط وید و بوچر[2] (۱۹۹۲) به‌منظور ارزیابی میزان تمایل و گرایش به اعتیاد تدوین شده است. این مقیاس دارای ۴۱ گویه است (۳۶ گویه اصلی و ۵ گویه دروغ‌سنج) که برمبنای یک پیوستار لیکرتی ۴ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۳) نمره‌گذاری می‌شود. گویه‌های شماره ۶، ۱۲، ۱۵ و ۲۱ دارای نمره‌گذاری معکوس می‌باشند و حداقل نمره در این مقیاس برابر با صفر و حداکثر آن نیز برابر با ۱۰۸ خواهد بود و نمرات بالاتر به‌منزله آمادگی بیشتر فرد پاسخ‌دهنده برای اعتیاد می‌باشد و برعکس. این مقیاس از دو عامل کلی تشکیل شده است. در عامل اول (آمادگی فعال) بیشترین ماده‌ها به‌ترتیب مربوط به رفتارهای ضداجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت به مواد، افسردگی و هیجان‌خواهی است و عامل دوم (آمادگی منفعل) بیشترین ماده‌ها مربوط به عدم ابراز وجود و افسردگی می‌باشد. روایی محتوایی و صوری این مقیاس در بررسی روان‌سنجی در نسخه اولیه آن مورد تأیید قرارگرفته است. همچنین، ضریب پایایی آن نیز با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شده. این مقیاس توسط زرگر و همکاران (۱۳۸۷) در جامعه ایرانی هنجاریابی شد. در جریان این مطالعات، این مقیاس

1. addiction potential scale (APS)
2. Weed & Butcher

دو گروه افراد وابسته و غیر وابسته مواد به خوبی از هم متمایز کرد. به علاوه، روایی همگرا نیز از طریق همبستگی این مقیاس با مقیاس ۲۵ ماده‌ای فهرست علائم بالینی ۰/۴۵ گزارش شد که مطلوب و معنی‌دار بود. پایایی این مقیاس نیز با روش آلفای کرونباخ محاسبه و در سطح ۰/۹۰ گزارش شد. همچنین، در پژوهش کامکار و همکاران (۱۳۹۹) نیز پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ بررسی و در سطح ۰/۸۶ گزارش شد. در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس به روش همسانی درونی بررسی و در سطح ۰/۸۹ بدست آمد.

۲- مقیاس نشخوار فکری[1]: این توسط نولن‌هوکسما و مارو[2] (۱۹۹۱) تدوین شده‌است. این ابزار دارای ۲۲ گویه است که نشخوار فکری را بر اساس سه مؤلفه‌ی تعمق، در فکر فرو رفتن و افسردگی می‌سنجد. این مقیاس بر مبنای یک پیوستار ۴ درجه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۴) نمره‌گذاری می‌شود. پایایی این مقیاس را به شیوه‌ی بازآزمایی و آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب ۰/۶۷ و ۰/۹۰ را گزارش نمودند. روایی این مقیاس در مطالعه باقری‌نژاد و همکاران (۱۳۸۹) ۰/۸۷ و پایایی آن ۰/۷۲ محاسبه شد. همچنین، آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه محمدی‌بنمار و همکاران (۱۴۰۲) ۰/۷۱ محاسبه شد. در این مطالعه، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۵ بود.

۳- مقیاس آشفتگی روان‌شناختی[3]: لاویبوند و لاویبوند[4] در سال ۱۹۹۵ مقیاس پریشانی روان‌شناختی را تدوین نمودند. در این مقیاس تنش‌های عاطفی و روان‌شناختی افراد براساس ۲۱ آیتم و ۳ خرده‌مقیاس اصلی استرس (آیتم‌های ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸)، اضطراب (۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹ و ۲۰) و افسردگی (۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ و ۲۱) سنجیده می‌شود. این مقیاس براساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از اصلا (نمره ۰) تا زیاد (نمره ۳) نمره‌گذاری می‌گردد. طی تحقیقات لاویبوند و لاویبوند (۱۹۹۵) روایی سازه این مقیاس از طریق تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی بررسی و وجود ۳ مؤلفه اصلی مورد تأیید قرارگرفت. به علاوه، پایایی همسانی درونی از طریق آزمون آلفای کرونباخ بررسی و برای مؤلفه استرس ۰/۹۰، اضطراب ۰/۸۴ و افسردگی ۰/۹۱ بدست آمد. در ایران نیز صاحبی و

1. rumination responses scale (RRS)
2. Nolen-Hoeksema & Morrow
3. depression anxiety stress scale (DASS)
4. Lovibond & Lovibond

همکاران (۱۳۸۴) پس از ترجمه و هنجاریابی این مقیاس، همبستگی خرده‌مقیاس‌های استرس، اضطراب و افسردگی با ابزارهای استرس ادراک‌شده، اضطراب زانگ و افسردگی بک به ترتیب ۰/۴۹، ۰/۶۷ و ۰/۷۰ محاسبه شد. علاوه بر این، در پژوهش مرادیان و عیسی‌نژاد (۱۴۰۲) آلفای کرونباخ برای کل این مقیاس برابر با ۰/۹۲ و برای مؤلفه‌های مذکور به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۱ و ۰/۸۵ محاسبه شد. در این پژوهش، آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۴ و برای مؤلفه‌های ذکرشده به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۷ و ۰/۸۹ به‌دست آمد.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۳۵۲ نفر از دانش‌آموزان شرکت داشتند که از این تعداد، ۲۷۴ نفر معادل ۷۷/۸ درصد را دانش‌آموزان دختر و ۷۸ نفر معادل ۲۲/۲ درصد را دانش‌آموزان پسر تشکیل دادند. علاوه بر این، از میان نمونه شرکت‌کننده در پژوهش، ۱۷۸ نفر معادل ۵۰/۵ درصد را دانش‌آموزان مقطع دهم، ۹۶ نفر معادل ۲۷/۳ درصد را دانش‌آموزان مقطع یازدهم و ۷۸ نفر معادل ۲۲/۲ درصد را دانش‌آموزان مقطع دوازدهم تشکیل می‌دادند. در جدول شماره ۱ یافته‌های توصیفی از جمله میانگین، انحراف معیار، ضرایب کجی[1] و کشیدگی[2] و ضرایب همبستگی گزارش شده‌است.

جدول ۱: جدول توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	۱	۲	۳
۱- آمادگی به اعتیاد	۲۵/۵	۱۰/۸	۰/۵۳	-۰/۳۸			
۲- نشخوار فکری	۵۲/۹	۱۲/۴	۰/۴۱	-۰/۵	۰/۵۸*	-	
۳- آشفتگی روان‌شناختی	۱۹/۹	۹/۷	۰/۵۷	-۰/۳۸	۰/۳۰*	۰/۳۳*	-

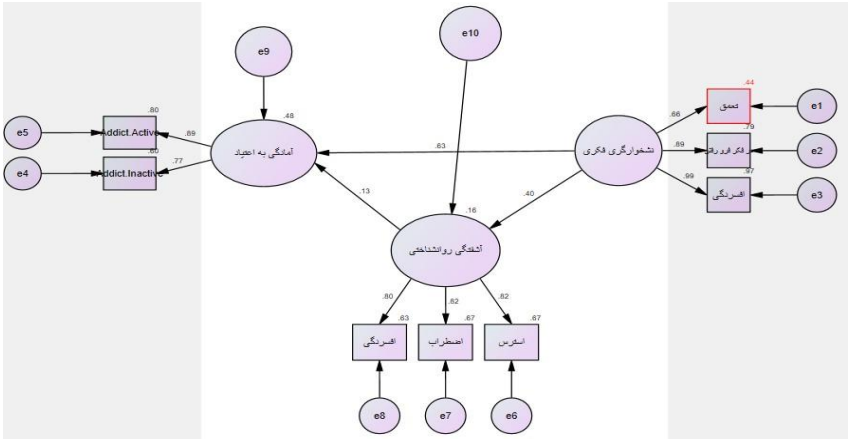
* $p < ۰/۰۱$.

بر اساس جدول ۱، ضرایب کجی و کشیدگی در محدوده بین ۲- الی ۲+ بود که نشانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها است. علاوه بر آن، نشخوار فکری (**r = ۰/۵۸**) و آشفتگی روان‌شناختی (r = ۰/۳۰) با آمادگی به اعتیاد ارتباط مثبت معنی‌داری داشتند (p<۰/۰۱) که این همبستگی‌های معنادار انجام معادلات ساختاری را بلامانع است.

1. skewness
2. kurtosis

پیش از انجام مدل‌سازی معادلات ساختاری، مفروضه‌های زیربنایی آن بررسی شد. داده‌های مفقود و پرت بررسی و عدم وجود آن‌ها تأیید شد. داده‌های پرت از طریق فاصله‌ی ماهالانوبیس بررسی شد، با توجه به اینکه ماکزیمم آن ۱۲/۸ به‌دست آمد و هیچ داده‌ای از مقدار بحرانی برای دو متغیر پیش‌بین یعنی ۱۳/۹ بزرگ‌تر مشاهده نشد، بنابراین عدم وجود داده پرت تأیید شد. همچنین، فاصله ماهالانوبیس در نرم‌افزار ایموس نیز بررسی شد و با توجه به این که نمره p_1 نمونه از ۰/۰۵ بزرگ‌تر و نمره p_2 آن‌ها نیز از ۰/۱ بزرگ‌تر بود، عدم وجود داده‌های پرت چندمتغیری تأیید شد (کلاین، ۲۰۲۳).

برای بررسی عدم هم‌خطی چندگانه[1]، از شاخص‌های تحمل[2] و عامل تورم واریانس[3] استفاده شد. حد مناسب برای شاخص تحمل بین صفر تا یک و برای تورم واریانس کمتر از دو می‌باشد. آماره تحمل کمتر از ۰/۶۳ و عامل تورم واریانس کمتر از ۱/۴ بدست آمد. با توجه به اینکه هر دو شاخص در محدوده مناسب قرار داشتند، مفروضه عدم هم‌خطی چندگانه تأیید شد. برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین- واتسون[4] استفاده شد. حد مطلوب برای آماره این آزمون بین ۱/۵ تا ۲/۵ است. در پژوهش حاضر، آماره دوربین- واتسون ۱/۶ بدست آمد و از حد مطلوب کمتر بود. بنابراین، وجود این مفروضه نیز تأیید شد. در نهایت، نتایج مدل اولیه پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است.



نمودار ۲: مدل مفهومی پژوهش

1. multicollinearity
2. tolerance
3. variance inflation factor
4. Durbin–Watson

نمودار ۲ نشان داد که ارتباطات مستقیم معناداری بین متغیرها وجود داشت. در جدول ۲ شاخص‌های برازش مدل ذکر شده است.

جدول ۲: شاخص‌های برازش مدل مفهومی

شاخص	مقادیر قابل‌قبول	برآورد	نتیجه
نسبت مجذور خی‌دو به درجه آزادی ($\chi 2/df$)	< ۵	۲/۸	مطلوب
جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA)	< ۰/۱	۰/۰۷	مطلوب
شاخص نیکویی برازش (GFI)	> ۰/۹	۰/۹۴	عالی
شاخص نیکویی برازش تعدیل‌شده (AGFI)	> ۰/۹	۰/۹۲	مطلوب
شاخص توکر-لوییس (TLI)	> ۰/۹	۰/۹۳	عالی
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	> ۰/۹	۰/۹۲	مطلوب
میانگین مجذور باقیمانده‌های استانداردشده (SRMR)	<۰/۱	۰/۰۶	عالی

در مدل‌سازی معادلات ساختاری شاخص‌های برازش مختلفی وجود دارد که مهم‌ترین شاخص‌ها به‌همراه سطح مطلوب آن عبارت‌اند از: کای مربع بهنجارشده (CMIN/df) سطح مطلوب ۱ تا ۵، چهار شاخص نیکویی برازش[1] (GFI)، شاخص نیکویی برازش تعدیل‌شده[2] (AGFI)، شاخص برازش تطبیقی[3] (CFI)، و شاخص توکر-لوییس (TLI)[4] با سطح مطلوب بزرگ‌تر از ۰/۹، و دو شاخص ریشه میانگین مربعات خطای برآورد[5] (RMSEA) و ریشه میانگین مربعات باقیمانده استاندارد[6] (SRMR) با سطح مطلوب برابر یا کمتر از ۱ (کلاین، ۲۰۲۳). در مدل پژوهش، شاخص‌های ذکرشده در سطح مطلوب گزارش شدن و در ادامه و در جدول ۳ ضریب مسیرهای مدل پژوهش و معنی‌دار بودن آن‌ها ذکر شده است.

جدول ۳: ضرایب مسیرهای مدل

مسیر	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد	خطای استاندارد	مقدار بحرانی	معناداری
نشخوار فکری> آمادگی به اعتیاد	۰/۶۳	۱/۳	۰/۱۵	۸/۷	۰/۰۰۱**
آشفتگی روان‌شناختی > آمادگی به اعتیاد	۰/۱۳	۰/۴۶	۰/۰۶	۲/۴	۰/۰۲۵*
نشخوار فکری > آشفتگی روان‌شناختی	۰/۳۹	۰/۷۳	۰/۱۲	۶/۴	۰/۰۰۱**

* $p < ۰/۰۵$. ** $p \leq ۰/۰۰۱$.

1. goodness of fit index (CFI)
2. adjusted goodness of fit index (AGFI)
3. comparative fit index (CFI)
4. tucker-lewis index (TLI)
5. root mean square error of approximation (RMSEA)
6. standardized root mean square residuals (SRMR)

در جدول ۳ مسیرهای نشخوار فکری به آمادگی به اعتیاد و نشخوار فکری به آشفتگی روان‌شناختی معنی‌دار بودند (p ≤ ۰/۰۰۱). همچنین، مسیر آشفتگی روان‌شناختی به آمادگی به اعتیاد نیز در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود. به منظور بررسی نقش میانجی در مدل پژوهش، از آزمون بوت‌استروپینگ استفاده شد. در این آزمون تعداد ۲۰۰۰ نمونه با فاصله اطمینان ۹۵ درصد استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۴ گزارش شده‌است.

جدول ٤: نتایج آزمون بوت‌استروپینگ اثر غیر مستقیم مدل پژوهش

مسیر			اثر غیر مستقیم	فاصله اطمینان ۹۵٪		سطح
متغیر پیش‌بین	متغیر میانجی	متغیر ملاک		حد پایین	حد بالا	معناداری
نشخوار فکری	آشفتگی‌های روان‌شناختی	آمادگی به اعتیاد	۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۱۱	۰/۰۲۰*

* p < ۰/۰۵.

با توجه به نتایج گزارش‌شده در جدول ۴ باید اشاره نمود که نشخوار فکری هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم و از طریق میانجی‌گری آشفتگی‌های روان‌شناختی بر آمادگی به اعتیاد نوجوانان اثرگذار بود (p<۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تدوین الگوی روابط ساختاری آمادگی به اعتیاد نوجوانان براساس نشخوار فکری و نقش واسطه‌ای آشفتگی‌های روان‌شناختی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که مدل مفهومی از برازندگی مطلوبی برخوردار بود و نشخوار فکری هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم و از طریق میانجی‌گری آشفتگی روان‌شناختی بر آمادگی به اعتیاد نوجوانان اثرگذار بود. این نتایج با یافته‌های حاصل از تحقیقات پیشین (ابراهیم‌پور و همکاران، ۱۴۰۱؛ قربانی و همکاران، ۱۴۰۲؛ لی و همکاران، ۲۰۲۳؛ لیو و همکاران، ۲۰۲۴؛ تیان و همکاران، ۲۰۲۱؛ چانگ و همکاران، ۲۰۲۲؛ ارسلان، ۲۰۲۴؛ لیان و همکاران، ۲۰۲۱؛ و کانگ و کیم، ۲۰۲۱) همسو است. در تبیین این یافته‌ها باید اشاره نمود که اعتیاد یک بیماری جسمانی- روانی- اجتماعی و یکی از معضلات اساسی زندگی بشری است. مسئله‌ای که در شکل‌گیری آن عوامل متعدد زیست‌شناختی، روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی دخالت دارند. یکی از مهم‌ترین عوامل روان‌شناختی که نتایج این

پژوهش بر نقش و تأثیر آن تأکید داشت، نشخوار فکری نوجوانان بود. نشخوار فکری یک فرآیند شناختی است که با افکار تکراری و مزاحم متمرکز بر احساسات یا رویدادهای منفی گذشته و مرور مکرر آن‌ها مشخص می‌شود (لی و همکاران، ۲۰۲۳).

نشخوار فکری بر مبنای مکانیسم‌های مختلفی می‌تواند بر افزایش آمادگی نوجوانان به اعتیاد به مواد مخدر اثرگذار باشد. نشخوار فکری از طریق افزایش شدت احساسات منفی و عوامل استرس‌زا ممکن است بر آمادگی برای مصرف مواد تأثیر بگذارد. افرادی که درگیر نشخوار فکری هستند عمدتاً احساس غم و اندوه، اضطراب و ناامیدی شدیدتری را تجربه می‌کنند که عاملی است که می‌تواند آن‌ها را به‌سمت راهبردهای مقابله‌ای منفی نظیر مواد مخدر سوق دهد. به این ترتیب، نوجوانان ممکن است برای فرار از نشخوار فکری و افکار و احساسات منفی ناشی از آن‌ها به مواد مخدر تمایل بیشتری نشان دهند (ابراهیم‌پور و همکاران، ۱۴۰۱).

نشخوار فکری می‌تواند بر فرآیندهای تصمیم‌گیری (مخصوصاً تصمیم‌های مرتبط با مصرف مواد) نیز تأثیر بگذارد. تحقیقات نشان داده‌است نشخوار فکری می‌تواند بر فرآیندهای کنترل تکانه و خودتنظیمی اثر گذاشته و از این طریق می‌تواند مقاومت در برابر وسوسه استفاده از مواد مخدر را چالش‌انگیز و با دشواری رو به رو سازد. این عدم کنترل بر وسوسه مصرف ممکن است چرخه نشخوار فکری و آمادگی مصرف مواد را تقویت کرده و منجربه افزایش گرایش و آمادگی نوجوانان برای مصرف مواد گردد (لی و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین، تحقیقات نشان داده است افرادی که نشخوار فکری دارند اکثراً از سطوح پایین‌تر خودکارآمدی و تاب‌آوری برخوردارند، زیرا نشخوار فکری می‌توانند منجر به شکل‌گیری احساس درماندگی و ناامیدی در فرد شده و از این‌طریق باعث بروز احساس بی‌کفایتی و ناتوانی در فرد شوند. این فقدان خودکارآمدی و تاب‌آوری نیز می‌تواند منجربه افزایش آمادگی فرد برای مصرف مواد شود، زیرا افراد ممکن است برای دوری از تجربه دوباره احساس‌های منفی درماندگی و بی‌کفایتی به مصرف مواد روی آورند.

علاوه بر این، نشـــخوار فکری در طولانی‌مدت می‌تواند منجربه شـــکل‌گیری باورهای منفی و شـــناخت‌های ناســـازگارانه فرد در مورد خود، جهان و آینده گردد. بدین معنا که درگیری مداوم فرد با تنش‌های فکری و ناتوانی در حل آن‌ها می‌تواند منجر به ایجاد باورهای منفی نظیر "*من نمی‌توانم از پس مسائل زندگی برآیم*"، "*من آدم ناتوانی هستم*" و غیره گردد. این باورهای منفی نیز به نوبه خود می‌توانند موجب ایجاد ناامیدی و افسردگی در فرد شوند، عاملی که خود می‌تواند باعث افزایش تمایل فرد به مصرف مواد به عنوان راهی برای مقابله با آن احســـاســـات منفی گردد. از ســـوی دیگر، همین عامل نیز می‌تواند بر مهارت‌های نظم‌بخشی هیجانی و حل سازگارانه مسائل نیز اثرگذار باشد. بدین معنا که افراد دچار نشـــخوار فکری عمدتاً در حل مســـائل زندگی با چالش‌ها و تنش‌های مختلفی روبه‌رو می‌شوند، زیرا از توانمندی نظم‌بخشی هیجانی برخوردار نیستند و معمولاً از راهبردهای منفی تنظیم‌هیجانی نظیر سرکوب‌گری عاطفی، فاجعه‌سازی، سرزنش خود و مصـــرف مواد مخدر اســـتفاده می‌کنند که منجربه افزایش تنش‌های ناشـــی از آن موقعیت هیجانی شده و بر افزایش احتمال اعتیاد به مصرف مواد مخدر اثرگذار است.

از ســـوی دیگر، نتایج این تحقیق نشـــان داد که نشـــخوار فکری می‌تواند به صـــورت غیرمســـتقیم و از طریق اثرگذاری بر آشـــفتگی‌های روان‌شـــناختی نیز بر افزایش آمادگی نوجوانان به اعتیاد به مواد مخدر اثرگذار باشد. یکی از تأثیرات اولیه نشخوار فکری اثر آن بر تنظیم خلق‌وخو می‌باشـد. افرادی که درگیر نشـخوار فکری هسـتند عمدتاً روی افکار و احساسات منفی تمرکز داشته و به صورت مزمنی آن‌ها را مرور می‌کنند که این امر منجر به چرخه‌ای از عواطف منفی شـده و احتمال شـکل‌گیری اضـطراب و افسـردگی را افزایش می‌دهد (لیان و همکاران، ۲۰۲۱). این بی‌نظمی یا بدتنظیمی هیجانی ناشی از نشخوار فکری می‌تواند از طریق شکل‌گیری و تشدید احساسات منفی مانع از کنار آمدن و سازگاری فرد با احساسات خود شود. از سوی دیگر، همین احساسات منفی اضطراب و افسردگی و تلاش‌های فرد برای مقابله با آن‌ها می‌تواند احتمال مصـــرف مواد مخدر را به عنوان راهی برای فرار موقت از این آشفتگی‌های عاطفی شدید افزایش دهد.

همچنین، تحقیقات متعدد نشـــان داده‌اند که نشـــخوار فکری با افزایش برانگیختگی فیزیولوژیکی از جمله افزایش ضربان قلب، فشار خون و سطح کورتیزول همراه است. این پاسخ‌های فیزیولوژیکی به نشخوار فکری می‌تواند به ایجاد مشکلاتی نظیر استرس مزمن، اضطراب و افسردگی منجر گردند. نشخوار فکری مزمن و طولانی‌مدت می‌توانند سیستم پاســـخ اســـترس بدن را مختل کرده و باعث بروز یک حالت مزمن برانگیختگی شـــوند و احتمال بروز اختلالات و مشکلات خلقی و اضطرابی را افزایش دهد (راسکیو[1] و همکاران، ۲۰۱۵). از طرف دیگر، تحقیقات تیان و همکاران (۲۰۲۱) نشـــان داد که اســـترس مزمن، آشـــفتگی‌هـای عـاطفی و اختلالات مرتبط بـا آن‌هـا می‌تواننـد در طولانی‌مـدت تعـادل انتقال‌دهنده‌های عصـــبی در مغز را مختل کرده و منجربه تغییرات در خلق و خو، ســـیســـتم انگیزه و پاداش شـوند. این تغییرات عصـبی-شـیمیایی می‌تواند افراد را در برابر احتمال ابتلا به اعتیاد آســـیب‌پذیرتر کند، زیرا آن‌ها به دنبال راه‌هایی هســـتند که باعث لذت موقت یا تسکین ناراحتی آن‌ها شود.

نشـــخوار فکری علاوه بر تـأثیرش بر تنظیم خلق‌وخو و برانگیختگی فیزیولوژیکی می‌توانـد بر روابط بین‌فردی و عملکرد اجتمـاعی نوجوانـان نیز تـأثیر بگـذارد. افرادی کـه درگیر نشـــخوار فکری هســـتند معمولاً از توانایی بالایی برای درک هیجانات و برقراری روابط معنی‌دار با دیگران برخوردار نیســـتند که منجر به احســـاس تنهایی و انزوا در آن‌ها می‌شـــود. تحقیقات کیوم[2] و همکاران (۲۰۲۳) نشـــان داد که انزوای اجتماعی و احســـاس تنهایی ناشـــی از آن می‌توانند در درازمدت باعث ایجاد اندوه، ناامیدی و اضـــطراب مزمن شـوند که از علائم اصـلی آشـفتگی‌های روان‌شـناختی هسـتند. از سـوی دیگر، همین انزوا، فقدان حمایت اجتماعی و احســـاس تنهایی و نیز آشـــفتگی‌های روان‌شـــناختی به‌دنبال آن می‌توانند تأثیر چشم‌گیری را بر احتمال مصـرف مواد مخدر داشـته باشـند، زیرا مواد مخدر می‌تواند راهی برای عدم مقابله با تنش‌های ذهنی و احسـاسـات منفی ناشـی از تنهایی افراد باشد.

1. Ruscio
2. Keum

نشـــخوار فکری همچنین می‌توانند منجر به بروز اختلالات خواب و کاهش کیفیت خواب شـوند. دراین زمینه تحقیقات مارینی[1] و همکاران (۲۰۲۱) نشـان داد که افرادی که درگیر نشـخوار فکری هسـتند ممکن اسـت در به‌خواب رفتن یا خواب طولانی‌مدت و با کیفیت مشکل داشته باشند. این کاهش کیفیت خواب می‌تواند به واسطه بیش‌برانگیختگی، کابوس‌های شبانه، اختلال در عملکرد سیستم شناختی، بهره‌گیری از داروهای خواب‌آور و افت عملکرد در بخش‌های مختلف زندگی مخصـوصـاً زندگی تحصـیلی باعث افزایش سـطح احسـاس ناامیدی و درماندگی در فرد شـده و از این‌طریق بر افزایش سـطح پریشانی‌های روان‌شناختی اثرگذار باشد. از سوی دیگر، این محرومیت از خواب با کیفیت می‌تواند از طریق بروز اختلال در عملکرد شناختی (خودتنظیمی، کنترل تکانه و نظم‌بخشی هیجانی) و تضـعیف سـیسـتم ایمنی بر افزایش احتمال ابتلا به اعتیاد به مواد مخدر اثرگذار باشند (زرگر و همکاران، ۱۳۹۲؛ باباجعفری اسفندآبادی و امینی‌منش، ۱۴۰۰).

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یکی از جدی‌ترین معضل‌های اجتماعی شناخته می‌شود. این پدیده اجتماعی به شکل قابل‌توجهی در بین اقشار مختلف مردم مخصوصاً نوجوانان و جوانان شـیوع یافته‌اسـت. ویژگی اصـلی این حالت احسـاس ناتوانی در کنترل و مدیریت مصـرف مواد مخدر اسـت که می‌تولند خطرات کاملاً جدی را برای فرد، خانواده و کل جامعه به همراه داشته باشد. پیامدهای ناسازگارانه و شیوع قابل‌ملاحظه اعتیاد به مواد مخدر در بین نوجوانان بررسی عوامل مرتبط با افزایش آمادگی و گرایش به این معضل اجتماعی را ضـروری سـاخت. به این دلیل، این مطالعه با هدف تدوین الگوی روابط سـاختاری آمادگی به اعتیاد نوجوانان براسـاس نشـخوار فکری و نقش واسـطه‌ای آشـفتگی‌های روان‌شناختی انجام شد. یافته‌های حاصل از این تحقیق نشان داد که نشخوار فکری هم به صـورت مسـتقیم و هم به صـورت غیرمسـتقیم و از طریق میانجی‌گری آشـفتگی‌های روان‌شناختی بر افزایش آمادگی و گرایش نوجوانان به مصرف مواد مخدر اثرگذار بود.

پژوهشـگران در طی انجام این تحقیق با محدودیت‌هایی مواجه بودند. نخسـتین محدودیت ناتوانی در اسـتفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصـادفی به‌شـکل مسـتقیم برای

1. Marini

انتخاب نوجوانان بود. این مسئله باعث شد تا پژوهشگران از روش نمونه‌گیری در دسترس به صورت مجازی استفاده نمایند. به همین دلیل، پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی به صورت مستقیم بهره‌گرفته شود. دیگر محدودیت این تحقیق ناتوانی در کنترل متغیرهایی مثل وضعیت هوشی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی نوجوانان بود. این موضوع می‌تواند تعمیم نتایج را با چالش‌هایی روبه‌رو سازد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده نسبت به کنترل کردن این موارد اقدام شود. ضمناً باتوجه به شیوع روزافزون مصرف مواد مخدر در بین نوجوانان و نیز با توجه به یافته‌های این تحقیق مبنی بر اثر قابل‌توجه نشخوار فکری و آشفتگی‌های روان‌شناختی بر افزایش آمادگی به اعتیاد، پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان و مشاوران علاوه بر آگاه‌سازی نوجوانان نسبت به پیامدهای مصرف مواد مخدر، نسبت به آموزش مقابله کارآمد با نشخوار فکری (از طریق آموزش سبک‌های مقابله‌ای و نظم‌بخشی هیجانی کارآمد) و آشفتگی‌های روان‌شناختی اقدام نمایند تا بدین‌صورت از بروز آن در سالیان آتی پیشگیری نمایند.

تشکر و قدردانی

در خاتمه پژوهشگران بر خود واجب می‌دانند از تمام نوجوانانی که در این مطالعه شرکت داشته و دستیابی به یافته‌های اصیل را ممکن ساختند، تقدیر و تشکر به‌عمل آورند.

منابع

ابراهیم‌پور، محمد؛ پادیاب، عبدالخالق؛ احمدی، صادق و صادقی، میثم (۱۴۰۱). پیش‌بینی اعتیادپذیری به مواد دانش‌آموزان: نقش نگرانی، نشخوار فکری و ناگویی هیجانی. *تازه‌های علوم شناختی*، ۲۴ (۱)، ۶۹-۵۶.

ارجمند داورانی، راضیه؛ موسوی‌نسب، سید محمدحسین و تاشک، آناهیتا (۱۴۰۰). بررسی مدل علی شیوه‌های فرزندپروری و آمادگی به اعتیاد مواد با نقش واسطه‌ای پرخاشگری و ناگویی خلقی. *خانواده پژوهی*، ۱۷ (۳)، ۴۵۳-۴۳۹.

اسدی، سهند؛ شریفی، نسترن و طاهری، افسانه (۱۴۰۱). روابط ساختاری ابعاد شخصیتی هورنای و تاب‌آوری با گرایش به اعتیاد در دانشجویان. *علوم روان‌شناختی*، ۲۱ (۱۱۹)، ۲۲۴۸-۲۲۳۱.

باباجعفری اسفندآبادی، علیرضا و امینی‌منش، سجاد (۱۴۰۰). پیش‌بینی خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد در بیماران تحت درمان با متادون بر اساس سرمایه روان‌شناختی، اختلال خواب و راهبردهای مقابله‌ای. *سلامت اجتماعی*، *۹*(۱)، ۱۴-۵.

باقری‌نژاد، مینا؛ صالحی‌فدردی، جواد و طباطبائی، سید محمود (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی. *مطالعات تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد*، *۱۱*(۱)، ۳۸-۲۱.

حاتمی‌نژاد، محمد؛ میردریکوند، فضل‌الله و سپهوندی، محمدعلی (۱۴۰۲). روابط ساختاری حساسیت اضطرابی و حس انسجام با آمادگی به مصرف مواد مخدر در دانشجویان: نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۷*(۷۰)، ۱۷۴-۱۴۹.

داودی، سیده مرضیه؛ ژیان باقری، معصومه؛ شکرگزار، علیرضا؛ بلیاد، محمدرضا و شاه‌نظری، مهدی (۱۴۰۳). پیش‌بینی باورهای وسوسه‌انگیز مصرف مواد در مردان مصرف‌کننده مت‌آمفتامین بر اساس پریشانی روان‌شناختی با نقش واسطه‌ای خودکارآمدی. *علوم روان‌شناختی*، *۲۳*(۱۳۳)، ۲۳۲-۲۱۵.

زرگر، یدالله؛ محمدزاده ابرهیمی، علی؛ نوروزی، زهرا و رحیمی پردنجانی، طیبه (۱۳۹۲). بررسی رابطه‌ی ساده و چندگانه‌ی بامدادگرایی و کیفیت خواب با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، *۱۲*(۴)، ۳۸۳-۳۷۵.

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

صاحبی، علی؛ اصغری، محمدجواد، و سالاری، راضیه سادات (۱۳۸۴). اعتباریابی مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی آزمون (DASS-21) برای جمعیت ایرانی. *روانشناسی تحول*، *۱*(۴)، ۳۱۲-۲۹۹.

عزتی‌زاده، پویان؛ شاه‌قلیان، مهناز؛ عبداللهی، محمدحسین و شهباز قزوینی، علی (۱۴۰۲). ارتباط هم‌جوشی شناختی و پردازش هیجانی با پریشانی روان‌شناختی در نوجوانان. *شناخت اجتماعی*، *۱۲*(۲۳)، ۱۰۵-۹۷.

قدرتی، علی؛ محمدی‌پور، محمد و مفاخری، عبدالله (۱۴۰۱). رابطه سبک‌های فرزندپروری و خودکارآمدی با گرایش به مواد مخدر در دانشجویان: نقش میانجی تکانشگری. *فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۶* (۶۳)، ۶۴-۴۳.

قربانی، پریسا؛ مرادی عباس‌آبادی، فریبا و زرندی، علیرضا (۱۴۰۲). پیش‌بینی اعتیادپذیری براساس سرمایه روان‌شناختی، نشخوار فکری و ذهن‌آگاهی دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد ورامین. *ایده‌های نوین روانشناسی، ۱۷* (۲۱).

کامکار، شبنم؛ فرخی، نورعلی؛ سلیمی بجستانی، حسین و مردانی‌راد، مژگان (۱۳۹۹). تدوین و آزمون مدل علی گرایش به اعتیاد دانشجویان براساس متغیرهای تحمل پریشانی و تمایزیافتگی با میانجی‌گری ناگویی هیجانی. *فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۴* (۵۵)، ۴۶-۲۹.

کیوانلو، صفورا؛ ذبیحی، شیما؛ رمضان‌خانی، مینا؛ بشرپور، سجاد و فائزی، مهدی (۱۴۰۲). تدوین معادلات ساختاری نشانگان ضربه عشق در دانشجویان دختر براساس آشفتگی روان‌شناختی و صفات تاریک شخصیت: نقش میانجی طرح‌واره‌های هیجانی. *مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان، ۴* (۶)، ۶۰-۴۳.

محمدی‌بنمار، علی؛ کاکاوند، علیرضا؛ زارعی، فهیمه و احمدی، مهدی (۱۴۰۲). رابطه میان استرس ادراک‌شده و اعتیاد به تلفن همراه در دوران همه‌گیری کووید-۱۹: نقش نشخوار فکری و خودکنترلی. *مطالعات روان‌شناختی، ۱۹* (۱)، ۱۰۷-۹۳.

محمودیان، علی؛ معماری‌نسب، زهرا؛ فرخی، بهاره و صباحی، پرویز (۱۴۰۱). نقش واسطه‌ای سرسختی روان‌شناختی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و آشفتگی روان‌شناختی در دوره شیوع کووید-۱۹. *تحقیقات علوم رفتاری، ۲۰* (۳)، ۵۴۰-۵۲۸.

مرادیان، صلاح و عیسی‌نژاد، امید (۱۴۰۲). بررسی رابطه حمایت خانواده با پریشانی روان‌شناختی با واسطه‌گری انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دانش‌آموزان متوسطه در کلاس‌های آنلاین. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۱۴* (۵۱)، ۱۱۲-۹۷.

نادری‌فر، نسرین؛ اکبری، بهمن و صادقی، عباس (۱۴۰۳). مدل‌یابی معادلات ساختاری رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی با گرایش به اعتیاد در نوجوانان: نقش میانجی‌گر بهزیستی هیجانی. *مجله علوم روان‌شناختی، ۲۳* (۱۳۳)، ۱۲۸-۱۱۳.

References

Apalkova, Y., Butovskaya, M. L., Shackelford, T. K., & Fink, B. (2021). Personality, aggression, sensation seeking, and hormonal responses to

challenge in Russian alpinists and special operation forces. *Personality and Individual Differences*, *169*, 110238.

Arslan, G. (2024). Psychological maltreatment and substance use among college students: Psychological distress, belongingness, and social support. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, *23*(3), 426-449.

Ceceli, A. O., Bradberry, C. W., & Goldstein, R. Z. (2022). The neurobiology of drug addiction: cross-species insights into the dysfunction and recovery of the prefrontal cortex. *Neuropsychopharmacology*, *47*(1), 276-291.

Chang, W. P., Stuart, H., & Chen, S. P. (2022). Alcohol use, drug use, and psychological distress in university students: Findings from a Canadian Campus Survey. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *20*(4), 2366-2381.

Cheron, J., & Kerchove d'Exaerde, A. D. (2021). Drug addiction: from bench to bedside. *Translational Psychiatry*, *11*(1), 424.

Coleman, S. E., Dunlop, B. J., Hartley, S., & Taylor, P. J. (2022). The relationship between rumination and NSSI: A systematic review and meta-analysis. *British journal of Clinical Psychology*, *61*(2), 405-443.

Flora, K. (2022). A Review of the Prevention of Drug Addiction: Specific Interventions, Effectiveness, and Important Topics. *Addiction & Health*, *14*(4), 288-295.

Kang, H. S., & Kim, B. N. (2021). The role of event-related rumination and perceived social support on psychological distress during the COVID-19 pandemic: results from greater Daegu region in South Korea. *Psychiatry Investigation*, *18*(5), 392-399.

Keles, B., McCrae, N., & Grealish, A. (2020). A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, *25*(1), 79-93.

Keum, B. T., Oliffe, J. L., Rice, S. M., Kealy, D., Seidler, Z. E., Cox, D. W., Levan, R. F., & Ogrodniczuk, J. S. (2023). Distress disclosure and psychological distress among men: The role of feeling understood and loneliness. *Current Psychology*, *42*, 10533-10542.

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

Kovács, L. N., Takacs, Z. K., Tóth, Z., Simon, E., Schmelowszky, Á., & Kökönyei, G. (2020). Rumination in major depressive and bipolar disorder–a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *276*, 1131-1141.

Li, D., Wang, D., Ren, H., Tian, Y., Chen, J., Zhu, R., ... & Zhang, X. Y. (2023). Association between rumination and drug craving in Chinese male methamphetamine use disorder patients with childhood trauma. *Child Abuse & Neglect*, *144*, 106357.

Lian, S. L., Sun, X. J., Niu, G. F., Yang, X. J., Zhou, Z. K., & Yang, C. (2021). Mobile phone addiction and psychological distress among Chinese adolescents: The mediating role of rumination and moderating role of the capacity to be alone. *Journal of Affective Disorders*, *279*, 701-710.

Liu, X., Tai, Q., Meng, F., Tian, Y., Wang, D., Fan, F., Yang, Y., Fu, F., Wei, D., Tang, S., Chen, J., Du, Y., Zhu, R., Wang, W., Liu, S., Wan, J., Zhang, W., Liang, Q., Li, Y., Wang, L., Zhou, H., & Zhang, X. (2024). The Association Between Rumination and Craving in Chinese Methamphetamine-Dependent Patients: The Masking Effect of Depression. *Substance Use & Misuse*, *59*(10), 1455-1463.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, *33*(3), 335-343.

Marini, C. M., Wilson, S. J., Nah, S., Martire, L. M., & Sliwinski, M. J. (2021). Rumination and sleep quality among older adults: examining the role of social support. *The Journals of Gerontology: Series B*, *76*(10), 1948-1959.

Marino, C., Gini, G., Vieno, A., & Spada, M. M. (2018). The associations between problematic Facebook use, psychological distress and well-being among adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *226*, 274-281.

Miller, M., Kiverstein, J., & Rietveld, E. (2020). Embodying addiction: A predictive processing account. *Brain and Cognition*, *138*, 105495.

Moulds, M. L., Bisby, M. A., Wild, J., & Bryant, R. A. (2020). Rumination in posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *82*, 101910.

Nagy, L. M., Shanahan, M. L., & Seaford, S. P. (2023). Nonsuicidal self-injury and rumination: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, *79*(1), 7-27.

Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*(1), 115-121.

Ruscio, A. M., Gentes, E. L., Jones, J. D., Hallion, L. S., Coleman, E. S., & Swendsen, J. (2015). Rumination predicts heightened responding to stressful life events in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *124*(1), 17-26.

Sharp, J., & Theiler, S. (2018). A review of psychological distress among university students: Pervasiveness, implications and potential points of intervention. *International Journal for the Advancement of Counselling*, *40*(3), 193-212.

Tian, S., Zhang, T., Chen, X., & Pan, C. W. (2021). Substance use and psychological distress among school-going adolescents in 41 low-income and middle-income countries. *Journal of Affective Disorders*, *291*, 254-260.

Watkins, E. R., & Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour Research and Therapy*, *127*, 103573.

Weed, N. C., & Butcher, J. N. (1992). The MMPI-2: Development and research issues. *Advances in Psychological Assessment*, 131-163.

Yohn, S. E., Galbraith, J., Calipari, E. S., & Conn, P. J. (2019). Shared behavioral and neurocircuitry disruptions in drug addiction, obesity, and binge eating disorder: focus on group I mGluRs in the mesolimbic dopamine pathway. *ACS Chemical Neuroscience*, *10*(5), 2125-2143.

Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 18, No. 74, P 85-106, Winter 2025

Research Article

The Structural Relationships of Perceived Social Support with Craving in Substance-Dependent Individuals Undergoing Methadone Maintenance Treatment: The Mediating Role of Anxiety Sensitivity

Mohammadreza Noroozi Homayoon[1], Esmaeil Sadri Damirchi[2], Masoud Sadeghi[3], Mohamad Hatami Nejad[4]

Received: 2024/05/15 Accepted: 2025/04/29

Abstract

Objective: The present study aimed to investigate the mediating role of anxiety sensitivity in the relationship between perceived social support and craving in substance-dependent individuals undergoing methadone maintenance treatment. **Method:** This was a descriptive-correlational study using structural equation modeling. The statistical population included all substance-dependent patients visiting methadone maintenance treatment centers in Khorramabad city in 2023. Sample size was determined based on the general rule of thumb by Kline (2015). Considering 12 observable variables and the possibility of attrition, a sample size of 220 individuals was selected using the convenience method sampling. The research tools included the anxiety sensitivity index, the multidimensional scale of perceived social support, and the craving questionnaire. Data were analyzed using Pearson's correlation in SPSS-26 and structural equation modeling in AMOS-24. **Results:** Perceived social support had a significant direct and negative effect on craving, while anxiety sensitivity showed a significant direct and positive effect on craving. Furthermore, anxiety sensitivity significantly mediated the relationship between perceived social support and craving. Overall, the results indicated that the research model had a good fit. **Conclusion:** Anxiety sensitivity as a mediating variable can weaken the effects of social support on reducing craving. Therefore, it is suggested that therapeutic interventions focusing on strengthening social support networks and reducing anxiety sensitivity, such as teaching coping skills, should be designed and implemented to help decrease craving and increase the effectiveness of maintenance treatment.

Keywords: Anxiety sensitivity, Perceived social support, Methadone maintenance treatment, Craving

1. Ph.D. Student, Department of Counseling, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
2. Professor, Department of Counseling, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.
4. Corresponding Author: Ph.D. Student, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: hataminejad.m@ut.ac.ir

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هجدهم، شماره هفتاد و چهارم، ص۱۰۶-۸۵، زمستان ۱۴۰۳

مقاله پژوهشی

روابط ساختاری حمایت اجتماعی ادراک‌شده با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگه‌دارنده با متادون: نقش میانجی حساسیت اضطرابی

محمدرضا نوروزی همایون[۱]، اسماعیل صدری دمیرچی[۲]، مسعود صادقی[۳]، محمد حاتمی نژاد[۴]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۰۹

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی حساسیت اضطرابی در روابط بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگه‌دارنده با متادون انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل همه بیماران وابسته به مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمان نگه‌دارنده با متادون شهرستان خرم‌آباد در سال ۱۴۰۲ بود. برای تعیین حجم نمونه، از قاعده کلی کلاین (۲۰۱۵) استفاده شد. با در نظر گرفتن ۱۲ متغیر قابل مشاهده و پیش‌بینی ریزش احتمالی، تعداد ۲۲۰ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب به روش نمونه‌گیری در دسترس شدند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه حساسیت اضطرابی، پرسش‌نامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده و پرسش‌نامه ولع مصرف بود داده‌ها با روش همبستگی پیرسون در نرم‌افزار SPSS-26 و روش مدل‌سازی معادلات در نرم‌افزار AMOS-24 و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** حمایت اجتماعی ادراک‌شده اثر مستقیم و منفی معناداری بر ولع مصرف داشت، در حالی که حساسیت اضطرابی اثر مستقیم و مثبت معناداری بر ولع مصرف نشان داد. علاوه بر این، حساسیت اضطرابی نقش واسطه‌ای معناداری در رابطه‌ی میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ولع مصرف ایفا کرد. به طورکلی، نتایج نشان داد که مدل پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار بود. **نتیجه‌گیری:** حساسیت اضطرابی به عنوان یک متغیر میانجی می‌تواند اثرات حمایت اجتماعی بر کاهش ولع مصرف را تضعیف کند. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود مداخلات درمانی با تمرکز بر تقویت شبکه‌های حمایت اجتماعی و کاهش حساسیت اضطرابی مانند آموزش مهارت‌های مقابله‌ای طراحی و اجرا شوند تا به کاهش ولع مصرف و افزایش اثربخشی درمان نگه‌دارنده کمک شود.

کلیدواژه‌ها: حساسیت اضطرابی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، درمان نگه‌دارنده با متادون، ولع مصرف

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲. استاد، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.

۴. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری،گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران. تهران، ایران. پست الکترونیک: hataminejad.m@ut.ac.ir

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر در جهان امروز از اساسی‌ترین معضلات پیش‌روی جامعه بشری است که نسبت به سال‌های گذشته افزایش چشمگیری داشته و آمار جمعیتی افراد وابسته به مواد در حال افزایش است (عبد- الزاید[1]، ۲۰۲۳؛ میر[2] و همکاران، ۲۰۲۴). اعتیاد عبارت است از مصرف مکرر یک دارو یا ماده‌ای شیمیایی که بر زمینه‌های متعدد عملکرد افراد تأثیر گذاشته و حتی مانعی بزرگی برای مداخلات روان‌درمانی محسوب می‌شود (چوماخیدزه[3] و همکاران، ۲۰۲۳). شدت اعتیاد را می‌توان مصرف طولانی مدت انواع مواد و افزایش مشکلات ناشی از مصرف تعریف نمود (چتری[4] و همکاران، ۲۰۲۳، حاتمی‌نژاد و همکاران، ۲۰۲۳). این بیماری با مصرف یک ماده شروع می‌شود و با گذشت زمان و به علت وابستگی بدن به آن ادامه می‌یابد، به‌گونه‌ای که فرد مصرف‌کننده تحمل مصرف نکردن آن را نداشته و در هر زمانی و برای آن‌که بتواند شرایط عادی و روزانه خود را حفظ کند، ناچار است از آن استفاده کند (وانگ[5] و همکاران، ۲۰۲۴). با گذشت زمان، رفتار جستجوی مواد حالتی اجباری پیدا کرده و به علت تأثیرات سمی طولانی مدت بر عملکرد مغز، دامنه وسیعی از بدکارکردی‌های رفتاری، روان‌شناختی، اجتماعی و فیزیولوژیکی ایجاد می‌شود که منجر به تشدید علائم اعتیاد و نقص در انجام رفتار و عملکرد طبیعی در خانواده، محیط کاری و در سطح وسیع‌تر جامعه می‌شود (دبناث[6] و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین، ضرورت شناسایی و مقابله با عوامل تشدیدکننده اعتیاد امری ضروری است.

یکی از متغیرهایی که در پژوهش حاضر فرض می‌شود که با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگه‌دارنده با متادون مرتبط باشد، حمایت اجتماعی ادراک‌شده[7] است. حمایت اجتماعی به میزان محبت، همراهی و توجهی اطلاق می‌شود که فرد از اطرافیان خود ازجمله اعضای خانواده، دوستان و سایرین دریافت می‌کند و شامل احساس

1. Abd-Elsayed
2. Mir
3. Chomakhidze
4. Chhetri
5. Wang
6. Debnath
7. perceived social support

تعلق به یک اجتماع و اطمینان داشتن به این موضوع است که اطرافیان برای او ارزش قائل‌اند و مورد توجه دیگران هستند (روگر و جانسون[1]، ۲۰۲۴). بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته، افزایش حمایت اجتماعی با افزایش توانایی در مدیریت ارتباطات اجتماعی، افزایش توانایی تصمیم‌گیری در شرایط تنش‌زا و استفاده از سبک‌های مقابله‌ی کارآمد، و افزایش ایمنی در دلبستگی نوجوانان موجب کاهش خطر عضویت در گروه‌های پرخطر و گرایش به اعتیاد می‌شود (عقدکی و صدیقی ارفعی، ۱۴۰۲). بنابراین، حمایت اجتماعی ادراک‌شده ارتباط نزدیکی با مواد مخدر در بهبود و کنترل آن دارد. پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی در کاهش خطر مصرف مواد مخدر نقش ایفا کند. به عنوان مثال، در پژوهش ارسلان[2] (۲۰۲۴) به اهمیت احساس تعلق و حمایت اجتماعی ادراک‌شده اشاره شده و اهمیت آن را برجسته ساخته است. مک‌کلوم[3] و همکاران (۲۰۲۴) نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی ادراک‌شده به ویژه از طرف خانواده و دوستان می‌تواند ارتباط بین تجربیات نامطلوب دوران کودکی و مشکلات مربوط به الکل را کاهش دهد و به طور بالقوه خطرات مصرف مواد مضر را در بزرگسالان نوظهور کاهش دهد. آقاخانی و همکاران (۲۰۲۳) نیز نشان دادند که حمایت اجتماعی ادراک‌شده در درمان نگه‌دارنده متادون با کاهش خطرات مصرف مواد و با بهبود عملکرد اجتماعی، جسمی و روانی همراه می‌باشد. ژانگ[4] و همکاران (۲۰۲۴) نیز نشان دادند که سطح بالای حمایت اجتماعی با تأثیرات عاطفی مثبت در بین مصرف‌کنندگان مواد مخدر مرتبط است و به طور بالقوه به بهبودی آن‌ها کمک می‌کند و خطر مصرف مواد را کاهش می‌دهد. اسلام[5] و همکاران (۲۰۲۳) نیز نشان دادند که حمایت اجتماعی ادراک‌شده در بهبود مصرف مواد بسیار مهم است و به عنوان یک عامل محافظتی عمل کرده و نقش مهمی در کاهش خطر مصرف مواد مخدر و کمک به بهبودی دارد.

1. Rueger & Johnson
2. Arslan
3. McCollum
4. Zhang
5. Islam

یکی از متغیرهای دیگری که در این پژوهش فرض بر آن اســت که می‌تواند با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگه‌دارنده با متادون مرتبط باشد، حساسیت اضطرابی[1] است. حساسیت اضطرابی متغیری شناختی است که به تفاوت‌های فردی وابسته اســت (حاتمی‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۳؛ متز[2] و همکاران، ۲۰۲۴) و در برخی از پژوهش‌ها متغیری است که شامل سه زیر مؤلفه است شامل نگرانی‌های جسمی، شناختی و اجتماعی می‌باشــد (چوروت[3] و همکاران، ۲۰۲۳) که شــیوع آن نیز رو به افزایش اســت (ملکام[4] و همکاران، ۲۰۲۴). این ســازه به عنوان هراس داشــتن از اضــطراب و احســاســات مشــابه آن تعریف شــده اســت و نشــان‌دهنده گرایش فرد به فاجعه‌ســازی درباره احســاســات مرتبط با هراس اســت (ویتکرفت[5] و همکاران، ۲۰۲۴). این حســاســیت همچنین به تمایل فرد برای تفسیر منفی و تهدیدآمیز علائم اضطراب و هیجان‌های مشابه آن اشاره دارد (حاتمی‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۲؛ بوهم[6] و همکاران، ۲۰۲۳). این حساسیت به این معناست که فرد نسبت به علائم فیزیکی اضــطراب مانند تپش قلب یا تعریق واکنش بیش از حد نشــان می‌دهد (حاتمی‌نژاد و همکاران، ۲۰۲۴) و آن‌ها را به عنوان نشانه‌ای از اتفاقات ناگوار یا مشکلات جدی شــبیه به علائم تروما تلقی می‌کند (چیو[7] و همکاران، ۲۰۲۴). این ســازه شــناختی می‌تواند منجر به افزایش اضــطراب و حتی تشــدید اختلالات اضــطرابی و دیگر مشــکلات روانی شــود (لو[8] و همکاران، ۲۰۲۴). به طور کلی، این مفهوم در تحقیقات به عنوان عاملی شــناخته می‌شــود که احتمال رفتارهای پرخطر مانند مصــرف مواد مخدر یا الکل را افزایش می‌دهد (بورد[9]، ۲۰۲۰). بر این اســاس، حســاســیت اضــطرابی به عنوان یک نیروی بالقوه روان‌شناختی در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند آمادگی به مصرف مواد مخدر را پیش‌بینی نماید (اور[10] و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهش‌های بســیاری حکایت از اهمیت حســاســیت اضطرابی در افراد وابسته به مواد مخدر داشته‌اند. به عنوان مثال، در پژوهش زوولنسکی[11] و

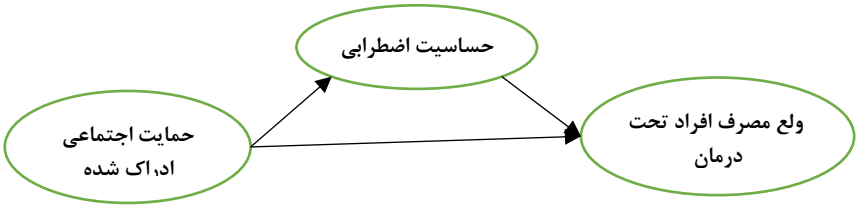
1. anxiety sensitivity
2. Metts
3. Chorot
4. Melkam
5. Witcraft
6. Boehm
7. Chiu
8. Luo
9. Board
10. Orr
11. Zvolensky

همکاران (۲۰۲۴) نشان داده شد که کنترل حساسیت اضطرابی در افرادی که هم از سیگار و هم شاهدانه برای بهبود نتایج ترک سیگار طولانی مدت استفاده می‌کنند، بسیار حائز اهمیت است. دلاروکا[1] و همکاران (۲۰۲۳) حساسیت به اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال مصرف هروئین تحت درمان آگونیست اپیوئیدی را برجسته کرده و بر ارتباط آن با جنبه‌های بالینی مرتبط با اعتیاد و آسیب‌شناسی روانی تأکید می‌کنند. لیبیوت[2] و همکاران (۲۰۲۴) نیز نشان دادند که حساسیت اضطرابی بر مقابله با انگیزه نوشیدن و شدت مصرف الکل در بین دانشجویان تأثیر می‌گذارد و رابطه بین حساسیت اضطرابی و مصرف مواد را برجسته می‌کنند. گیبرسون[3] و همکاران (۲۰۲۳) نیز نشان دادند که بین حساسیت اضطرابی و مصرف مواد مخدر ارتباط نزدیکی وجود دارد. گویلوت[4] و همکاران (۲۰۲۴) نیز نشان دادند که حساسیت اضطرابی در نوجوانان با مصرف مواد مرتبط است.

اعتیاد به مواد مخدر یکی از چالش‌های مهم جوامع بشری است که تأثیرات مخربی بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد دارد. درمان نگه‌دارنده با متادون با وجود اثربخشی نسبی با محدودیت‌ها و مشکلاتی همراه است که می‌تواند تمایل افراد به ادامه درمان را کاهش دهد. از سوی دیگر، ولع مصرف مواد و دشواری در مدیریت آن خصوصا در شرایط درمان نگه‌دارنده از عوامل اصلی شکست در ترک اعتیاد محسوب می‌شود. حمایت اجتماعی ادراک‌شده به عنوان یک منبع روان‌شناختی نقشی کلیدی در کاهش ولع مصرف و تقویت پایبندی به درمان دارد، در حالی‌که حساسیت اضطرابی متغیری شناختی-هیجانی می‌باشد که می‌تواند این اثرات را تضعیف کند و به افزایش ولع مصرف منجر شود. با توجه به افزایش نگرانی‌ها درباره ناکارآمدی درمان نگه‌دارنده در برخی موارد و نیاز به بهبود کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد، شناسایی روابط ساختاری بین حمایت اجتماعی، حساسیت اضطرابی و ولع مصرف از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هدف از این پژوهش بررسی این روابط و شناسایی مکانیزم‌های تأثیرگذار بر ولع مصرف است تا از طریق درک عمیق‌تر این متغیرها بتوان مداخلات روان‌شناختی هدفمندتری طراحی کرد

1. Della Rocca
2. Lebeaut
3. Giberson
4. Guillot

که نه تنها حمایت اجتماعی را تقویت کند، بلکه با کاهش حساسیت اضطرابی موفقیت درمان و کیفیت زندگی افراد تحت درمان را بهبود بخشد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند به ارائه راهکارهایی عملی برای ارتقای کارآمدی درمان‌های موجود و کاهش نرخ بازگشت به مصرف مواد کمک کند. شکل ۱ مدل مفهومی پژوهش حاضر را توجیه می‌نماید.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر توصیفی - همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران وابسته به مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمان نگه‌دارنده با متادون شهرستان خرم‌آباد در سال ۱۴۰۲ بود. حجم نمونه بر اساس قاعده سرانگشتی کلاین[1] (۲۰۱۵) برای تحلیل مدل‌سازی معادلات ساختاری به ازای هر متغیر قابل مشاهده ۱۰ الی ۲۰ نمونه لازم است و همچنین با توجه به اینکه حداقل حجم نمونه برای استفاده از تحلیل معادلات ساختاری ۲۰۰ نفر می‌باشد، حجم نمونه با احتساب ریزش نمونه و تعمیم دهی بهتر ۲۲۰ مرد با روش نمونه‌گیری در دسترس تعیین گردید. ملاک‌های ورود شامل داشتن سواد خواندن و نوشتن، تحت درمان بودن با متادون، رضایت آگاهانه، عدم وجود اختلالات روان‌پزشکی حاد و درمان‌های دارویی و روان‌شناختی بود. ملاک خروج از پژوهش شامل تکمیل نکردن پرسش‌نامه و عدم همکاری در پژوهش بود. هدف پژوهش، محرمانه بودن نتایج و امکان داوطلبی بودن شرکت در پژوهش به درمان‌جویان مراجعه‌کننده به مراکز درمان نگه‌دارنده توضیح داده

1. Kline

شـــد. در این مطالعه، داده‌ها با روش همبســـتگی پیرســـون در نرم‌افزار SPSS-22 و روش مدلسازی معادلات ساختاری در نرم‌افزار AMOS-24 تحلیل شدند.

ابزار

۱- پرسش‌نامه ولع مصرف[1]: این پرسش‌نامه با محوریت ولع مصرف به عنوان یک حالت انگیزشی توسط فرانکن[2] و همکاران (۲۰۰۲) طراحی گردید. این پرسش‌نامه ولع مصرف مواد دوره‌ای را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه شامل ۱۴ سؤال است که سه خرده مقیاس عامل تمایل و قصد نسبت به مصرف مواد (سؤالات ۱، ۲، ۱۲ و ۱۴)، میل به مصرف و تقویت منفی یا باور به رفع مشکلات زندگی و کسب لذت هم‌زمان با مصرف مواد (سؤالات ۴، ۶، ۷، ۹ و ۱۱) و لذت یا شدت فقدان کنترل (سؤالات ۳، ۶، ۸، ۱۰ و ۱۳) را در برمی‌گیرد. این پرسش‌نامه در یک مقیاس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) الی کاملاً موافقم (۷) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات این مقیاس به این صورت است که کمترین نمره ۱۴ و بیشترین نمره ۹۸ است و به این صورت تفسیر می‌شود که نمرات هرچه به سقف نزدیک شوند نشان‌دهنده ولع مصرف بیشتر است و هرچه به حد پایین نزدیک شوند نشان‌دهنده ولع مصرف کمتر است. فرانکن و همکاران (۲۰۰۲) اعتبار کلی این پرسش‌نامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و برای زیر مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۰ و ۰/۷۵ گزارش نمودند. همچنین بیان نمودند این پرسش‌نامه از روایی همگرا و افتراقی مطلوبی برخوردار است. همسانی درونی مؤلفه‌های این پرسش‌نامه در بررسی مکری و همکاران (۱۳۸۹) در مصرف‌کنندگان انواع مختلف مواد افیونی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۹ و ۰/۴۰ و در مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۵ و ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین، روایی محتوایی این پرسش‌نامه را ۲۰ نفر از متخصصان روان‌شناسی تائید کرده‌اند (مکری و همکاران، ۱۳۸۹؛ عامری، ۱۴۰۱). در پژوهش حاضر، مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شده است.

1. desire for drug questionnaire
2. Franken

۲- مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده[1]: این پرسش‌نامه توسط زیمت[2] و همکاران (۱۹۸۸) طراحی شده و یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است که میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده فرد را در سه حوزه خانواده (سؤالات ۳، ۴، ۸ و ۱۱)، دوستان (سؤالات ۶، ۷، ۹ و ۱۲) و افراد مهم زندگی (سؤالات ۱، ۲، ۵ و ۱۰) ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری مقیاس بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۷ است. کمترین نمره در این پرسش‌نامه ۱۲ و بیشترین ۸۴ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده حمایت اجتماعی ادراک‌شده بیشتر است. روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) در حد مطلوب ۰/۷۹ گزارش شده است. بشارت (۱۳۸۶) روایی مقیاس را به روش تحلیل عاملی مورد تائید قرار داد و همچنین پایایی مقیاس را برای سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش کرد. پایایی این ابزار در پژوهش حاضر از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بود.

۳- پرسش‌نامه حساسیت اضطرابی[3]: این مقیاس ۱۶ سؤالی حساسیت اضطرابی برای ارزیابی تفاوت‌های فردی در زمینه‌ی حساسیت اضطرابی است (فلوید[4] و همکاران، ۲۰۰۵). خرده مقیاس‌های این ابزار شامل ترس از نگرانی‌های بدنی (سئوالات ۳-۴-۶-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۴)، ترس از نداشتن کنترل شناختی (سئوالات ۲-۱۲-۱۵-۱۶) و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (سئوالات ۱-۵-۷-۱۳) است و بر مبنای طیف پنج درجه‌ای لیکرت (خیلی کم=۱ تا خیلی زیاد=۵) محاسبه می‌گردد و حداقل نمره ممکن ۱۶ و حداکثر ۸۰ خواهد بود. این سنجه دارای ثبات درونی، پایایی آزمون -بازآزمون و اعتبار همگرای مناسبی با سایر سنجه‌های اضطرابی هستند (تیلور[5] و همکاران، ۲۰۰۷). این مقیاس توسط فروغی و همکاران (۲۰۱۹) روی دانشجویان اعتباریابی شد و با روش‌های همسانی درونی، بازآزمایی و تحلیل عاملی تأییدی انجام شده است. اعتبار شاخص تجدیدنظر شده‌ی حساسیت اضطرابی از طریق اجرای هم‌زمان آن با فهرست بازبینی و تجدیدنظر

1 . multidimensional scale of perceived social support (MSPSS)
2. Zimet
3. anxiety sensitivity index (ASI)
4. Floyd
5. Taylor

شده‌ی ۹۰ نشانگانی انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۶ به دست آمد. ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌های شاخص تجدیدنظر شده‌ی حساسیت اضطرابی با نمره‌ی کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۶۸ بود. همبستگی بین خرده مقیاس‌ها نیز بین ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ بود. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ کلی مقیاس ۰/۸۹ بود.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن ۳۵/۱۲ (۵/۰۵) سال بود. مجموع شرکت‌کنندگان ۲۲۰ نفر مرد (۱۰۰ درصد) و میانگین (انحراف معیار) مدت مصرف ۴/۲۶ (۲/۵۱) سال بود. ۳۶ نفر دارای تحصیلات خواندن و نوشتن (۱۶/۴ درصد)، ۹۷ نفر دیپلم (۴۴/۱ درصد)، ۴۱ نفر کاردانی (۱۸/۶ درصد)، ۳۴ نفر لیسانس (۱۵/۵ درصد) و ۱۲ نفر فوق‌لیسانس (۵/۵ درصد) داشتند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده‌اند.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	زیر مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	خانواده	۱۵/۸۲	۵/۳۵	۰/۲۴	۰/۷۹
	دوستان	۱۲/۲۴	۶/۲۴	۱/۰۲	۰/۸۱
	سایر افراد	۱۱/۷۶	۳/۰۸	−۰/۲۴	۰/۵۹
	نمره کل حمایت اجتماعی ادراک‌شده	۳۹/۷۹	۱۴/۶۷	۱/۲۹	۰/۷۴
حساسیت اضطرابی	ترس از نداشتن کنترل شناختی	۷/۸۸	۴/۱۲	۰/۹۴	−۰/۵۹
	ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران	۱۰/۰۲	۶/۲۷	−۰/۸۷	۱/۳۴
	ترس از نگرانی‌های بدنی	۱۷/۵۲	۸/۴۲	۰/۷۹	−۰/۳۳
	نمره کل حساسیت اضطرابی	۳۵/۴	۱۶/۹۴	۱/۰۶	۰/۵۹
ولع مصرف	تمایل به مصرف	۱۵/۹۷	۴/۸۲	۰/۸۸	−۰/۶۱
	میل به مصرف و تقویت منفی	۲۲/۳۴	۶/۲۲	−۰/۴۸	۰/۳۴
	لذت و فقدان کنترل	۲۱/۶۹	۵/۷۹	۱/۲۹	۰/۵۷
	نمره کل ولع مصرف	۵۹/۹۴	۱۶/۲۴	۱/۳۸	۰/۹۵

در جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش ارائه شده است. همچنین، در ستون‌های بعدی به کجی و کشیدگی متغیرها جهت نرمال بودن داده‌ها اشاره شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، شاخص‌های کجی و کشیدگی متغیرهای آشکار پژوهش بین ۲- الی ۲+ قرار داشتند که حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرها و مناسب بودن

آن‌ها جهت انجام مدل‌سازی معادلات ساختاری است. پیش از تحلیل داده‌ها، مفروضات مدل‌سازی معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. در همین راستا، جهت نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف[1] استفاده شد که نتایج نشان‌دهنده‌ی توزیع نرمال متغیرهای پژوهش بود (**p**>۰/۰۵). با توجه به اینکه زیربنای مدل‌سازی معادلات ساختاری مبتنی بر ماتریس همبستگی نمونه است، روابط بین متغیرها در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲: ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱- خانواده	–								
۲- دوستان	۰/۶۰*	–							
۳- سایر افراد	۰/۶۰*	۰/۶۷*	–						
۴- ترس از نداشتن کنترل شناختی	-۰/۳۳*	-۰/۲۹*	-۰/۳۲*	–					
۵- ترس از مشاهده شدن اضطراب	-۰/۳۵*	-۰/۲۸*	-۰/۳۰*	۰/۶۵*	–				
۶- نگرانی بدنی	-۰/۳۳*	-۰/۳۱*	-۰/۳۵*	۰/۶۶*	۰/۶۹*	–			
۷- تمایل به مصرف	-۰/۴۰**	-۰/۳۷*	-۰/۴۳*	۰/۳۳*	۰/۳۷*	۰/۴۱*	–		
۸- میل به مصرف و تقویت منفی	-۰/۳۰*	-۰/۲۹*	-۰/۳۶*	۰/۳۰*	۰/۲۹*	۰/۳۱*	۰/۴۶*	–	
۹- لذت و فقدان کنترل	-۰/۳۱*	-۰/۲۵*	-۰/۴۰*	۰/۲۶*	۰/۲۸*	۰/۳۲*	۰/۴۵*	۰/۵۲*	–

* $p \leq ۰/۰۰۱$

نتایج جدول ۲ نشان داد که بین همه‌ی متغیرهای پژوهش همبستگی معنادار وجود داشت. جهت بررسی مفروضه‌ی عدم وجود خودهمبستگی در خطای پژوهش، از آماره‌ی دوربین-واتسون[2] استفاده شد و مقدار ۱/۶۱ به دست آمد که در بازه‌ی قابل قبول ۱/۵ تا ۲/۵ قرار داشت که تاییدکننده مفروضه‌ی عدم وجود خودهمبستگی بود. همچنین مفروضه‌ی هم‌خطی چندگانه برای متغیر پیش‌بین پژوهش با استفاده از ضریب تحمل[3] و عامل تورم واریانس[4] بررسی شد. نتایج نشان داد که مفروضه‌ی عدم وجود هم‌خطی چندگانه تائید شد، زیرا مقدار ضریب تحمل در تمامی متغیرها به ۱ نزدیک بود و مقادیر عامل تورم واریانس در همه‌ی آن‌ها از حد بحرانی ۲ کمتر بود. بررسی شاخص کفایت

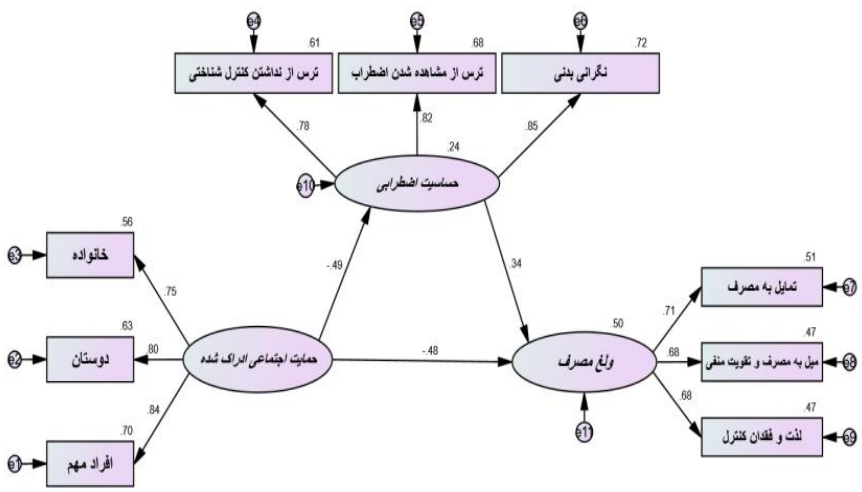
1. Kolmogorov-Smirnov test
2. Durbin-Watson
3. tolerance
4. variance inflation factors (VIF)

حجم نمونه[1] (۰/۸۶) نشان‌دهنده‌ی برآورده شدن پیش‌فرض‌های لازم جهت مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جدول ۳ شاخص‌های برازش شامل کای مربع بهنجارشده ($\chi 2/df$)، شاخص برازش تطبیقی[2] (CFI) و شاخص برازش هنجارشده[3] (NFI)، شاخص توکر-لوئیس[4] (TLI) و شاخص ریشه میانگین مربعات خطای برآورد[5] (RMSEA) برای مدل پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل پژوهش

شاخص برازندگی	X^2/df	CFI	NFI	TLI	RMSEA
مقادیر قابل‌قبول	<۳	۰/۹۰<	۰/۹۰<	۰/۹۰<	<۰/۰۸
مقادیر محاسبه‌شده	۱/۷۴	۰/۹۹	۰/۹۷	۰/۹۸	۰/۰۴۴

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بر اساس معیار هو و بنتلر[6] (۱۹۹۹) مدل از برازش مطلوبی برخوردار بود. ضرایب استاندارد مسیرهای مدل مفهومی در شکل ۲ نشان داده شده است.



شکل ۲: مدل نهایی پژوهش

جدول ۴ اثرات مستقیم میان متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

1. kaiser-meyer-olkin (KMO)
2. comparative fit index (CFI)
3. normed fit index (NFI)
4. tucker-lewis index (TIL)
5. root mean square error of approximation (RMSEA)
6. Hu & Bentler

جدول ٤: ضرایب استاندارد و غیراستاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	ضریب بتا	t	خطای استاندارد	مقدار بحرانی	معنی‌داری	نتیجه
حمایت اجتماعی	ولع مصرف	۰/۴۸-	۰/۳۹-	۰/۰۶	۶/۷۳-	۰/۰۰۱*	تائید
حساسیت اضطرابی	ولع مصرف	۰/۳۴	۰/۲۵	۰/۰۵	۵/۰۸	۰/۰۰۱*	تائید
حمایت اجتماعی	حساسیت اضطرابی	۰/۴۹-	۰/۵۵-	۰/۰۷	۸/۰۶-	۰/۰۰۱*	تائید

*p ≤۰/۰۰۱

همان‌گونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود ضرایب مسیر مربوط به اثر متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بودند. در ادامه، به منظور آزمون معناداری نقش واسطه‌ای حساسیت اضطرابی در رابطه‌ی میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده با ولع مصرف افراد تحت درمان از آزمون بوت‌استروپینگ[1] با ۲۰۰۰ نمونه استفاده شد.

جدول ٥: نتایج آزمون بوت‌استروپینگ اثر غیرمستقیم مدل پژوهش

مسیر غیرمستقیم	اثر غیرمستقیم	حد بالا	حد پایین	سطح معناداری
حمایت اجتماعی ادراک‌شده← حساسیت اضطرابی← ولع مصرف	۰/۱۶-	۰/۱۸-	۰/۴۱-	۰/۰۰۱*

*p ≤۰/۰۰۱

طبق نتایج جدول ۵، با توجه به اینکه حد بالا و پایین دربرگیرنده عد صفر نمی‌باشند، مسیر غیرمستقیم تائید شد. به عبارت دیگر، حساسیت اضطرابی به‌صورت جزئی نه کلی قادر به میانجی‌گری معنادار میان متغیرهای پیش‌بین و ملاک بود. همچنین، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و حساسیت اضطرابی در مجموع ۵۰ درصد از واریانس ولع مصرف افراد تحت درمان نگه‌دارنده را تبیین کردند

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی روابط ساختاری حمایت اجتماعی ادراک‌شده با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگه‌دارنده با متادون با نقش میانجی حساسیت اضطرابی بود. یافته اول پژوهش حاضر نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک‌شده با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگه‌دارنده با متادون ارتباط مستقیم و منفی

1. bootstrapping

داشت. این یافته با نتایج یافته‌های ارسلان (۲۰۲۴)، مک‌کلوم و همکاران (۲۰۲۴)، آقاخانی و همکاران (۲۰۲۳)، ژانگ و همکاران (۲۰۲۴) و اسلام و همکاران (۲۰۲۳) همسو است. در تبیین این یافته این‌گونه می‌توان اذعان داشت که در تبیین منطقی و تخصصی یافته‌های مربوط به ارتباط منفی بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ولع مصرف مواد چندین عامل روان‌شناختی و اجتماعی را می‌توان به طور جامع مورد توجه قرار داد. نخست، حمایت اجتماعی به عنوان یکی از مهم‌ترین منابع روان‌شناختی به شکل‌گیری حس امنیت و اطمینان در فرد کمک می‌کند(حاتمی‌نژاد و نوفرستی، ۱۴۰۳). این حمایت باعث می‌شود که فرد کمتر به جستجوی تسکین هیجانی از طریق مصرف مواد مخدر تمایل پیدا کند، زیرا نیازهای هیجانی و عاطفی او از طریق روابط اجتماعی سالم و مثبت تأمین می‌شوند(آقاخانی و همکاران، ۲۰۲۳). فردی که احساس می‌کند در اجتماع خود جایگاه مثبتی دارد و در زمان‌های دشوار از حمایت دیگران برخوردار است، کمتر به مکانیسم‌های ناسالم نظیر مصرف مواد برای مقابله با استرس و تنش‌های روانی روی می‌آورد (ارسلان، ۲۰۲۴). ضمن اینکه، حمایت اجتماعی نقشی کلیدی در تقویت عزت نفس و احساس ارزشمندی فرد ایفا می‌کند (نوروزی همایون و همکاران، ۱۴۰۳). افراد وابسته به مواد مخدر اغلب از کاهش عزت نفس و احساس بی‌ارزشی رنج می‌برند که یکی از عوامل اصلی تمایل به ادامه مصرف مواد است. با تقویت شبکه‌های حمایتی و افزایش روابط مثبت با دیگران این احساسات منفی کاهش یافته و فرد به جای جستجوی تسکین موقت از طریق مواد مخدر می‌تواند به توسعه راهبردهای سالم‌تر برای مدیریت احساسات خود بپردازد(آقاخانی و همکاران، ۲۰۲۳). در حقیقت، حمایت اجتماعی نه تنها به عنوان یک منبع عاطفی، بلکه یک منبع شناختی است که باعث می‌شود فرد دیدگاه‌های سازنده‌تری نسبت به خود و مشکلاتش داشته باشد(آقاخانی و همکاران، ۲۰۲۳؛ اسلام و همکاران، ۲۰۲۳). از سوی دیگر، حمایت اجتماعی توانایی فرد را برای مقابله با فشارهای اجتماعی و محیطی افزایش می‌دهد. افرادی که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار هستند معمولاً دارای شبکه‌های ارتباطی گسترده‌تری هستند که به آن‌ها کمک می‌کند در مواجهه با محرک‌ها و موقعیت‌های وسوسه‌انگیز رفتارهای منطقی‌تری اتخاذ کنند(ارسلان، ۲۰۲۴).

در شـرایطی که فرد به دلیل فشـارهای اجتماعی و محیطی در معرض خطر مصـرف دوباره مواد قرار دارد حمایت اجتماعی می‌تواند به او کمک کند تا به جای تسـلیم شـدن در برابر ولع مصـرف به اسـتراتژی‌های سـالم و کارآمد برای مقاومت در برابر این وسـوسـه‌ها روی آورد (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه بر این، حمایت اجتماعی یک عامل محافظتی می‌باشد که می‌تواند احساس تنهایی و انزوای فرد که از عوامل خطر مهم برای ولع مصرف مواد مخدر محسـوب می‌شـود را کاهش دهد. افرادی که در شـبکه‌های حمایتی قوی قرار دارند کمتر دچار احسـاسـات انزوا و طردشـدگی می‌شـوند که این احسـاسـات اغلب محرک‌های قوی برای اسـتفاده از مواد جهت فرار از واقعیت‌های ناخوشـایند و پرتنش می‌باشـند. به همین دلیل، حمایت اجتماعی می‌تواند به طور غیر مسـتقیم با کاهش احسـاس تنهایی و افسردگی به کاهش ولع مصرف مواد منجر شود. نهایتاً، حمایت اجتماعی می‌تواند به تقویت اراده و خودکنترلی افراد کمک کند. زمانی که فرد در محیطی قرار دارد که دیگران او را تشـویق می‌کنند و از او حمایت می‌کنند این حس تقویت می‌شـود که او می‌تواند بر چالش‌های مربوط به ترک مواد غلبه کند. این حمایت به فرد کمک می‌کند تا نه تنها از نظر عاطفی و شـناختی در برابر میل به مصـرف مقاومت کند، بلکه از نظر رفتاری نیز پایبند به استراتژی‌های درمانی خود باشد.

همچنین، نتایج یافته‌های فرضیه دوم نیز نشان داد که حساسیت اضطرابی با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگه‌دارنده با متادون ارتباط مستقیم و مثبتی داشت. این یافته با نتایج یافته‌های اور و همکاران (۲۰۲۳)، زوولنسـکی و همکاران (۲۰۲۴)، دلاروکا و همکاران (۲۰۲۳)، لیبیوت و همکاران (۲۰۲۴)،گیبرسـون و همکاران (۲۰۲۳) وگویلوت و همکاران (۲۰۲۴) همخوان اسـت. در تبیین این یافته این‌گونه می‌توان اذعان داشـت که حسـاسـیت اضـطرابی متغیری شـناختی-هیجانی اسـت که نقش قابل توجهی در شـدت ولع مصرف مواد ایفا می‌کند. حساسیت اضطرابی به معنای ترس از نشانه‌های اضطراب و تفسیر آن‌ها به عنوان نشـانه‌های خطرناک جسـمانی یا روانی اسـت (فلوید و همکاران، ۲۰۰۵). در افراد وابسـته به مواد، این حسـاسـیت می‌تواند به شـکل فاجعه‌سـازی و افزایش ترس از نشـانه‌های بدنی اضـطراب عمل کند و به افزایش ولع مصـرف منجر شـود (گیبرسـون و

همکاران، ۲۰۲۳). این افراد معمولاً به دلیل حساسیت اضطرابی بالا علائم اضطراب خود را تهدیدکننده تلقی کرده و به مصـــرف مواد به عنوان یک راهبرد فوری و نادرســـت برای کـاهش اضـــطراب و تســـکین علائم روی می‌آورنـد (حـاتمی‌نژاد و همکـاران، ۱۴۰۲). حساسیت اضطرابی فرد را به سمت این باور سوق می‌دهد که علائم اضطرابی ناشی از عدم مصـرف مواد به مراتب خطرناک‌تر ازآنچه واقعاً هسـتند می‌باشـد (اور و همکاران، ۲۰۲۳). در نتیجه، ولع مصرف به عنوان یک مکانیزم دفاعی برای اجتناب از تجربه بیشتر اضطراب یا حملات وحشـــت تقویت می‌شـــود. این مســـئله خصـــوصـــا در محیط‌های فشـــارزا و موقعیت‌هایی که فرد تحت درمان نگه‌دارنده با متادون اسـت برجسته‌تر می‌شـود، زیرا این افراد به دلیل ترس از عوارض ناشـــی از ترک به مصـــرف مواد مخدر روی می‌آورند تا از تجربه‌های ناخوشـایند اجتناب کنند. از سـوی دیگر، حسـاسـیت اضـطرابی می‌تواند منجر به افزایش افکار فاجعه‌آمیز و دوری از موقعیت‌هایی شـــود که فرد احســـاس می‌کند ممکن اسـت موجب تشـدید اضـطراب گردد (گویلوت و همکاران، ۲۰۲۴). در این میان، مصـرف مواد به عنوان راهی برای مدیریت این موقعیت‌های اضـــطرابی به شـــمار می‌رود. این رفتار اجتنابی چرخه‌ای منفی ایجاد می‌کند که در آن مصـــرف مواد نه تنها به کاهش موقت اضـطراب منجر می‌شـود، بلکه ولع مصـرف را نیز تقویت می‌کند، زیرا فرد از علائم بدنی اضـطراب بیشـتر می‌ترسـد و برای کنترل آن به مصـرف مواد وابسـته می‌شـود. نهایتاً، نقش حسـاسـیت اضـطرابی در این چرخه معیوب با تأثیرات منفی آن بر سـیسـتم‌های شـناختی و روان‌شـناختی افراد درگیر در درمان‌های نگه‌دارنده با متادون نیز مرتبط اسـت. حسـاسـیت اضـــطرابی بالا می‌تواند فرد را از اســـتفاده از روش‌های مقابله‌ای مؤثر مانند مهارت‌های شـــناختی-رفتاری بازداری کند و به جای آن ولع مصـــرف را به عنوان پاســـخی ســـریع و غیرمنطقی به اضـطراب تشـدید کند (حاتمی‌نژاد و همکاران، ۲۰۲۵). بر اسـاس مطالب ارائه شـده، نتایج پژوهش حاضـر نشـان داد حمایت اجتماعی ادراک‌شـده با ولع مصـرف در افراد وابسـته به مواد تحت درمان نگه‌دارنده با متادون دارای رابطه‌ای منفی و مسـتقیم بود، به این معنا که افزایش حمایت اجتماعی موجب کاهش ولع مصـــرف می‌شـــود. از ســـوی دیگر، حسـاسـیت اضـطرابی به عنوان یک متغیر میانجی رابطه‌ای مثبت با ولع مصـرف داشـت، یعنی

افزایش حساسیت اضطرابی به افزایش ولع مصرف منجر می‌شود و تأثیر حمایت اجتماعی را تضعیف می‌کند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از روش پرسش‌نامه خودگزارشی برای جمع‌آوری داده‌ها بود. این روش به دلیل اتکا به پاسخ‌های شخصی و ذهنی و تأثیر تعصبات شناختی و اجتماعی پاسخ‌دهندگان ممکن است دقت داده‌ها را کاهش دهد. همچنین، محدود بودن جامعه آماری قابلیت تعمیم نتایج به جمعیت‌های دیگر و فرهنگ‌های مختلف را کاهش می‌دهد. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به عدم کنترل کامل متغیرهای زمینه‌ای مانند وضعیت اقتصادی-اجتماعی، زمینه‌های فرهنگی و غیره اشاره کرد که می‌توانند بر نتایج تأثیرگذار باشند. برای بهبود این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از روش‌های چندجانبه مانند مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته و مشاهدات مستقیم برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود که می‌تواند به افزایش دقت و اعتبار داده‌ها کمک کند. همچنین، گسترش جامعه آماری در مناطق جغرافیایی و فرهنگی مختلف می‌تواند به افزایش قابلیت تعمیم نتایج کمک کند. علاوه بر این، پژوهشگران می‌توانند متغیرهای زمینه‌ای بیشتری را کنترل کرده و تأثیرات آن‌ها را در مدل‌های آماری خود لحاظ کنند تا تحلیل‌های دقیق‌تری به دست آید. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، چندین پیشنهاد کاربردی می‌توان ارائه داد که می‌تواند به بهبود مداخلات درمانی و کاهش ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگه‌دارنده با متادون کمک کند. ابتدا، تقویت شبکه‌های حمایتی اجتماعی از طریق مداخلات گروه درمانی و حمایت‌های خانوادگی توصیه می‌شود، زیرا حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یک عامل حفاظتی به کاهش ولع مصرف و افزایش پایبندی به درمان کمک کند. همچنین، پیشنهاد می‌شود مداخلات روان‌درمانی بر کاهش حساسیت اضطرابی تمرکز کنند. برای این منظور، استفاده از درمان‌های شناختی-رفتاری به‌ویژه در حوزه تنظیم هیجانات و اصلاح باورهای فاجعه‌آمیز در مورد علائم اضطراب به طور مؤثر می‌تواند به کاهش تأثیرات منفی حساسیت اضطرابی بر ولع مصرف منجر شود. برنامه‌های آموزشی برای تقویت مهارت‌های مقابله‌ای و ارتقای

تاب‌آوری نیز می‌توانند افراد را در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا مجهز کرده و احتمال بازگشت به مصرف مواد را کاهش دهند.

منابع

بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). *ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی مقیاس چندبعدی حمایت ادراک‌شده*. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.

حاتمی‌نژاد، محمد و نوفرستی، اعظم (۱۴۰۳). نقش جهت‌گیری مذهبی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر امیدواری با میانجی‌گری حس انسجام در دانشجویان. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۱۰ (۴)، ۴۶-۲۳.

حاتمی‌نژاد، محمد؛ میر، فضل‌الله و سپهوندی، محمدعلی (۱۴۰۳). تدوین مدل آمادگی به مصرف مواد مخدر در دانشجویان دانشگاه لرستان بر اساس حساسیت اضطرابی و هیجان‌خواهی با نقش واسطه‌ای عاطفه‌پذیری منفی: یک مطالعه توصیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۳ (۴)، ۲۳۶-۲۲۲.

حاتمی‌نژاد، محمد؛ میردریکوند، فضل‌الله و سپهوندی، محمدعلی (۱۴۰۲). روابط ساختاری حساسیت اضطرابی و حس انسجام با آمادگی به مصرف مواد مخدر در دانشجویان: نقش واسطه‌ای دشواری در تنظیم هیجان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۷ (۷۰)، ۱۷۴-۱۴۹.

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)، ۷۰-۴۷.

عقدکی، فریده و صدیقی ارفعی، فریبرز (۱۴۰۲). نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خشم در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد نوجوانان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۷ (۶۷)، ۲۴۴-۲۲۹.

مکری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ حسنی ابهریان، پیمان و گنجگاهی، حبیب (۱۳۸۹). *معتبرسازی پرسشنامه ارزیابی ولع مصرف لحظه‌ای و دوره‌ای در سوءمصرف‌کنندگان انواع مختلف مواد افیونی (کراک، هروئین و مت‌آمفتامین)*. مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

نوروزی همایون، محمدرضا؛ صادقی، مسعود؛ صدری دمیرچی، اسماعیل و حاتمی‌نژاد، محمد (۱۴۰۳). رابطه حس انسجام و حمایت اجتماعی ادراک شده با تاب‌آوری: نقش میانجی راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجانی سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۱۰(۴)، ۴۲۷-۴۰۵.

References

Abd-Elsayed, A. (Ed.). (2023). *Advanced anesthesia review*. Oxford University Press.

Aghakhani, N., Delirrad, M., & Hazrati, M. (2023). Perceived social support: an overlooked approach in methadone maintenance treatment program. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, *17*(4), e141492.

Arslan, G. (2024). Psychological maltreatment and substance use among college students: psychological distress, belongingness, and social support. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, *23*(3), 426-449.

Board, R. (2020). Clinical pearls. *American Journal of Critical Care*, *29*(3), 170.

Boehm, L. M., Bird, C. M., Warren, A. M., Danesh, V., Hosey, M. M., McPeake, J., & Powers, M. B. (2023). Understanding and managing anxiety sensitivity during critical illness and long-term recovery. *American Journal of Critical Care*, *32*(6), 449-457.

Chhetri, B., Goyal, L. M., & Mittal, M. (2023). How machine learning is used to study addiction in digital healthcare: A systematic review. *International Journal of Information Management Data Insights*, *3*(2), 100175.

Chiu, H. T. S., Low, D. C. W., Chan, A. H. T., & Meiser-Stedman, R. (2024). Relationship between anxiety sensitivity and post-traumatic stress symptoms in trauma-exposed adults: a meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, *103*, 102857.

Chomakhidze, E., Kopaliani, K., & Chkvanava, T. (2023). Addiction, as illusory-compensatory behavior. *Collection of Scientific Works of Sokhumi University*, *19*, 743-756.

Chorot, P., Valiente, R. M., & Sandín, B. (2023). The Spanish version of the childhood anxiety sensitivity index: factorial dimensions and invariance across gender in a sample of adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(4), 3045.

Debnath, S., Devi, D., & Dewsaw, A. K. (2023). A Review on drug addiction and drug abuse. *Asian Journal of Pharmaceutical Research*, *13*(3), 186-190.

Della Rocca, F., Maremmani, A. G., Bacciardi, S., Pacini, M., Lamanna, F., Tripodi, B., & Maremmani, I. (2023). Characteristics of stress sensitivity in heroin use disorder patients during their opioid agonist treatment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(5), 4566.

Floyd, M., Garfield, A., & LaSota, M. T. (2005). Anxiety sensitivity and worry. *Personality and Individual Differences*, *38*(5), 1223-1229.

Foroughi, A. A., Mohammadpour, M., Khanjani, S., Pouyanfard, S., Dorouie, N., & Parvizi Fard, A. A. (2019). Psychometric properties of the Iranian version of the anxiety sensitivity index-3 (ASI-3). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *41*(3), 254-261.

Franken, I. H., Hendriks, V. M., & van den Brink, W. (2002). Initial validation of two opiate craving questionnaires: the Obsessive Compulsive Drug Use Scale and the Desires for Drug Questionnaire. *Addictive Behaviors*, *27*(5), 675-685.

Giberson, E. R., Olthuis, J. V., & Connell, E. M. (2023). Investigating the relation between anxiety sensitivity and substance use: what are the roles of social anxiety and outcome expectancies? *Substance Use & Misuse*, *58*(13), 1634-1642.

Guillot, C. R., Pang, R. D., Vilches, J. R., Arnold, M. L., Cajas, J. O., Alemán, A. M., & Leventhal, A. M. (2024). Longitudinal associations between anxiety sensitivity and substance use in adolescents: mediation by depressive affect. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *32*(1), 90-103.

Hatami Nejad, M., Akbari, H., Amraei, K., Khaleghi Dehabadi, P., Momenzadeh, F., & Karamali, F. (2023). Investigating the relationships between sensation-seeking and addiction with accident risk among professional drivers with structural equation modeling approach. *Archives of Trauma Research*, *12*(3), 150-158.

Hatami Nejad, M., Mikaeili, N., & Sadeghi Niri, E. (2024). Modeling the role of parent-child conflict in predicting social anxiety with the mediation of anxiety sensitivity. *Journal of Family Relations Studies*, *4*(14), 4-13.

Hatami Nejad, M., Sadeghi, M., Sadri Damirchi, E., & Noroozi Homayoon, M. (2025). Examining the Influence of Alexithymia, Gender, and Age on Drug Use among Iranian Students: the Mediating Role of Emotion Regulation Difficulties. *Scientific Reports*, *15*(1), 3650.

Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *6*(1), 1-55.

Islam, M. F., Guerrero, M., Nguyen, R. L., Porcaro, A., Cummings, C., Stevens, E., & Jason, L. A. (2023). The importance of social support in recovery populations: toward a multilevel understanding. *Alcoholism Treatment Quarterly*, *41*(2), 222-236.

Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford Publications.

Lebeaut, A., Zegel, M., Healy, N. A., McGrew, S. J., Viana, A. G., & Vujanovic, A. A. (2024). Posttraumatic stress and alcohol use among Hispanic/Latinx university students: a moderated indirect effect model of

coping-related drinking and anxiety sensitivity. *Journal of Dual Diagnosis*, *20*(3), 236-250.

Luo, Y., Chen, Q., Chen, J., & Zhan, P. (2024). Development and validation of two shortened anxiety sensitive index-3 scales based on item response theory. *Humanities and Social Sciences Communications*, *11*(1), 1-7.

McCollum, D. C., Teeters, J. B., Moskal, K. R., & Woodward, M. J. (2024). Does social support moderate the association between adverse childhood experiences and substance-related problems? *Substance Use & Misuse*, *59*(2), 269-277.

Melkam, M., Demilew, D., Kassew, T., Fanta, B., Yitayih, S., Alemu, K., & Nenko, G. (2024). Anxiety disorders among youth with substance use and associated factors in Northwest Ethiopia: a community-based study. *Plos One*, *19*(3), e0300927.

Metts, A. V., Roy-Byrne, P., Stein, M. B., Sherbourne, C. D., Bystritsky, A., & Craske, M. G. (2024). Reciprocal and indirect effects among intervention, perceived social support, and anxiety sensitivity within a randomized controlled trial for anxiety disorders. *Behavior Therapy*, *55*(1), 80-92.

Mir, F., Hatami Nejad, M., Sepahvandi, M., & Omidnezhad, M. (2024). Tendency to use substances based on negative affectivity and sensation seeking with the mediating role of self-efficacy: Structural equation modeling. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 26(3), 157-164.

Orr, M. F., Heggeness, L. F., Mehta, N., Moya, J., Manning, K., Garey, L., & Zvolensky, M. J. (2023). Anxiety sensitivity and cigarette use on cannabis use problems, perceived barriers for cannabis cessation, and self-efficacy for quitting among adults with cannabis use disorder. *Addictive Behaviors*, *137*, 107509.

Rueger, S. Y., & Johnson, L. (2024). Social support in adolescence. *Encyclopedia of Adolescence*, 540-555.

Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., Abramowitz, J. S., Holaway, R. M., Sandin, B., Stewart, S. H., Coles, M., Eng, W., Daly, E. S., Arrindell, W. A., Bouvard, M., & Cardenas, S. J. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the anxiety sensitivity index-3. *Psychological Assessment*, *19*(2), 176-188.

Wang, Z., Wang, L., Yu, X., Wang, X., Zheng, Y., Hu, X., & Li, N. (2024). Effect of polysaccharide addition on food physical properties: a review. *Food Chemistry*, *431*, 137099.

Witcraft, S. M., Perry, M. M., Viana, A. G., Tull, M. T., & Dixon, L. J. (2024). A preliminary investigation of prenatal anxiety sensitivity and postpartum distress. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *69*(1), 58-63.

Zhang, Y., Liu, T., Zhang, B., Li, M., & Chao, M. (2024). The effects of social support and social prejudice on emotional affect among drug users: the mediating role of resilience. *Journal of Substance Use,* 29(6), 1070-1076.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, *52*(1), 30-41.

Zvolensky, M. J., Bakhshaie, J., Redmond, B. Y., Garey, L., De Dios, M., Cano, M. Á., & Schmidt, N. B. (2024). Anxiety sensitivity reduction-smoking cessation intervention among individuals who engage in dual cigarette and cannabis use: A secondary analysis. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, *156*, 209211.

Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 18, No. 74, P 107-130, Winter 2025

Research Article

The Effectiveness of Virtual Reality-Based Relaxation Therapy on Perceived Stress, Resilience, and Craving in Individuals with Substance Use Disorder in Residential Centers*

Navid Pouyan[1], Maryam Esfahani Asl[2], Amin Einipour[3]
Received: 2024/10/14 Accepted: 2025/04/29

Abstract

Objective: The present study investigated the effectiveness of virtual reality-based relaxation therapy on perceived stress, resilience, and craving in individuals with substance use disorder at residential centers in Andimeshk city. **Method:** This was a quasi-experimental study with a pre-test and post-test design with a control group. The study population included all individuals with substance use disorders who referred to residential centers in Andimeshk city in 2024. A total of 30 individuals were selected using convenience sampling and were randomly assigned into an experimental group (n = 15) and a control group (n = 15). Participants in both groups completed the perceived stress questionnaire, the resilience questionnaire, and the craving scale in the pre-test and post-test phases. The virtual reality-based relaxation therapy was conducted in 8 sessions of 60 minutes each. The data were analyzed using multivariate and univariate analysis of covariance. **Results:** There was a significant difference between the experimental and control groups in terms of perceived stress, resilience, and craving. Specifically, the virtual reality-based relaxation therapy led to a decrease in perceived stress and craving and an increase in resilience in the experimental group. **Conclusion:** Virtual reality-based relaxation therapy, which utilizes techniques such as breathing exercises with audio commands, lighting and color spectrums, progressive muscle relaxation, calming music combined with user-selected immersion in forests and beaches, spiritual relaxation, and restorative experiences (the joy of life and recovery) in a virtual reality environment, can be used as an effective treatment to reduce perceived stress, increase resilience, and decrease craving in men with substance use disorder.

Keywords: Relaxation, Virtual reality, Perceived stress, Resilience, Craving

---

*. This article has been extracted from the first author's master's thesis at the Islamic Azad University, Andimeshk Branch and was completed with financial support from the Drug Control Headquarters.

1. MA. Student, Department of Clinical Psychology, Andimshek Branch, Islamic Azad University, Andimshek, Iran.

2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Andimshek Branch, Islamic Azad University, Andimshek, Iran. Email: m_esfahani100@yahoo.com

3. Assistant Professor, Department of Computer-Software Engineering, Andimeshk Branch, Islamic Azad University, Andimeshk, Iran.

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی بر استرس ادراک‌شده، تاب‌آوری و وسوسه مواد در افراد با اختلال مصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز اقامتی *

نوید پویان[۱]، مریم اصفهانی اصل[۲]، امین عینی پور[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۰۹

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی بر استرس ادراک شده، تاب‌آوری و وسوسه مواد در افراد با اختلال مصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز اقامتی شهر اندیمشک پرداخت. **روش:** پژوهش حاضر نیمه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد بود که در سال ۱۴۰۳ به مراکز اقامتی شهر اندیمشک مراجعه کردند و ۳۰ نفر از آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و بصورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵) قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان در هر دو گروه پرسش‌نامه استرس ادراک‌شده، پرسش‌نامه تاب‌آوری، مقیاس وسوسه مواد را در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. درمان آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی در ۸ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد و داده‌ها با روش کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** بین گروه آزمایش و کنترل از نظر استرس ادراک‌شده، تاب‌آوری و وسوسه مواد تفاوت معناداری وجود داشت. به طور خاص، درمان آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی باعث کاهش استرس ادارک‌شده و وسوسه مواد و افزایش تاب‌آوری در گروه آزمایش شد. **نتیجه‌گیری:** درمان آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی با بهره گیری از فنونی همانند تمرینات تنفسی با فرمان های صوتی، نورپردازی و طیف رنگ‌ها، تمرین آرام‌سازی عضلانی، موسیقی آرام به همراه غوطه‌ور شدن در جنگل و ساحل به انتخاب کاربر، آرام‌سازی معنوی و تجربیات ترمیم کننده (لذت زندگی و بهبودی) در بستر واقعیت مجازی می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد برای کاهش استرس ادراک‌شده، افزایش تاب‌آوری و همچنین کاهش وسوسه مواد در مردان با اختلال مصرف مواد مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: تن‌آرامی، واقعیت مجازی، استرس ادراک شده، تاب‌آوری، وسوسه مواد

*. این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اندیمشک است و با حمایت مالی ستاد مبارزه با مواد مخدر انجام شده است.

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

۲. نویسنده مسئول: استادیار،گروه روان‌شناسی بالینی، واحد اندیمشک، دانشگاه آزاد اسلامی، اندیمشک، ایران. پست الکترونیک: m_esfahani100@yahoo.com

۳. استادیار،گروه مهندسی کامپیوتر-نرم افزار، واحد اندیمشک، دانشگاه آزاد اسلامی، اندیمشک، ایران.

مقدمه

امروزه مصـــرف مواد[1] که از تعامل محیطی و ژنتیکی مانند وضـــعیت نامطلوب روانی اجتماعی و ناهنجاری‌های تحولی ناشی می‌شود به دلیل افزایش میزان مرگ و میر، کاهش کیفیت زندگی، افزایش رفتارهای بزهکارانه به یکی از مهمترین مسائل و مشکلات مرتبط با سلامت روان تبدیل شده است (نلام[2] و همکاران، ۲۰۱۹). طبق گزارشی که بر اساس آخرین آمار شیوع اعتیاد در سال ۲۰۲۰ که توسط دفتر مبارزه با جرایم و مواد سازمان ملل متحد ارائه شده است بیش از ۲۷۰ میلیون نفر یا حدود ۲/۵ درصد از جمعیت بین ۱۵ تا ۶۴ سال از مواد مخدر از جمله حشیش کوکائین، محرک ها و گروه های شبه آمفتامین در سال گذشته استفاده کرده اند (گزارش جهانی مواد مخدر، ۲۰۲۰). اقشار مختلف جامعه به طور جدی تحت تاثیر این معضل قرار دارند، به طوری که بسیاری از زنان و مردان به ویژه از نوجوانی تا میانسالی به مصرف مواد مخدر مبتلا می شوند و به آن وابسته می‌شوند (لنگدون[3]، ۲۰۱۹).

اعتیاد[4] یک فرآیند آموخته شده با مولفه‌های روانی و جسمی است که فرد را به سمت وابستگی و ادامه مصرف سوق می‌دهد (اگیلوی و کارسون[5]، ۲۰۲۲). استرس[6] یک پاسخ فیزیولوژیکی و روان‌شناختی به تهدید ادراک شده (واقعی یا خیالی) برای بهزیستی ذهنی، جسمی یا عاطفی فرد است که به دنباله‌ای از واکنش‌ها و سازگاری‌های روانی و فیزیولوژیکی منجر می‌شود (قاسمی و اصفهانی اصل، ۱۴۰۳). استرس یکی از عواملی است که می‌تواند بر وسوسه افراد وابسته به مواد تأثیر بگذارد. استرس ادراک شده به ارزیابی افراد از موقعیت‌های استرس‌زای زندگی و نحوه درک آنها از این موقعیت‌ها به عنوان قابل کنترل یا غیر قابل کنترل اشاره دارد (برایان[7] و همکاران، ۲۰۲۲). زیرا استرس و اضطراب شدید می‌تواند بر رفتار فرد تأثیر بگذارد، توانایی او را برای حل مشکلات را کاهش دهد، و خطر بازگشت مجدد به مصرف مواد مخدر را افزایش دهد زیرا تحمل

1. substance use
2. Neelam
3. Langdon
5. Ogilvie & Carson
6. stress
7. Bryan
7. addiction

استرس ناشی از ترک در مصرف کنندگان بسیار پایین است (دیویس و روبرتس[1]، ۲۰۱۸). از طرفی دیگر، قرار گرفتن در معرض عوامل استرس‌زا ممکن است به خودی خود خوشایند نباشد و اثر اصلی در افزایش حساسیت دارویی منعکس می‌شود. بنابراین، اگر افراد خاصی نسبت به استرس بسیار حساس باشند یا احساس کنند که در محیط‌هایی قادر به کنترل کافی این عوامل استرس‌زا نیستند احتمال بیشتری وجود دارد که این افراد درگیر مصرف مواد باشند (منگما و ایونریند[2]،۲۰۲۳).

از طرفی دیگر اعتیاد به مواد مخدر مشکل مهمی است که بسیاری از جوامع با آن مواجه هستند و هر ساله هزینه زیادی دارد. پیشگیری از این مشکل مستلزم شناسایی عوامل خطر و عوامل محافظتی در برابر وابستگی به مواد است (مک‌نیل[3] و همکاران، ۲۰۲۰). امروزه دیدگاه‌های تاب‌آوری به جای کاهش عوامل خطر در جمعیت‌های در معرض خطر بر تقویت عوامل تاب‌آوری در جمعیت‌های در معرض خطر و سالم تأکید می‌کنند (ووجانوویک[4] وهمکاران، ۲۰۲۲). در رویکردهای جدید برای پیشگیری از اعتیاد بر شناسایی و ارتقای عوامل محافظتی از جمله تاب‌آوری و کاهش عوامل خطر برای حفظ سلامت روان تأکید دارند. تاب‌آوری یکی از مفاهیمی است که اخیراً در زمینه پیشگیری از اعتیاد و سایر اختلالات روانی مطرح شده و ممکن است کلید پیشگیری باشد (پویان، ۱۴۰۲). به طور کلی، تاب‌آوری شامل حفظ آرامش تحت فشار، انعطاف‌پذیری در مواجهه با موانع، اجتناب از استراتژی‌های مخرب، حفظ خوش‌بینی و احساسات مثبت در هنگام مشکلات و غلبه بر موانع درونی است. افراد تاب‌آور تمایل دارند هنگام حل مشکلات خلاقانه و انعطافپذیر فکر کنند و درجه‌ای از سلامت روان و استقلال را نشان می‌دهند (کانر و دیویدسون[5]،۲۰۰۳، خان و همکاران، ۱۴۰۱). همچنین، تاب‌آوری بالا می‌تواند در روند بهبود مصرف‌کنندگان مواد تاثیر بگذارد و میزان بازگشت آن‌ها به مصرف را کاهش دهد (شیخ‌الاسلامی وهمکاران، ۱۳۹۹). در بین افرادی که مصرف‌کننده مواد هستند، تاب‌آوری به میزان پایین‌تری وجود دارد و این افراد در برابر شرایط ناگوار و یا رویدادهای

1. Davis & Roberts
2. Mngoma & Ayonrinde
3. MacNeill
4. Vujanovic
5. Connor & Davidson

استرس‌آور ابزار مقابله کمتری دارند و از آنجا که اعتماد به خود نیز در سطح پایین‌تری قرار دارد، تاب‌آوری کمتری از خود نشان می‌دهند و نمی‌توانند با آرامش کافی با یک امر استرس‌زا برخورد کنند (طهمورسی و نصر اللهی، ۱۳۹۶). بنابراین، برای کاهش این استرس به مصرف مواد روی می‌آورند و این چرخه به خودی خود تاب‌آوری آنها را کاهش می‌دهد.

به نظر میرسد یکی از عوامل موثر بر اعتیاد و مصرف مواد وسوسه مصرف است. تحقیق در مورد رابطه بین وسوسه مصرف و مفهوم اعتیاد سابقه طولانی دارد (حسینی‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۰). کانون اصلی مشکلات اعتیاد به مواد مخدر وسوسه و اصرار شدید و گریزناپذیر بیمار برای ادامه مصرف مواد و عامل اصلی عود و شکست درمان است (لینچ[1] و همکاران، ۲۰۲۱). واژه میل یا وسوسه به عنوان یک میل شدید، فوری و غیر قابل سرکوب برای دادن جای خود به یک رفتار اعتیادآور با انگیزه‌های درونی و بیرونی که منجر به از دست دادن کنترل در بیشتر موارد می‌شود، تعریف می‌شود (گای[2] و همکاران ،۲۰۲۲). در فرایند درمان اعتیاد پس از رسیدن به حالت پرهیز، میل به تجربه مجدد اثرات ماده روانگردان قوی است. بنابراین، تشخیص و درمان این رویداد بالینی به عنوان یکی از عوامل شکست درمان اهمیت بسیاری دارد.

با توجه به اینکه اعتیاد به مواد مخدر مانند سایر بیماری‌های روانی به دلایل مؤثر متعددی ایجاد می‌شود، اگر در درمان آن تنها یک عامل با فرض تأثیر مثبت آن در نظر گرفته شود، عوامل دیگری نیز می‌توانند تأثیر این عامل را کاهش دهند (لواردی[3] و همکاران، ۲۰۲۱). اگر چه دارو درمانی یکی از رویکردهای رایج است، اما این درمان به تنهایی کافی نیست و باید از روش‌های درمانی دیگری استفاده کرد که بتوان ابعاد روان‌شناختی بیمار، روابط اجتماعی و محیطی را نیز در نظر گرفت (بروکز[4] وهمکاران، ۲۰۲۱). یکی از درمان ها غیر دارویی مرتبط با اعتیاد آرام‌سازی[5] می‌باشد که علاوه بر تأثیر مثبت و بلندمدت بر جنبه‌هایی مانند استرس، اضطراب و کیفیت خواب، یادگیری آن آسان

1. Lensch
8. Gay
3. Louvardi
4. Brooks
5. relaxation

و راحت است و می‌تواند به عنوان یک درمان مکمل در نظر گرفته شود (عسگری و همکاران، ۱۳۹۸). آرامش با متعادل کردن هیپوتالاموس خلفی و قدامی، کاهش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک و آزادسازی کاتکول آمین‌ها تنش عضلانی و اثرات نامطلوب فیزیولوژیکی را کاهش می‌دهد، فشار خون را کاهش می‌دهد، تنفس و ضربان قلب را تنظیم می‌کند و اسپاسم عضلانی ناشی از استرس را کاهش می‌دهد (یه[1] و همکاران، ۲۰۲۴). جاکوبسن[2] (۲۰۰۸) معتقد است که تن‌آرامی تکنیکی برای شل کردن عضلات بدن است و از آنجایی که ارتباط نزدیکی بین ذهن و بدن وجود دارد، هر چه فرد در بدن آرامش بیشتری داشته باشد، ذهن آرام‌تر می‌شود (ایرمایانی[3] و همکاران، ۲۰۲۰).

در سال ۱۹۷۰ اکتشافات مهمی انجام شد که منجر به تکنیک غرق شدن امروزی شد. در این تکنیک، سوژه به طور ناگهانی و لحظه‌ای در معرض یک محرک اضطراب‌زا قرار می‌گیرد (احمدی و همکاران، ۱۴۰۰). برخورد به انواع واقعی، خیالی، شهودی تقسیم می‌شود و امروزه با پیشرفت تکنولوژی نوع مجازی نیز به آن اضافه شده است (مورنا[4] و همکاران، ۲۰۲۳). امروزه با پیشرفت تکنولوژی از تکنولوژی برای درمان استفاده می‌کنند. یکی از این فناوری‌ها واقعیت مجازی است (برمو[5] و همکاران، ۲۰۲۰). در واقعیت مجازی دنیایی سه بعدی با کمک کامپیوتر ایجاد می‌شود که در آن فرد در یک محیط شبیه‌سازی شده غوطه ور می‌شود و با استفاده از حواس بینایی، شنوایی، لامسه یا سایر حواس با بیماری یا مشکل خود مواجه می‌شود. در واقع، واقعیت مجازی با غوطه‌ور کردن فرد بیمار در یک موقعیت ترسناک و تغییر ساختار اختلال فرد از طریق فرآیند عادت کردن و سکوت تقویت می‌شود و به بهبود و درمان فرد کمک می‌کند. واقعیت مجازی به این افراد کمک زیادی می‌کند که چه بسا بسیاری از مواد مخدر خطرناک می‌تواند جان یک فرد را بگیرد. از طرفی، فناوری واقعیت مجازی برای کمک به افراد با اختلال مصرف مواد به ویژه برای نسل جوان برای در امان نگه داشتن آنها از اعتیاد بسیار مفید واقع شده است (بوجیک[6] و همکاران، ۲۰۲۴).

1. Yeh
2. Jacobsen
3. Ermayani
4. Morina
5. Bermo
6. Bojić

با توجه به مطالب فوق می‌توان گفت در زمینه اعتیاد درمان‌های روان‌شناختی مختلفی از جمله آرامش‌درمانی مبتنی بر واقعیت مجازی استفاده شده است. آموزش تمدد اعصاب مبتنی بر واقعیت مجازی یک رویارویی پیچیده کاربر و درمانگر است که شامل تحریک در زمان واقعی از طریق کانال‌های حسی متعدد است. این حواس شامل بینایی، بینایی، لامسه، شنوایی و بویایی است. یک درمانگر واقعیت مجازی کاربر را در یک محیط سه بعدی کامپیوتری قرار می‌دهد که در آن تجربیات واقعی شبیه‌سازی شده و کاربر می‌تواند از طریق حواس خود با دنیای مجازی تعامل داشته باشد. گویی شخص در واقع در این دنیای مجازی است. پویان (۱۴۰۲) در پژوهشی نشان داد آموزش تن‌آرامی مبتنی بر واقعیت مجازی بر انعطاف‌پذیری کنشی و استرس ادراک شده وابستگان به مواد در حال بهبودی تاثیر گذار است. لطفی‌نیا و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی نشان دادند که آرامش واقعیت مجازی می‌تواند به طور بالقوه برای کاهش استرس در بیماران در هنگام مرگ مداخله مفیدی باشد. خدائی‌راد و عطا دخت (۱۴۰۰) در پژوهشی نشان دادند که روش واقعیت مجازی به دلیل این که باعث احساس تسلط و کارآمدی در فرد می‌شود و همچنین به دلیل قادر بودن درمانگر به کنترل محرک در این روش و حذف و اضافه‌ی محرک‌ها در صورت لزوم، روش موثر و سودمندی در درمان انواع اختلالات روانی می‌باشد. یه و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی نشان دادند که استرس نقشی کلیدی در پیش‌بینی و تشدید رفتارهای اعتیادی دارد، به ویژه در افرادی که تلاش در ترک مواد مخدر دارند. استرس درک شده نه تنها می‌تواند باعث افزایش مصرف مواد شود، بلکه می‌تواند بازگشت به مصرف را در افرادی که ترک کرده‌اند تسهیل کند. در این راستا، نگر[1] و همکاران (۲۰۲۴) نشان داده‌اند که ایجاد محیط‌هایی که به طور خاص برای افزایش احساسات مثبت، شادی و آرامش طراحی شده‌اند می‌تواند به عنوان یک روش درمانی مؤثر برای افرادی که در حال ترک سیگار یا مواد مخدر هستند، مورد استفاده قرار گیرد. این محیط‌ها به کاهش استرس و افزایش احساسات مثبت کمک می‌کنند و با تحت تأثیر قرار دادن مستقیم ذهن و روان فرد می‌توانند فرایند ترک را تسهیل کنند. این روش‌های درمانی می‌توانند شامل

1. Nègre

فعالیت‌های تفریحی، مدیتیشن، و سایر تکنیک‌های آرامش‌بخش باشند. پاردینی[1] و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی نشان دادند تکنیک آرام‌سازی پیشرونده عضلانی مرتبط با یک سناریوی شخصی شده در واقعیت مجازی می‌تواند به بهبود بهزیستی روانشناختی کمک کند و یادآوری تصاویر آرامش‌بخش را بیش از مداخله مکمل استاندارد که شامل ادغام آرام‌سازی و تصاویر هدایت شده است، تسهیل می‌کند. بورل و فورنر[2] (۲۰۲۴) در پژوهشی نشان دادند که آرامش واقعیت مجازی یک زمینه جدید و هیجان‌انگیز است که پتانسیل بهبود تاب‌آوری، کیفیت زندگی و رفاه بسیاری از افراد را دارد. جی[3] و همکاران (۲۰۲۳) در مطالعه‌ای نشان دادند که روش آرامش‌سازی همراه با فناوری واقعیت مجازی پس از مداخله به طور معناداری ولع مصرف روان‌شناختی و مقادیر اختلاف پارامترهای فیزیولوژیک را کاهش داد و این کاهش به مدت ۱ ماه در سطح پایین باقی ماند و درمان مبتنی بر آرام‌سازی می‌تواند از مشکلات رفتاری در طول دوره نوجوانی پیشگیری کند.

نتایج تحقیقات در زمینه درمان بیماری اعتیاد تأثیر مثبت آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی را نشان داده‌اند، اما در کشور ما این روش درمانی به ویژه واقعیت مجازی به وضوح برای درمان اعتیاد محدود استفاده می‌شود. علاوه بر این، در کشور ما در اکثر موارد از تصاویر ۳۶۰ درجه استفاده می‌شود، اما در این مطالعه علاوه بر تصاویر واقعی از برنامه‌های قابل تعامل نیز استفاده شده است. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی بر استرس ادراک شده، تاب‌آوری و وسوسه مواد در افراد با اختلال مصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز اقامتی شهر اندیمشک بود.

سال هجدهم، شماره ۷۴، زمستان ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 74, Winter 2025

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش نیمه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز

4. Pardini
5. Borelle & Forner
6. JI

اقامتی شـهر اندیمشـک در سـال ۱۴۰۳ بود که از این بین ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر درمان آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی دریافت کردند) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر که درمانی دریافت نکردند) قرار گرفتند. ملاک های ورود به مطالعه شامل شرکت‌کنندگانی در پژوهش بود که حداقل به مدت یکسال دارای اختلال مصرف مواد مخدر بودند، حداقل سواد خواندن و نوشـتن را داشـتند، در دامنه سـنی بین ۳۵-۲۵ سـال بودند، در مراکز بسـتری بدون دارو اقامت داشـتند. ملاک های خروج از مطالعه شـامل بیش از یک جلسـه غیبت، انصـراف از ادامه جلسات درمانی، مبتلا شدن به اختلال جسمانی که نیاز به بستری بیمارستانی داشت، دچار شدن به مشکلاتی نظیر تپش قلب، سردرد و سرگیجه در طول پژوهش، و بازگشت و عود مصـرف در حین پژوهش، بود. داده ها با اسـتفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره با نرم افزار SPSS-26 تجزیه و تحلیل شد.

در رابطه با رعایت اصول اخلاق پژوهش، این مطالعه به صورت مستقل و با هماهنگی کار گروه/ کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه اسلامی واحد دزفول در تاریخ ۱۴۰۲/۱۲/۱۴ با شناسه IR.IAU.D.REC.1402.120 اجرا شد. در این پژوهش، اصول و موازین اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه آزمودنی‌ها برای شـرکت در مطالعه، توجه به اصل رازداری، و رعایت حقوق شـرکت‌کنندگان کاملا مورد توجه قرار گرفت و پس از اتمام پژوهش درمان بصورت فشرده به گروه کنترل ارائه شد.

ابزار

۱- پرسـش‌نامه اسـترس ادراک شـده: مقیاس اسـترس ادراک شـده که توسـط کوهن[1] و همکارانش در سال ۱۹۸۳ ایجاد شـد، و به بررسـی میزان غیر قابل پیش‌بینی بودن، غیر قابل کنترل بودن و درک زنـدگی آزمودنی می‌پردازد (کوهن و همکـاران، ۱۹۸۳). این پرسش‌نامه شامل ۱۴ سوال است و بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از ۰ تا ۴ (هرگز= ۰ و همیشه = ۴) رتبه‌بندی میشود. پس از نمره‌گذاری معکوس سوالات ۴، ۵، ۶، ۷; ۹، ۱۰ و ۱ و جمع کردن تمام نمرات برای هر فرد، یک نمره اسـترس درک شـده به دسـت می‌آید

1. Cohen

(کوهن و همکاران، ۱۹۸۳). نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده استرس کمتر است. کوهن و همکاران نشان دادند که این پرسش‌نامه از پایایی بازآزمایی خوبی برخوردار است و آلفای کرونباخ در سه نمونه ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ بود. در مورد نسخه فارسی پرسش‌نامه استرس ادراک شده کوهن، در مطالعه صفایی و شکری (۱۳۹۳) آلفای کرونباخ ۰/۸۰ بود. در این پژوهش، ضریب پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ است.

۲-پرسش‌نامه تاب‌آوری: پرسش‌نامه تاب‌آوری توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) تهیه شد. تاب‌آوری به عنوان توانایی مقابله با استرس شناخته می‌شود و بنابراین هدف مهمی در درمان اضطراب، افسردگی و استرس است. این بعد نشان می‌دهد که تاب‌آوری را می توان تغییر داد و افزایش داد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). این مقیاس از ۵ خرده مقیاس تشکیل شده است: خرده مقیاس شایستگی شخصی است و کیفیت و ثبات بالا را نشان می‌دهد (شامل آیتم‌های ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۳، ۲۴ و ۲۵). خرده مقیاس دوم (شامل آیتم‌های ۶، ۷، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹ و ۲۰) اعتماد به غرایز شخص را ارزیابی می کند و تحمل احساسات منفی و اثرات استرس را نشان می‌دهد. خرده مقیاس سوم به پذیرش مثبت تغییرات و روابط ایمن می‌پردازد (شامل آیتم‌های ۱، ۲، ۴، ۵ و ۸). زیر شاخه چهارم شامل ۳ سوال (۱۳، ۲۱ و ۲۲) و گویای کنترل بود. پنجمین خرده مقیاس که تأثیرات معنوی را نشان می‌دهد با ۲ سؤال (۳ و ۹) اندازه گیری می‌شود. مقیاس کانر و دیویدسون شامل یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای است که از ۰ تا ۴ متغیر است (۰ اصلا درست نیست و ۴ همیشه درست است). نمرات بالاتر به معنای تاب‌آوری بالاتر است. این بعد نشان می‌دهد که تاب‌آوری را می‌توان تغییر داد و بهبود بخشید (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). کانر و دیویدسون مقیاس آلفای کرونباخ را ۰/۸۹ گزارش کردند. علاوه بر این، ضریب پایایی به دست آمده با روش آزمون-بازآزمایی ۰/۸۷ بود (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

۳-مقیاس وسوسه مصرف: این مقیاس یک پرسش‌نامه ۱۴ سوالی است که توسط فرانکن[1] و همکاران (۲۰۰۲) ایجاد شده است. این ابزار دارای ۳ خرده مقیاس تمایل و قصد

1. Franken

مصرف مواد، تقویت منفی و کنترل ادراک شده بر مصرف مواد است. این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (کاملاً مخالفم= ۱ تا کاملاً موافقم = ۷) تهیه شده است. نمرات پایین نشان‌دهنده تمایل به مصرف کمتر مواد است. تعداد گویه‌های مربوط به ابعاد این پرسش‌نامه به شرح زیر است: تمایل به مصرف مواد (سوالات ۹، ۶، ۴، ۱۳، ۱، ۱۲ و ۲)، تقویت منفی (سوالات ۵، ۸ و ۱۱) و کنترل درک شده بر مصرف مواد (سؤالات ۳ و ۷). فرانکن و همکاران (۲۰۰۲) با استفاده از آلفای کرونباخ اعتبار کلی این پرسش‌نامه را ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس‌های آن ۰/۷۷، ۰/۸۰ و ۰/۷۵ گزارش کردند. در پژوهش پورسیدموسایی و همکاران (۱۳۹۱)، آلفای کرونباخ کل مقیاس برای مصرف کنندگان تریاک، کراک، مت آمفتامین، هروئین کشیدنی، هروئین استنشاقی، و هروئین تزریقی به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۹۵، ۰/۹۰، ۰/۹۴، ۰/۹۴ و ۰/۹۸ بود. ضریب پایایی این پرسش‌نامه در این پژوهش با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ است.

روش اجرا

در این پژوهش پس از کسب مجوزهای لازم و با هماهنگی از مراکز اقامتی شهر اندیمشک، از افراد دارای اختلال مصرف مواد مخدر درخواست به همکاری شد و پس از انتخاب نمونه، رضایت‌نامه‌ها و پرسش‌نامه‌ها در اختیار افراد دارای اختلال مصرف مواد قرار گرفت و به هر یک از آزمودنی‌ها جهت نحوه پاسخگویی به پرسش‌نامه‌ها توضیحات لازم داده شد. جلسات آموزشی به صورت حضوری در مراکز اقامتی انجام شد. در این میان، گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. جلسات آموزشی به صورت هفتگی در ۸ جلسه‌ی ۶۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش برگزار گردید. این مطالعه بر اساس پروتکل درمانی آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی، پویان و همکاران (۱۴۰۳) بود و محتوا و دستورالعمل‌های آن توسط متخصص بالینی تایید گردیده است. به منظور رعایت موازین اخلاقی، پس از اتمام پژوهش، برای گروه کنترل درمان به صورت فشرده اجرا گردید.

جدول۱: پروتکل درمان آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی

جلسات	شرح جلسات
اول	این جلسه به معارفه، بیان روش کار و آشنایی با هدست واقعیت مجازی و محتوای آن و برقراری ارتباط مناسب میان درمانگر و درمانجو و تکنولوژی مورد استفاده اختصاص یافت.
دوم	در این جلسه پخش موسیقی آرام در محیط‌های آرام و دلنشین از طبیعت به انتخاب درمانجو(جنگل بارانی، سواحل آفتابی، بیابان، کوهستان، آبشار و رودخانه‌های آرام) درجهت آرام‌سازی کار می-شود و در انتها بازخورد گرفته شد.
سوم	در این جلسه به تمرینات تنفسی با فرمان‌های صوتی، نورپردازی و طیف رنگ ها در بستر واقعیت مجازی کار شد و تاکید بر قدرت انسان در کنترل پدیده ها شد.و در انتها بازخورد گرفته شد.
چهارم	در این جلسه تمرین رهاسازی عضلانی با فرمان‌های صوتی در بستر عینک واقعیت مجازی انجام شد و در انتها بازخورد گرفته شد.
پنجم	در این جلسه آرام‌سازی معنوی و تجربیات ترمیم کننده (لذت زندگی و بهبودی) در فضاهای معنوی و زیر صدای موسیقی با فرکانس مشخص مورد توجه قرارگرفت و در انتها بازخورد از این تجربه گرفته شد.
ششم	دراین جلسه تمرکز بر روی تجربه موسیقی آرام به همراه غوطه‌ور شدن در جنگل و ساحل و امکان تعامل با حیوانات مجازی در واقعیت مجازی بود و در انتها بازخورد از این تجربه‌ها بررسی شد.
هفتم	دراین جلسه ابتدا آرام‌سازی عضلانی با فرمان‌های صوتی در محیطی از رنگ‌های آرامش‌بخش و سپس غوطه‌وری در طبیعت با صدای پرندگان و حیوانات و تعامل با محیط آرامش‌بخش بود و در انتها بازخورد از این تجربه‌ها بررسی شد.
هشتم	در این جلسه تجربه لمس طبیعت، استشمام عطر گل‌ها، شنیدن صدای حیوانات و رودخانه و تمرینات تنفسی با دستورات صوتی در همان محیط برای ایجاد آرامش و تسکین درونی ارائه شد و در انتها بازخورد از این تجربه‌ها بررسی شد.

یافته‌ها

گروه نمونه شامل ۳۰ نفر مردان وابسته به مواد در دامنه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال بود. میانگین(انحراف معیار ±) سنی گروه آزمایش(۲۸/۴±۷/۶۴) و گروه کنترل (۶/۲۷± ۲۶/۷۳) بود. در گروه آزمایش ۱۰ نفر مجرد (۶۶/۷ درصد) و۵ نفر متاهل (۳۳/۳ درصد) و در گروه کنترل ۶ نفر مجرد (۴۰ درصد) و ۴ نفر متاهل (۲۶/۷ درصد) و ۵ نفر طلاق گرفته (۳۳/۳ درصد) بودند. از نظر وضعیت شغلی به ترتیب در گروه آزمایش ۶ نفر شاغل (۴۰

درصد) و ۹ نفر بیکار (۶۰ درصد) و در گروه کنترل ۸ نفر شاغل (۵۳/۳ درصد) و ۷ نفر بیکار (۴۶/۷ درصد) بودند. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول۲ : میانگین و انحراف معیار متغیرهای استرس ادراک شده،تاب‌آوری و وسوسه مواد در گروه‌ه آزمایش و کنترل

متغیر	عضویت گروهی	مراحل	میانگین	انحراف معیار
استرس ادراک شده	آزمایش	پیش‌آزمون	۴۳/۲۰	۰/۸۶
		پس‌آزمون	۳۸/۵۳	۰/۹۲
	کنترل	پیش‌آزمون	۴۳/۰۷	۰/۹۶
		پس‌آزمون	۴۲/۲۰	۱/۵۲
تاب‌آوری	آزمایش	پیش‌آزمون	۷۰/۸۷	۱/۵۹
		پس‌آزمون	۸۲/۲۰	۲/۲۷
	کنترل	پیش‌آزمون	۷۲/۰۰	۲/۱۷
		پس‌آزمون	۷۱/۸۰	۲/۰۰
وسوسه مواد	آزمایش	پیش‌آزمون	۷۴/۴۰	۲/۰۹
		پس‌آزمون	۶۳/۰۰	۱/۴۱
	کنترل	پیش‌آزمون	۷۵/۰۷	۱/۷۱
		پس‌آزمون	۷۳/۸۰	۲/۰۰

محتوای جدول ۲ نشـــان داد که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش وجود نداشـــت، اما در مرحله پس‌آزمون میانگین نمره گروه آزمایشی تغییرات معنی‌داری در متغیرهای پژوهش داشت. در بخش استنباطی ابتدا مفروضـــه‌های آزمون کوواریانس شـــامل نرمال بودن،آزمون باکس،آزمون لوین و شیب‌های رگرسیون انجام شد. سپس تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تحلیل تک متغیره بر روی نمرات پس‌آزمون متغیرهای پژوهش انجام شد.

جدول ۳: نتایج آزمون نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش

متغیر		گروه	درجه آزادی	آماره	سطح معناداری
استرس ادراک شده	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۰/۱۶	۰/۱۹
		کنترل	۱۵	۰/۱۳	۰/۲۰
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۰/۱۳	۰/۲۰
		کنترل	۱۵	۰/۱۳	۰/۲۰
وسوسه مواد	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۰/۲۱	۰/۰۷
		کنترل	۱۵	۰/۱۷	۰/۲۰

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در جدول ۳ نشان داد که حجم نمونه مورد نظر برای تمام متغیرها با توجه به سطوح معنی‌داری بدست آمده که بالاتر از ۰/۰۵ است (۰/۰۵ <p)، نرمال می‌باشد. جدول ۴ نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری کواریانس‌های متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ٤: نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری کواریانس‌های متغیرهای وابسته پژوهش در گروه آزمایش و گروه کنترل

پس‌آزمون	میزان باکس	۱۲/۵۳
	مقدار F	۱/۸۴
	سطح معناداری	۰/۰۹

نتایج جدول فوق نشان داد که این آزمون در هر چهار متغیر پژوهش در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود (۰/۰۵ <p) و در نتیجه پیش‌فرض برابری کواریانس‌ها تایید شد و می‌توان برای آزمون این متغیرها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده نمود. در گام بعد، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس متغیرهای پژوهش بررسی شد. عدم معناداری آماره F (۰/۰۵ <p) در این آزمون نشان‌دهنده برابری واریانس متغیرهای پژوهش است. جدول ۵ نتایج بررسی این پیش فرض را نشان می‌دهد.

جدول۵: نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس متغیرهای وابسته

متغیرها و مولفه ها		F	DF1	DF2	معناداری
استرس ادراک شده	پس‌آزمون	۰/۴۰	۱	۲۸	۰/۵۳
تاب‌آوری	پس‌آزمون	۲/۴۳	۱	۲۸	۰/۰۶
وسوسه مواد	پس‌آزمون	۰/۷۰	۱	۲۸	۰/۴۱

نتایج جدول فوق نشـــان می‌دهد که متغیرهای پژوهش همه دارای واریانس‌های برابر بودند و پیش‌فرض برابری واریانس‌ها بطور کلی در مورد متغیرها تایید شـد (p> ۰/۰۵). در این گام، نتایج آزمون همگنی شیب خط رگرسیون برای بررسی اینکه می‌توانیم از آزمون تحلیل کوواریانس در تحلیل اسـتفاده کنیم، آمده اسـت. برای اثبات همگنی شـیب خط رگرسـیون باید مقدار F تعامل بین متغیر وابسته و مستقل در دو گروه را حسـاب کنیم اگر این شاخص معنادار نباشد (p> ۰/۰۵) این پیش فرض تایید می‌شود.

جدول ٦: نتایج آزمون همگنی شیب رگرسیون در متغیرهای تحقیق

نتایج		مجموع مجذورات پیش‌آزمون	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
استرس ادراک شده	تعامل گروه * پیش آزمون	۰/۷۶	۱	۰/۷۶	۰/۲۴	۰/۶۳
تاب اوری	تعامل گروه * پیش آزمون	۰/۱۰	۱	۰/۱۰	۰/۰۶	۰/۸۱
وسوسه مواد	تعامل گروه * پیش آزمون	۰/۰۲	۱	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۹۴

در جدول شماره ۶ نتایج آزمون همگنی ضرایب رگرسیون عامل استرس ادارک شده، تاب‌آوری و وسسه مواد آورده شده است. چون F محاسبه شده برای تعامل گروه و پیش آزمون در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار نبود، بنابراین داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیونی پشتیبانی می‌کند و این فرضیه پذیرفته شد و می‌توان تحلیل کوواریانس را اجرا نمود.

جدول ۷: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی نمرات پس‌آزمون استرس ادراک شده، تاب‌آوری و وسوسه مواد در گروه‌های آزمایش و کنترل

شاخص‌ها	ارزش	مقدار F	df فرضیه	df خطا	سطح معنا-داری	اندازه اثر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۹۶	۱۷۴/۲۶	۳	۲۳	۰/۰۰۱*	۰/۹۰	۱/۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۵	۱۷۴/۲۶	۳	۲۳	۰/۰۰۱*	۰/۹۰	۱/۰۰
مقدار هتلینگ	۲۲/۷۳	۱۷۴/۲۶	۳	۲۳	۰/۰۰۱*	۰/۹۰	۱/۰۰
بزرگ‌ترین ریشه روی	۲۲/۷۴	۱۷۴/۲۶	۳	۲۳	۰/۰۰۱*	۰/۹۰	۱/۰۰

* p ≤ ۰/۰۰۱.

همان طور که در جدول ۷ مشـــاهده می‌شـــود ســـطح معناداری مربوط به هر یک از آزمون‌های اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، مقدار هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه‌روی برای تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون متغیرهای استرس ادراک شده، تاب‌آوری و وســوســه مواد در بین شــرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش‌آزمون کمتر از ۰/۰۰۱ ≥ p بود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین نمرات پس‌آزمون متغیرهای استرس ادراک شده، تاب‌آوری و وسوسه مواد گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابســـته تفاوت معناداری وجود دارد. مقدار F آن ۱۷۴/۲۶ و اندازه اثر ۰/۹۰ بود که بدین معنا می‌باشد که ۹۰ درصد تفاوت شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش و کنترل ناشی از اجرای متغیر مستقل می‌باشد. بنابراین، به صورت کلی می‌توان نتیجه گرفت که تحلیل کوواریانس چندمتغیری معنادار بود یا به عبارتی اثربخشی درمان تن‌آرامی مبتنی بر واقعیت مجازی بر استرس ادراک شده، تاب‌آوری و وسوسه مواد در افراد با اختلال مصرف مواد مراجعه کننده به مراکز اقامتی مؤثر بود.

جدول ۸: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی نمرات پس‌آزمون متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
استرس ادراک شده	پیش‌آزمون	۲/۸۸	۱	۲/۸۸	۱/۸۸	۰/۱۸	۰/۰۷	۰/۲۶
	گروه	۱۰۲/۸۳	۱	۱۰۲/۸۳	۶۷/۳۱	۰/۰۰۱*	۰/۷۱	۱/۰۰
	خطا	۴۱/۲۵	۲۷	۴۱/۲۵				
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۶/۹۵	۱	۶/۹۵	۱/۵۴	۰/۲۳	۰/۰۶	۰/۲۲
	گروه	۶۹۹/۴۰	۱	۶۹۹/۴۰	۱۵۴/۹۸	۰/۰۰۱*	۰/۸۵	۱/۰۰
	خطا	۱۲۱/۸۴	۲۷	۴/۵۱				
وسوسه مواد	پیش‌آزمون	۱/۴۵	۱	۰/۴۵	۰/۴۷	۰/۵۰	۰/۰۱	۰/۱۰
	گروه	۸۳۴/۸۵	۱	۸۳۴/۸۵	۲۷۱/۷۵	۰/۰۰۱*	۰/۹۰	۰۰/۱
	خطا	۸۲/۹۴	۲۷	۳/۰۷				

* p ≤ ۰/۰۰۱.

همان‌طور که در جدول ۸ مشاهده می‌شود نسبت F تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیر استرس ادراک شده (F= ۶۷/۳۱ و p ≤۰/۰۰۱)، برای متغیر تاب‌آوری (F=۱۵۴/۹۸، p ≤ ۰/۰۰۱)، برای وسوسه مواد (F=۲۷۱/۷۵، p ≤ ۰/۰۰۱) به دست آمد. همچنین، اندازه اثر برای متغیر استرس ادراک شده ۷۱ درصد، برای تاب‌آوری ۸۵ درصد، برای وسوسه مواد ۹۰ درصد بود، بدین معنا که ۷۱ درصد تفاوت در گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر استرس ادراک شده و ۸۵ درصد تاب‌آوری، ۹۰ درصد وسوسه مواد ناشی از اجرای متغیر مستقل بود.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی بر استرس ادراک شده، تاب‌آوری و وسوسه مواد در افراد با اختلال مصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز اقامتی شهر اندیمشک انجام شد. نتایج نشان داد که درمان آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی اثر معناداری بر استرس ادراک‌شده، تاب‌آوری و وسوسه مواد در افراد با اختلال مصرف مواد داشت. اگرچه تاکنون پژوهشی که دقیقا به این موضوع بپردازد انجام نشده است، اما این روش نیز همچون سایر روش‌های روان‌شناختی توانست سازه‌های روان‌شناختی را اصلاح نماید. نتایج این یافته با نتایج پژوهش‌های پویان (۱۴۰۲)، لطفی‌نیا و همکاران (۱۴۰۲)، یه و همکاران (۲۰۲۴) خدائی‌راد و عطا دخت (۱۴۰۰)، نگر و همکاران (۲۰۲۴)، جی و همکاران (۲۰۲۳)، بورل و فورتر(۲۰۲۴)، و پاردینی و همکاران (۲۰۲۴) همسو و هماهنگ می‌باشد.

در تبیین اثربخشی درمان آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی می‌توان گفت که این درمان می‌تواند بر کاهش استرس ادراک‌شده در افراد با اختلال مصرف مواد تأثیرگذار باشد. این روش از تکنولوژی واقعیت مجازی برای ارائه تجربیات تعاملی و تجسمی برای افراد استفاده می‌کند. درمان آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی می‌تواند به افراد کمک کند تا بهبودی در مدیریت استرس و اضطراب خود تجربه کنند. با این روش، افراد می‌توانند بهتر با استرس‌های خود مقابله کنند و احساس آرامش و تسلط بر خود را بهبود ببخشند (لطفی‌نیا و همکاران، ۱۴۰۲). درمان آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی می‌تواند

باعث شود تا افراد وابسته به مواد روحیه و انگیزه خود را تقویت کنند و احساس رضایت و خوشبختی بیشتری را تجربه کنند. همچنین، این درمان می‌تواند به افراد کمک کند تا با احساسات منفی و فشارهای روزمره بهتر کنار بیایند و به طور کلی زندگی روزمره‌شان را بهبود بخشند (یه و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین درمان آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی می‌تواند به عنوان یک روش موثر برای کاهش استرس ادراک‌شده در افراد با اختلال مصرف مواد، به خصوص زمانی که در مراکز اقامتی ارائه می‌شود، مورد استفاده قرار گیرد. این روش می‌تواند به افراد کمک کند تا با بهترین شکل ممکن با چالش‌های روزمره خود روبرو شوند و بهبودی را تجربه کنند.

در تبیین اثربخشی درمان آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی بر تاب‌آوری می‌توان گفت که درمان آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی می‌تواند باعث شود تا افراد توانایی تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری را در خود را تقویت کنند. در این روش، افراد دارای اختلال مصرف مواد می‌توانند بهتر با مواقعیت‌های استرس‌زا و وسوسه مواد مخدر مقابله کنند. همچنین، تقویت تاب‌آوری افراد می‌تواند باعث افزایش اعتماد به نفس و بهبود روابط اجتماعی آنها شود (قاسمی و اصفهانی اصل، ۱۴۰۳). از سوی دیگر، درمان آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی می‌تواند به افراد کمک کند تا بهبودی در مدیریت استرس و اضطراب خود تجربه کنند و بهتر با استرس‌های خود مقابله کنند و احساس آرامش و تسلط بر خود را تقویت کنند (نگر و همکاران، ۲۰۲۴). می‌توان گفت که درمان آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی می‌تواند به عنوان یک روش موثر برای تقویت تاب‌آوری در افراد با اختلال مصرف مواد، به خصوص زمانی که در مراکز اقامتی ارائه می‌شود، مورد استفاده قرارگیرد. این آموزش می‌تواند به افراد کمک کند تا بهتر با چالش‌های زندگی خود مقابله کنند و بهبودی در کیفیت زندگی و مدیریت بهتر از وضعیت‌های استرس‌زا و وسوسه‌های مواد مخدر خود را تجربه کنند.

در تبیین اثربخشی درمان آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی بر وسوسه مواد مخدر می‌توان گفت که درمان آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی می‌تواند به افراد کمک کند تا از وسوسه مواد مخدر آگاه شوند و به طور آگاهانه با آنها برخورد کنند. این روش

می‌تواند باعث شود این افراد بهتر از وسوسه مواد مخدر خود پیشگری کنند و الگوهای رفتاری خود را تغییر دهند و به تدریج از وابستگی به مواد مخدر فاصله بگیرند (شیخ‌الاسلامی وهمکاران، ۱۳۹۹). همچنین، درمان آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی می‌تواند مهارت‌های مدیریت وسوسه مواد خود را در افراد با اختلال مصرف مواد مخدر تقویت نماید. در این آموزش، افراد می‌توانند بهتر بفهمند که چگونه با وسوسه مواد مخدر خود مقابله کنند و راه‌های موثری برای پیشگیری از مصرف مواد مخدر پیدا کنند (پاردینی و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین، می‌توان گفت که درمان آرام‌سازی مبتنی بر واقعیت مجازی می‌تواند به عنوان یک روش موثر برای کاهش وسوسه مواد مخدر در افراد با اختلال مصرف مواد، به خصوص زمانی که در مراکز اقامتی ترک ارائه می‌شود، مورد استفاده قرار گیرد. این آموزش می‌تواند به افراد کمک کند تا با بهترین شکل ممکن با وسوسه مواد مخدر خود پیشگیری کنند.

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بود. انتخاب آزمودنی‌ها به صورت در دسترس و غیر تصادفی صورت گرفت. این مطالعه بر روی افراد با اختلال مصرف مواد شهر دزفول صورت گرفت. بنابراین، در تعمیم یافته‌ها به سایر جوامع باید جانب احتیاط رعایت گردد. در این مطالعه آموزشگر و محقق یکسان بودند و همچنین فقط افراد با اختلال مصرف ارزیابی شدند و سایر منابع اطلاعاتی که می‌توانست تغییرات آنان را تایید کند، مد نظر قرار نگرفت و تنها منبع گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه بود. بنابراین، نتایج محدود به خطاهای اندازه‌گیری ابزار پرسش‌نامه است. عدم دوره پیگیری نیز یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در سایر پژوهش‌ها نمونه‌گیری به صورت تصادفی و در سایر جوامع دیگر نیز اجرا شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود که در اجرای سایر مطالعات بعدی محقق و آموزشگر متفاوت باشند و از سایر منابع اطلاعاتی نظیر خانواده و نزدیکان به جهت تایید تغییرات استفاده گردد. برای گردآوری اطلاعات از مصاحبه و سنجش کیفی نیز استفاده شود. همچنین، اجرای دوره پیگیری جهت تداوم اثر درمان در نظر گرفته شود. در مجموع، با توجه به اثربخشی این روش بر استرس ادارک‌شده، تاب‌آوری و وسوسه مصرف مواد پیشنهاد می‌شود مشاوران

حوزه اعتیاد از این روش درمانی را برای اصلاح وضعیت استرس ادارک‌شده و وسوسه مصرف مواد و افزایش تاب‌آوری افراد با اختلال مصرف مواد و همچنین تحکیم خانواده استفاده کنند تا از این رهگذر ترک اعتیاد و یا پیشگیری از عود مجدد امکان پذیر گردد. همچنین، این نتایج تلویحا حاکی از آن است که مشاوران خانواده نیز می‌توانند از این روش برای بهبود تاب‌آوری و کاهش وسوسه مصرف مواد بهره ببرند.

منابع

احمدی، رحیم؛ حسینی نسب، سید داود و آزموده، معصومه (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتنظیمی انگیزشی و آموزش مهارت‌های هیجانی- اجتماعی بر سرزندگی تحصیلی، تاب‌آوری و درگیری تحصیلی در دانش آموزان مقطع متوسطه دوره اول دارای عملکرد تحصیلی پایین ناحیه پنج تبریز. *مجله آموزش و ارزشیابی*، *۱۴* (۵۳)، ۹۲-۶۱.

پویان، نوید (۱۴۰۲). *اثربخشی آموزش تن‌آرامی مبتنی بر واقعیت مجازی بر انعطاف‌پذیری کنشی و استرس ادراک‌شده معتادین درحال بهبودی*. پنجمین کنگره ملی انجمن علمی روانشناسی خانواده ایران - کیفیت روابط در خانواده ایرانی.

پویان، نوید؛ اصفهانی اصل، مریم و میرزاوندی، جهانگیر (۱۴۰۳). *تدوین و اعتبارسنجی پروتکل درمان آرام‌سازی مبتنی بر فناوری واقعیت مجازی*. سیزدهمین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در روانشناسی، علوم اجتماعی، علوم تربیتی و آموزشی گرجستان-تفلیس. آکادمی بین المللی علوم و مطالعات گرجستان.

حسینی‌نژاد، ناهید؛ البرزی، محبوبه و مام شریفی، پیمان (۱۴۰۰). اثربخشی مشاوره شناختی-رفتاری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (**ACT**) بر انعطاف‌پذیری روانشناختی مادران وابسته به سوءمصرف مواد. *مجله علوم روان‌شناختی*، *۲۰* (۱۰۷)، ۲۰۲۵-۲۰۱۱.

خان، ویدا؛ ایمانی، سعید؛ شکری، امید و علیزاده گورادل، جابر (۱۴۰۱). مدل‌یابی روابط علّی تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی با بهزیستی ذهنی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد: نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۶* (۶۵)، ۱۴۸-۱۲۱.

خدائی‌راد، فائزه و عطادخت، اکبر (۱۴۰۰). *مروری بر اثربخشی روش واقعیت مجازی (**VR**) بر روی درمان مشکلات روانی*. اولین همایش ملی-علمی دانشجویی روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی.

شیخ‌الاسلامی، علی؛ قمری‌کیوی، حسین و فیاضی، مینا (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۴*(۵۸)، ۳۰- ۱۱.

طهمورسی، سارا و نصر اللهی، بیتا (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر تاب‌آوری و کنترل خشم افراد معتاد در شهر تهران. *مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۳(۱۹)، ۷۷-۶۴.

طباطبایی حسینی، نیره (۱۳۹۹). درمان و بازگشت معتادان با تاثیر استرس ادراک‌شده، توانایی حل مسئله و حساسیت به طرد. *فصلنامه ایده‌های نوین روان‌شناسی*، *۷*(۱۱)، ۱۱-۱.

عسگری، پرویز؛ سیدآسیابان، سمیرا و سنگانی، علیرضا (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی تن‌آرامی و ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و عملکرد خانواده در سوءمصرف کنندگان مواد کندکننده پس از سم‌زدایی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۳*(۵۴)، ۱۶۴-۱۴۷.

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

قاسمی، سارا و اصفهانی اصل، مریم (۱۴۰۳). *اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر تاب‌آوری، خودشفقتی و احساس ارزشمندی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز اقامتی ترک اعتیاد*. دومین همایش ملی پژوهش های نوین روانشناسی، ورزش و مدیریت دانشگاه المهدی (عج) مهراصفهان.

لطفی‌نیا، شهاب؛ یاسری، آرام؛ مفید، جمشید؛ نظری، فاطمه؛ شاه کرم، هما؛ سارانی یزتپه، جعفر و کیانی مقدم، امیرسام (۱۴۰۲). *بررسی تأثیر واقعیت مجازی مبتنی بر آرامش بر استرس روانی و فیزیولوژیکی سوءمصرف‌کنندگان مواد تحت سم زدایی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

پورسیدموسایی، سیده فاطمه؛ موسوی، سید ولی الله و کافی سید موسی (۱۳۹۱). مقایسه و رابطه بین استرس با ولع مصرف در وابستگان به مواد افیونی و صنعتی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۶*(۲۴)، ۲۶- ۹.

References

Bermo, M. S., Patterson, D., Sharar, S. R., Hoffman, H., & Lewis, D. H. (2020). Virtual reality to relieve pain in burn patients undergoing imaging and treatment. *Topics in Magnetic Resonance Imaging*, *29*(4), 203-208.

Bojić, L., Agatonović, M., & Guga, J. (2024). *The immersion in the metaverse: Cognitive load and addiction. In Augmented and virtual*

reality in the metaverse (pp. 211-223). Cham: Springer Nature Switzerland.

Borelle, C., & Forner, E. (2024). Reality check. The issue of social plausibility in Virtual reality therapy with addiction patients. *Social Science & Medicine*, *344*, 116653.

Brooks, J. R., Lebeaut, A., Zegel, M., Walker, R. L., & Vujanovic, A. A. (2021). Anxiety sensitivity and suicide risk: Mindfulness as a psychological buffer for Black adults. *Journal of Affective Disorders*, *289*, 74-80.

Bryan, A. E., Kim, H. J., & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2017). Factors associated with high-risk alcohol consumption among LGB older adults: The roles of gender, social support, perceived stress, discrimination, and stigma. *The Gerontologist*, *57*(1), S95-S104.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *24*(4), 385-396.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, *18*(2), 76-82.

Davis, J. P., Berry, D., Dumas, T. M., Ritter, E., Smith, D. C., Menard, C., & Roberts, B. W. (2018). Substance use outcomes for mindfulness based relapse prevention are partially mediated by reductions in stress: Results from a randomized trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *91*, 37-48.

Ermayani, M., Prabawati, D., & Susilo, W. H. (2020). The effect of progressive muscle relaxation on anxiety and blood pressure among hypertension patients in east Kalimantan, Indonesia. *Enfermería Clínica*, *30*(7), 121-125.

Franken, I. H., Hendriks, V. M., & van den Brink, W. (2002). Initial validation of two opiate craving questionnaires: the Obsessive Compulsive Drug Use Scale and the Desires for Drug Questionnaire. *Addictive Behaviors*, *27*(5), 675-685.

Gay, A., Cabe, J., De Chazeron, I., Lambert, C., Defour, M., Bhoowabul, V., ... & Brousse, G. (2022). Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) as a promising treatment for craving in stimulant drugs and behavioral addiction: a meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, *11*(3), 624.

Jacobsen, B. (2008). *Invitation to existential psychology: A psychology for the unique human being and its applications in therapy*. John Wiley & Sons.

Ji, X., Tang, Y., Jing, L., Zhou, L., Wu, B., Deng, Y., ... & Yang, Y. (2023). Effects of a virtual reality-based motivational reinforcement+ desensitization intervention program on psychological craving and addiction memory in female MA-dependent young adults. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1114878.

Langdon, K. J., Dove, K., & Ramsey, S. (2019). Comorbidity of opioid-related and anxiety-related symptoms and disorders. *Current Opinion in Psychology*, *30*, 17-23.

Lensch, T., Clements-Nolle, K., Oman, R. F., Evans, W. P., Lu, M., & Yang, W. (2021). Adverse childhood experiences and co-occurring psychological distress and substance abuse among juvenile offenders: the role of protective factors. *Public Health*, *194*, 42-47.

Louvardi, M., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2021). The effect of stress management techniques on persons with addictive behaviors: a systematic review. *Materia Socio-Medica*, *33*(3), 213-218.

MacNeill, L., Brunelle, C., DiTommaso, E., & Skelding, B. (2020). Client characteristics and substance use patterns in different models of methadone maintenance therapy (MMT). *Journal of Substance Use*, *25*(4), 377-381.

Mngoma, N. F., & Ayonrinde, O. A. (2023). Mental distress and substance use among rural Black South African youth who are not in employment, education or training (NEET). *International Journal of Social Psychiatry*, *69*(3), 532-542.

Morina, N., Kampmann, I., Emmelkamp, P., Barbui, C., & Hoppen, T. H. (2023). Meta-analysis of virtual reality exposure therapy for social anxiety disorder. *Psychological Medicine*, *53*(5), 2176-2178.

Neelam, K., Sunil, K., Monika, M., Saurabh, S., Pankaj, K., & Mohammad, S. M. (2019). Profile and Pattern of Substance Abusers: Substance Abuse, A Global Problem. *Scholarly Journal of Psychology and Behavioral Sciences, 2*(1), 120-122.

Nègre, F., Lemercier-Dugarin, M., Gomet, R., Pelissolo, A., Malbos, E., Romo, L., & Zerdazi, E. H. (2024). Study on the efficiency of virtual reality in the treatment of alcohol use disorder: study protocol for a randomized controlled trial: E-Reva. *Trials*, *25*(1), 417.

Ogilvie, L., & Carson, J. (2022). Trauma, stages of change and post traumatic growth in addiction: A new synthesis. *Journal of Substance Use*, *27*(2), 122-127.

Pardini, S., Gabrielli, S., Olivetto, S., Fusina, F., Dianti, M., Forti, S., ... & Novara, C. (2024). Personalized virtual reality compared with guided imagery for enhancing the impact of progressive muscle relaxation training: pilot randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, *11*, e48649.

Vujanovic, A. A., Webber, H. E., McGrew, S. J., Green, C. E., Lane, S. D., & Schmitz, J. M. (2022). Distress tolerance: prospective associations with cognitive-behavioral therapy outcomes in adults with posttraumatic stress and substance use disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, *51*(4), 326-342.

World Drug Report. (2020).United Nations publication, Sales No. E.20.XI.6.

Yeh, Y. H., Zheng, M. H., Tegge, A. N., Athamneh, L. N., Freitas-Lemos, R., Dwyer, C. L., & Bickel, W. K. (2024). The phenotype of recovery XI: associations of sleep quality and perceived stress with discounting and quality of life in substance use recovery. *Quality of Life Research*, *33*(6), 1621-1632.

Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 18, No. 74, P 131-156, Winter 2025

Research Article

Career Prospects of Substance-Dependent Individuals Following a Return to Work: A Qualitative Study

Marziye Dorali[1], Yasser Rezapour Mirsaleh[2], Mojtaba Soltani[3]
Received: 2024/05/30 Accepted: 2025/04/15

Abstract

Objective: The present study aimed to investigate the job prospects of recovering substance-dependent people after returning to work. **Method:** This was a qualitative study based on a phenomenological approach. The target population included all substance-dependent individuals in Shahrekord County who were one year post-addiction rehabilitation in 2021. From this population, 15 individuals were selected using a purposive and snowball sampling method. Data were collected through semi-structured interviews, and thematic analysis was used for data analysis. **Results:** From the total data collected, three main categories were extracted: achievements, work as a factor in continued recovery, and future prospects. The job-related achievements of the substance-dependent individuals included independence, self-concept, planning, consultation, hardworking, spirituality, increased income, and the acquisition of knowledge and expertise. Work as a factor in continued recovery included the sub-category of work preventing pathological thoughts. Future prospects included the sub-categories of future career advancement, the support of others, and changing one's living environment. **Conclusion:** Based on the findings of this research, individuals recovering from addiction have gained the ability to envision a future career path. By leveraging the job support of others, financial planning, and environmental changes, these recovering individuals can facilitate their own progress and growth.

Keywords: Job prospects, Recovery, Addiction

1. MA, Department of Counseling, Ardakan University, Ardakan, Iran.
2. Corresponding Author: Associate Professor, Department of Counseling, Ardakan University, Ardakan, Iran. Email: y.rezapour@ardakan.ac.ir
3. Ph.D. in Career Counseling, Student Counseling Center, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran.

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هجدهم، شماره هفتاد و چهارم، ص۱۵۶-۱۳۱، زمستان ۱۴۰۳

مقاله پژوهشی

چشم‌اندازهای شغلی افراد وابسته به مواد بهبودیافته پس از بازگشت به شغل: یک مطالعه کیفی

مرضیه درعلی[۱]، یاسر رضاپور میرصالح[۲]، مجتبی سلطانی[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۱/۲۶

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی چشم‌اندازهای شغلی افراد وابسته به مواد بهبودیافته پس از بازگشت به شغل انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر کیفی و مبتنی بر رویکرد پدیدارشناسی بود. جامعه هدف شامل همه افراد وابسته به مواد یک سال پس از بازتوانی اعتیاد شهرستان شهرکرد در سال ۱۴۰۰ بود که ۱۵ نفر از آن‌ها به شیوه نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها با روش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و برای تحلیل داده‌ها از تحلیل مضمون استفاده شد. **یافته‌ها:** از مجموع داده‌ها،۳ مقوله اصلی تحت عنوان دستاوردها، شغل عامل تداوم بهبودی و چشم‌انداز آینده استخراج گردید. دستاوردهای شغلی افراد وابسته به مواد شامل استقلال، خودپنداره، برنامه‌ریزی، مشورت، سخت‌کوشی، معنویت، ارتقاء درآمد و کسب دانش و تخصص بود. شغل عامل تداوم بهبودی دربرگیرنده‌ی زیر مقوله‌های شغل مانع از افکار بیمارگونه بود و چشم‌اندازآینده شامل زیر مقوله‌های ارتقاء جایگاه شغلی در آینده، حمایت دیگران و تغییر محیط زندگی بود. **نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های این پژوهش، افراد بهبودیافته از اعتیاد در مسیر پیشرفت شغلی توانایی چشم‌انداز آینده شغلی را کسب کرده‌اند. افراد بهبودیافته با بهره‌گیری از حمایت شغلی دیگران، برنامه‌ریزی‌های مالی و تغییرات محیطی قادر خواهند بود که موجبات پیشرفت و رشد خود را فراهم آورند.

کلیدواژه‌ها: چشم‌اندازهای شغلی، بهبودی، اعتیاد

۱. کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران. پست الکترونیک: y.rezapour@ardakan.ac.ir

۳. دکتری مشاوره شغلی، مرکز مشاوره دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران.

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر[1] به عنوان یکی از اصلی‌ترین و جدی‌ترین مسائل اجتماعی است که تمام جنبه‌های زندگی شخص را تحت تأثیر قرار می‌دهد و پیامدهای روان‌شناختی، خانوادگی، اجتماعی را به دنبال دارد (دوی و سینگ[2]، ۲۰۲۳). اعتیاد به مواد مخدر باعث آسیب در زمینه‌های وجودی شخصیت و آسیب اجتماعی می‌شود که این امر مشکلات اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی را به دنبال دارد (مام شریفی و همکاران، ۱۳۹۹). اعتیاد به مواد مخدر و از دست دادن شغل ارتباط نزدیکی با هم دارند. افرادی که بیش از حد مواد مصرف می‌کنند بیشتر احتمال دارد که بیکار شوند و احتمال کمتری دارد که دوباره شغل خود را به دست آورند (لیندنر[3] و همکاران، ۲۰۲۴). مصرف مواد مخدر به طور مداوم می‌تواند بر مسائل شغلی تأثیر منفی بگذارد و موجب اخراج، کاهش عملکرد شغلی و غیبت از محل کار شود (درعلی و همکاران، ۱۴۰۳). با این حال، بررسی‌ها نشان داده است که افراد با سابقه قبلی وابستگی به مواد پس از ترخیص از مرکز بازپروری با مشکلاتی مواجه می‌شوند که یکی از این مشکلات یافتن شغل است که این امر می‌تواند ناشی از فقدان مهارت حرفه‌ای (شفیع[4] و همکاران، ۲۰۱۹) و ناتوانی در یافتن شغل مناسب (علی‌پور اسدآبادی و نامدارپور، ۱۴۰۲) باشد.

ازآنجایی‌که شغل بخش مهمی از بهبودی برای بسیاری از افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن ازجمله اختلالات مصرف مواد[5] است، اشتغال و داشتن شغل مناسب می‌تواند روند بهبودی افراد را تسهیل کند و سلامت روانی را افزایش دهد. همچنین، بسیاری از پیامدهای مثبت برای این افراد پیش‌بینی می‌کند و افراد شاغل در مقایسه با افراد بیکار میزان عود کمتر و نرخ پرهیز بالاتری را تجربه می‌کنند. مزایای مهم اشتغال شامل کاهش فعالیت مجرمانه، بهبود درآمد و بهبود توانایی‌ها است. بیکاری تأثیر منفی بر رفاه روانی دارد و اشتغال برای افرادی که به دنبال بهبودی هستند اولویت مهمی است (هاریسون[6] و همکاران، ۲۰۲۰).

1. substance addiction
2. Devi & Singh
3. Lindner
4. Shafie
5. substance use disorders
6. Harrison

با وجود شواهد روشن مبنی بر اهمیت اشتغال در دوران مصرف و بعد از آن، توجه به اشتغال و رشد مسیر شغلی[1] مصرف‌کنندگان امری حیاتی است. رشد مسیر شغلی از شکل‌گیری سرسختانه هویت شغلی درونی و رشد شغلی بیرونی ناشی می‌شود (هوکسترا[2]، ۲۰۱۱). رشد مسیر شغلی به جنبه‌های قابل رشد فردی مانند بروزرسانی مداوم دانش و مهارت‌ها، ارتقا توانایی و استعدادها، شایستگی افراد برای معرفی خود درصحنه‌های اجتماعی مرتبط با مشاغل و عملکرد مؤثر افراد در محیط کار مرتبط است (توماسینی[3]، ۲۰۱۵). پیشرفت شغلی از طریق ارتقاء عملکرد و توانایی فرد، افزایش دستمزد و ساعت کاری به وجود می‌آید که در نهایت منجر به ارتقاء جایگاه شغلی می‌شود (زاچر[4] و همکاران، ۲۰۱۵). رشد مسیر شغلی فردی فرآیندی است برای افزایش قابلیت اشتغال فردی به منظور تحقق شغل مورد نظر و به افراد کمک می‌کند تا آینده شغلی خود را برنامه‌ریزی کنند تا شرکت و کارکنان مربوطه بتوانند خود را به طور مطلوب توسعه دهند (نیاتی[5] و همکاران، ۲۰۲۱).

همچنین، پژوهش‌ها فرض کرده‌اند که کاهش بهره‌وری و در پی آن نتایج ضعیف شغلی ناشی از تأثیرات اختلالات مصرف مواد بر توانایی‌های شناختی مهم در محیط کار است. افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد ممکن است به دلیل تبعیض یا انگ نتایج نامطلوب شغلی را تجربه کنند. کارفرمایان ممکن است به دلیل ترس از عود و همچنین تبعیض بین افراد دارای سابقه مصرف مواد مخدر و افراد عادی از استخدام افراد بیکار با سابقه مصرف مواد دوری کنند که این مسئله بر رشد مسیر شغلی افرادی که سابقا وابستگی به مواد داشته‌اند، اثرگذار باشد (بالدوین[6] و همکاران، ۲۰۱۰). بررسی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که عواملی همچون داشتن سابقه کیفری در بین افراد با سابقه وابستگی به مواد (چینتاکریندی[7] و همکاران، ۲۰۱۵)، فقدان مهارت‌های حرفه‌ای و عدم یافتن شغل مناسب (علی‌پور اسدآبادی و نامدارپور، ۱۴۰۲) بر مسیر اشتغال و درآمد افراد تأثیر منفی

سال هجدهم، شماره ۷۴، زمستان ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 74, Winter 2025

1. career prospects
2. Hoekstra
3. Tomassini
4. Zacher
5. Niati
6. Baldwin
7. Chintakrindi

می‌گذارد. از سوی دیگر، پژوهش‌ها نشان دادند که برنامه‌ریزی شغلی (پرنگلی[1] و همکاران، ۲۰۱۸)، ایجاد فرصت‌های شغلی (معصومی، ۱۴۰۲)، تنوع در فرصت‌ها و فعالیت‌های اقتصادی (احدی و همکاران، ۱۴۰۱) و حمایت‌های دولتی از بازتوانان اعتیاد (والی و ویلیامسون[2]، ۲۰۲۳) نیز از عوامل اثرگذار بر طی شدن مسیر درمان و خروج زودهنگام از برنامه درمانی است. نتایج پژوهش شفیع و همکاران (۲۰۱۹) نیز نشان داد که نوعی از مشاوره شغلی برای مداخله در مسئله بیماری و جلوگیری از عود اعتیاد و ارتقا خودپنداره افراد با سابقه وابستگی به مواد اثرگذار بوده است. به علاوه، عواملی همچون مهارت‌های شغلی و داشتن شغل در گذشته (شیخ‌الاسلامی و همکاران، ۱۳۹۹)، افزایش امید شغلی در بین افراد در حال بهبودی (قاضی عسگر و رضاپور، ۱۴۰۲)، حمایت‌های شغلی پس از ترک اعتیاد (خمرنیا و پیوند، ۱۳۹۷)، حمایت‌های اجتماعی در راستای کسب درآمد (کاستیلو و روسرسیون[3]، ۲۰۱۹) و تجربیات کاری مثبت پس از بهبودی باعث افزایش ماندگاری بهبودی و پرهیز از عود بهبودیافتگان می‌شود. با توجه به تأثیرات فراگیر اعتیاد و اثرگذاری منفی آن بر روند ابعاد مختلف زندگی و به ویژه شغلی، توجه و بررسی به عوامل اثرگذار و موانع پیش رو در مسیر و پیشرفت شغلی در بین افراد دارای اعتیاد و بهبودیافتگان حائز اهمیت است. بر همین اساس، مطالعه حاضر با هدف پاسخ به این سؤالات از بهبودیافتگان انجام گرفته است که چشم‌اندازهای شغلی را پس از بازگشت به شغل چگونه تفسیر می‌کنند.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر کیفی و مبتنی بر تحلیل مضمون بود. جامعه آماری پژوهش حاضر افراد وابسته به مواد یک سال پس از بازتوانی اعتیاد در استان چهارمحال و بختیاری شهرستان شهرکرد بود. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت هدفمند و گلوله برفی بود. از آنجایی که در پژوهش‌های کیفی حجم نمونه قابل‌محاسبه نیست، مصاحبه‌ها تا

1. Prangley
2. Whaley & Williamson
3. Castillo & Resurreccion

رسیدن به اشباع نظری ادامه پیدا کرد. در این پژوهش، پس از مصاحبه با ۱۳ نفر داده‌ها به حالت اشباع رسید و انجام مصاحبه متوقف گردید، اما پس از اشباع، مصاحبه با دو نفر دیگر جهت پربارتر کردن مفاهیم نیز انجام شد. به طور کلی، ۱۵ نفر در پژوهش شرکت کردند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته استفاده شد و به طور میانگین هر مصاحبه حدود ۱ ساعت به طول انجامید. در روش نیمه‌ساختاریافته، سؤالات از قبل طراحی‌شده مورد استفاده قرار می‌گیرند که هدف آن کسب اطلاعات عمیق از شرکت‌کنندگان است. در این نوع از مصاحبه سؤالات با (چرا) آغاز شده و مصاحبه‌شوندگان باید توضیح بیشتری در خصوص پاسخ‌های خود ارائه دهند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل افرادی که یک سال از زمان ترک مواد مخدر آن‌ها گذشته بود (به دلیل بررسی گستردگی مسیر شغلی)، افراد بالای ۳۰ سال، و تعهد به رازداری و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش را بود. ملاک‌های خروج شامل عدم همکاری در حین انجام پژوهش بود. در این پژوهش، روش تحلیل مضمون جهت تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه از استفاده شد. بر اساس دیدگاه لینکلن و گوبا[1]، چهار معیار قابلیت اعتبار، قابلیت انتقال‌پذیری، قابلیت اطمینان و تأییدپذیری صحت علمی پژوهش‌های کیفی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در پژوهش حاضر، اعتبارسنجی یافته‌ها از طریق به‌کارگیری سه متخصص حوزه اعتیاد کدگذاری یافته‌ها بررسی و تائید شد. همچنین، تعداد چهار نفر از شرکت‌کنندگان پژوهش نیز کدگذاری را تائید کردند. این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه یزد مورد ارزیابی قرارگرفت و دارای کد اخلاق به شماره (IR.YAZD.REC.1400.029) است.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Lincoln & Guba

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی افراد مصاحبه‌شونده

کد	جنسیت	سن	تحصیلات	وضعیت تأهل	شغل	مدت‌زمان مصرف	مدت‌زمان بهبودی
۱	مرد	۳۵	فوق‌دیپلم	مجرد	طراح دکوراسیون داخلی	۵ سال	۹ سال
۲	مرد	۶۱	اول دبیرستان	متأهل	بازنشسته اداره برق	۳۰ سال	۱۶ سال
۳	مرد	۵۵	دوم راهنمایی	متأهل	قهوه خونه	۱۰ سال	۱۵ سال
۴	مرد	۳۵	دیپلم	متأهل	سرپرست کارگاه جوشکاری	۱۲ سال	۹ سال
۵	مرد	۴۰	لیسانس	متأهل	کارگاه دسته‌بندی خشکبار	۱۱ سال	۱۶ سال
۶	مرد	۳۰	لیسانس	مجرد	مکانیک	۸ سال	۲ سال
۷	مرد	۳۷	دیپلم	متأهل	راننده	۱۵ سال	۶ سال
۸	مرد	۵۲	دیپلم	متأهل	مشاور املاک	۱۶ سال	۱۳ سال
۹	مرد	۵۲	دیپلم	متأهل	شرکت پیمانکاری فضای سبز	۲۰ سال	۱۶ سال
۱۰	مرد	۴۳	لیسانس	متأهل	عطاری	۱۵ سال	۹ سال
۱۱	زن	۴۱	دیپلم	متأهل	مدیر داخلی کمپ ترک اعتیاد	۵ سال	۲ سال
۱۲	زن	۴۰	دیپلم	متأهل	آشپز کمپ ترک اعتیاد	۲ سال ۴ ماه	۲ سال ۵ ماه
۱۳	مرد	۳۲	دیپلم	مجرد	تعمیرکار کولر و نقاش ساختمان	۹ سال	۸ سال
۱۴	مرد	۳۳	سیکل	مجرد	سرکارگر شرکت	۶ سال	۷ سال
۱۵	مرد	۵۴	دیپلم	متأهل	تعمیرکار موتور	۲۰ سال	۱۴ سال

پس از جمع‌آوری داده‌ها از طریق ابزار مصاحبه، در مرحله اول متن همه مصاحبه‌ها به صورت خط به خط تحلیل و کدگذاری شد. پس از ادغام کدهای تکراری در چند مرحله، چشم‌اندازهای شغلی افراد وابسته به مواد بهبودیافته پس از بازگشت به شغل در ۱۲ مفهوم اولیه و ۱۲ مقوله فرعی تحت عنوان استقلال، خودپنداره، برنامه‌ریزی، مشورت، سخت‌کوشی، معنویت، ارتقاء درآمد، کسب دانش و تخصص، شغل مانع از افکار بیمارگونه، ارتقاء جایگاه شغلی در آینده، حمایت دیگران، تغییر محیط زندگی و سه مقوله اصلی شامل دستاوردها، شغل عامل تداوم بهبودی، چشم‌انداز آینده طبقه‌بندی شد. نتایج حاصل از فرایند تحلیل و کدگذاری داده‌ها در جدول ۲ ارائه شده است

جدول ۲: مضامین استخراج‌شده از محتوای مصاحبه با نمونه موردپژوهش

مفاهیم اولیه	مقوله فرعی	مقوله اصلی
اتکا به توانمندی خود باعث ارتقا اوضاع مالی، مسئولیت‌پذیری، خودمختاری	استقلال	دستاوردها
خودآگاهی، باور به توانایی، علاقه، خود کارآمدی بالا، احساس ارزشمندی پس از کسب پیروزی‌های کوچک	خودپنداره	
دقت در انتخاب‌های صحیح، نقشه‌ریزی صحیح، یادگیری مدیریت مالی	برنامه‌ریزی	
کاربرد مشورت و تجربیات دیگران در توسعه شغلی	مشورت	
کوشش، عزم و اراده، استقامت	سخت‌کوشی	
رسیدن به معنویت، اعتقاد به معجزه خداوند، حس کردن خداوند	معنویت	
شغل آزاد، درآمد بیشتر، شغل دوم برای افزایش درآمد	ارتقاء درآمد	
ادامه تحصیل متناسب با تخصص شغلی، کسب تجربه و دانش	کسب دانش و تخصص	
شغل به عنوان یک عامل تسهیل‌گر برای پاکی رهجویان جدید، تداوم	شغل مانع از افکار	شغل عامل
بهبودی درگرو شاغل بودن، شغل عاملی برای دوری از افکار بیمارگونه	بیمارگونه	تداوم بهبودی
هدف‌گذاری شغلی گام به‌گام، تعیین اهداف رشدی، انتخاب راهبرد شغلی، برنامه‌ریزی مالی برای افزایش رفاه، سیر تکاملی ارتقاء شغل	ارتقاء جایگاه شغلی در آینده	چشم‌انداز آینده
حمایت شغلی دیگران، حمایت همدردان	حمایت دیگران	
توسعه شغل، آینده‌نگری برای پیشرفت فرزندان، تغییر موقعیت مکانی	تغییر محیط زندگی	

در ادامه، مفاهیم طبقات مختلف بررسی و تشریح می‌شود.

۱. دستاوردها

دستاوردهای افراد وابسته به مواد شامل استقلال، خودپنداره، برنامه‌ریزی، مشورت، سخت‌کوشی، تجربه، احساس ارزشمندی به دلیل کسب موفقیت‌های خرد، معنویت، ارتقاء درآمد و کسب دانش و تخصص است. آنچه بهبودیافتگان با انجام عملکرد متناسب و حرفه‌ای در شروع و ادامه مسیر شغلی به دست آورده‌اند و رسیدن به دستاوردها نیازمند یک تلاش شجاعانه مداوم، اعتماد به توانمندی خود، غلبه بر ترس، کشف اطلاعات جدید و تسلیم نشدن است.

استقلال

این مقوله شـــامل اتکا به توانمندی خود باعث ارتقا اوضـــاع مالی، مســـئولیت‌پذیری، خودمختاری است. استقلال به معنای خودمختاری، بی‌نیازی و عدم تکیه به دیگران است، ولی به‌منظور جدایی از دیگران نیســـت بلکه خود را تکیه‌گاه اصـــلی قرار دادن و داشـــتن شـخصـیت محکم و با اعتماد به نفس بالاسـت که برای انجام کارها و یا رسـیدن به اهداف مصمم است، هرچند در این راه هوشمندانه از کمک دیگران استفاده می‌کند.

مصـاحبه‌شـونده کد ۱ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "در زمان مصـرف دائم برای دیگران کـار می‌کردم و گـاهی پولم را نمی‌دادن ولی بعـد از پـاکی کـارهـای طراحی دکوراسیون داخلی تحویل می‌گرفتم و هم در کار و هم از لحاظ مالی مستقل بودم."

مصـاحبه‌شـونده کد ۲ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "در زمان مصـرف از طرف مدرسـه پسـرم نامه داده بودند برای جلسـه اولیا و مربیان به برادرم گفتم تو به جای من برو برادرم گفت تو را دعوت کردند من برم؟ اما الآن پس از بهبودی تمام مسئولیت زندگی بر عهده من است و من کاملاً می‌دانم باید چه‌کارهایی انجام بدهم."

خودپنداره

مقوله خودپنداره شـــامل مفاهیم خودآگاهی، باور به توانایی، علاقه خود کارآمدی بالا، و احسـاس ارزشـمندی پس از کسـب پیروزی‌های کوچک اسـت. تصـوری که هر فرد از استعداد و توانایی خود در ذهن دارد.

مصـاحبه‌شـونده کد ۱۱ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "می‌دانم که توانایی انجام خیلی از کارها را دارم و کاملاً از پس اداره کردن کمپ برمی‌آیم و استرسی برای شکست و عدم موفقیت ندارم."

مصـاحبه‌شـونده کد ۱۳ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "یک مدت کوتاهی برای یادگیری تعمیرات کولر رفتم سـریع تا هر چیزی را می‌دیدم یاد می‌گرفتم چون خودم می‌دانستم توانایی کار فنی‌ام عالیه."

مصـاحبه‌شـونده کد ۷ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "وقتی‌که پاک شـدم بیکار بودم و هیچ دارایی نداشـتم اما با حمایت یکی از اطرافیان مشـغول به کار شـدم اولش هیچ

انگیزه‌ای نداشتم ولی به دلیل مشکلات مالی مجبور شدم ادامه بدم و سر ماه که حقوقم را گرفتم باعث ایجاد جرقه کوچکی در من شـــد که به درد خانواده‌ام می‌خورم به خاطر این احساس مفید بودن کار ادامه دادم و خداروشکر ارتقاء پیدا کردم و الآن راضی‌ام."

برنامه‌ریزی

مقوله برنامه‌ریزی شامل مفاهیم دقت در انتخاب‌های صحیح، نقشه‌ریزی صحیح و یادگیری مدیریت مالی اســـت. فرایند تفکر و انجام منظم و دقیق کارها در رابطه با فعالیت‌های لازم برای رسیدن به هدف مطلوب است.

برنامه‌ریزی یک رویداد منحصـر به فرد نیسـت که دارای یک ابتدا و انتهای مشـخص باشد، بلکه یک فرایند مستمر، دائمی و منعکس‌کننده تغییرات و درصدد رسیدن به اهداف مدنظر است. بنابراین، برنامه‌ریزی باید به صورتی انجام گیرد که منجر به ایجاد عادت‌های سازنده شود و مانند یک تابلوی راهنما مسیر رسیدن به اهداف را به ما نشان دهد.

مصـاحبه‌شـونده کد ۵ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "من و خانمم هر دو شـاغل هســـتیم بعد از پاکی با کمک خانمم شـــروع کردم به انجام برنامه‌ریزی و مدیریت مالی و توانستم اولیه‌های زندگی را تأمین کنم."

مصـاحبه‌شـونده کد ۴ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "من مدیریت و برنامه‌ریزی نداشـتم در زمان مصـرف فقط سـعی می‌کردم مواد مصـرفیم را تهیه کنم، ماشـین نداشـتم و وسـیله‌ی رفاهی کم داشـتم اما الآن خدا را شـکر با برنامه‌ریزی و پس‌انداز یک ماشـین دارم یه حداقل پس‌اندازی دارم که زندگی‌ام را تأمین کنم."

مصـاحبه‌شـونده کد ۶ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "من برنامه‌ریزی روزانه دارم یک سری کارهای من روتینه مانند اینکه هرروز باید برم سرکار و... ولی یک سری کارها خارج از برنامه است می‌نویسم و شب چک می‌کنم که کدام را انجام دادم و کدام را انجام ندادم که در لیسـت بعدی بیارم با کمک برنامه به همه کارهایم می‌رسـم و هرروز خودم را برای رسیدن به موفقیت نزدیک‌تر می‌بینم."

مشورت

این مقوله شامل مفاهیم کاربرد مشورت و تجربیات دیگران در توسعه شغلی است. مراجعه به افراد آگاه و مطلع و بهره‌گیری از تجارب و آگاهی دیگران برای راه‌یابی به حل مسئله است که منجر به پیشرفت و موفقیت انسان می‌گردد.

مصاحبه‌شونده کد ۴ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "بزرگ‌ترین اصلی که من در زمان مصرف ازش غافل بودم مشورت بود اینکه خودمحور بودم همیشه می‌گفتم که میدانم چیکار می‌کنم اما نمی‌دانستم و شکست می‌خوردم چون‌که تنهایی می‌خواستم انجام بدم اما امروز این‌گونه نیست تنها نیستم و خیلی‌ها کنار من هستند و من می‌توانم برای موفقیت شغلی با آن‌ها مشورت کنم."

مصاحبه‌شونده کد ۹ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "من در جامعه جایگاهی نداشتم، با کسی رفت آمدی نداشتم، صحبت نمی‌کردم اما الآن با خیلی از افرادی که تجربه دارند صحبت می‌کنم و اینکه بخواهم کاری انجام بدهم مثل خرید و فروش ماشین، ملک یا توسعه شغل با آن‌ها مشورت می‌کنم دیگر خودسرانه عمل نمی‌کنم."

سخت‌کوشی

این مقوله شامل مفاهیم کوشش، عزم و اراده و استقامت است. کار کردن مداوم در زمان طولانی برای رسیدن به اهداف از پیش تعیین‌شده.

مصاحبه‌شونده کد ۱۰ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "بعد از پاکی توانایی جسمی‌ام بیشتر شد و این انگیزه‌ای شد برای کار و تلاش بیشتر."

معنویت

معنویت دربرگیرنده مفاهیم موفقیت‌های خرد انگیزه‌ای برای پیشرفت و احساس ارزشمندی پس از کسب پیروزی‌های کوچک است. معنویت ما را با خدا، جهان هستی، موجودات و دیگر انسان‌ها پیوند می‌دهد. بهبودیافتگان با کمک معنویت به زندگی خود معنا می‌دهند و انسان معنوی صلح‌طلب، مدافع حقوق بشر و صرفاً به فکر بهبود رفاه و آرامش بشری هستند و برای اصلاحات اجتماعی تلاش می‌کنند. در نهایت، انسان معنوی فراتر از دنیای مادی قدم برمی‌دارد و با کل کائنات در ارتباط است.

مصاحبه‌شونده کد ۵ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "من خیلی در مسیر شغلی لاک‌پشتی حرکت می‌کنم و خانمم بارها اعتراض کرده اما من معتقدم هر چیزی در رزق من باشد خداوند در مسیر زندگی‌ام قرار دارد و به مرور به آن‌ها می‌رسم نیازی برای تلاش زیاد نیست."

کسب دانش و تخصص

این مقوله شامل مفاهیم رسیدن به معنویت، اعتقاد به معجزه خداوند و حس کردن خداوند است. بهبودیافتگان با کسب دانش علمی و تخصص در شغل به دنبال دستیابی رشد مسیر شغلی هستند.

مصاحبه‌شونده کد ۶ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "عاشق مکانیکی بودم بعد از پاکی مدتی در فن‌آوران شهرکرد کنار یکی از مکانیک‌های مشهور کارکردم و الآن مغازه مکانیکی دارم و خداروشکر درآمد خوبی دارد."

مصاحبه‌شونده کد ۱۲ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "از بچگی دوست داشتم درس بخوانم ولی با وجود مشکلات مالی که در خانواده بود و درگیر اعتیاد شدم نتوانستم به آرزویم برسم اما از زمانی که ترک کردم در رشته آشپزی درس می‌خوانم و در کمپ ترک اعتیاد آشپز هستم."

۲. شغل عامل تداوم بهبودی

شغل عامل تداوم بهبودی دربرگیرنده‌ی زیر مقوله‌های شغل مانع از افکار بیمارگونه و عزت نفس است. اشتغال‌زایی نقش مهمی در فراموشی و جدایی افراد وابسته به مواد از مواد مخدر دارد. بنابراین، شغل دو اثر کلی در زندگی بهبودیافتگان دارد اول این‌که موجب سلامت جسم می‌شود و فرد را از مصرف مواد مخدر و عود مجدد دور می‌کند. دوم، سلامت روح را به دنبال دارد و موجب کسب آرامش، تمرکز خیال، افزایش احساس عزت نفس، انگیزه سعی و کوشش و دوری از افکار بیمارگونه و نومیدانه می‌شود.

شغل مانع از افکار بیمارگونه

این مقوله شامل مفاهیم شغل به عنوان یک عامل تسهیل‌گر برای پاکی رهجویان جدید و تداوم بهبودی درگرو شاغل بودن، شغل عاملی برای دوری از افکار بیمارگونه است. افراد

بعد از بهبودی بیشترین زمان روزانه را مشغول کار هستند کار کردن نه تنها برای کسب درآمد، بلکه باعث دوری از افکار پوچ، بیهوده و بیمارگونه می‌گردد.

مصاحبه‌شونده کد ۱ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "صبح زود میرم سرکار شب خسته میام و می‌خوابم از بس غرق کار هستم وقت نمی‌کنم به مواد مخدر فکر کنم کاملاً ذهنم معطوف به کار هست."

مصاحبه‌شونده کد ۳ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "شاغل بودن باعث شد که لغزش نکنم و پاکیم ادامه داشته باشد. درگیر کار بودم دیگر در خیابان به افرادی که مصرف‌کننده بودند نگاه نمی‌کردم، جاهایی که مواد مصرف می‌کردند اصلاً نمی‌رفتم، کاری به بقیه نداشتم سرم در لاک خودم بود صبح که بیدار می‌شدم هدفم این بود سرکار بروم و شب که می‌آمدم خانه بمانم و تنهایی برای من چه در خانه باشم چه در خیابان باشم جایی که مشغول نباشم هزارتا فکر نامربوط و مخرب می‌آید در سرم که این کار را انجام بده آن کار را انجام بده خودم را غرق کارکردم که لغزش نکنم."

مصاحبه‌شونده کد ۱۰ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "بیکاری عذاب‌دهنده است مثلاً امروز می‌گوید برو آنجا فلان کار را انجام بده فردا برو جای دیگر و فلان کار مخرب و ناپسند انجام بده که در بیکاری آن حالت طبیعی که باید داشته باشم را ندارم اما زمانی که مشغول کار هستم هدفم بر روی کار و اینکه چگونه عملکرد بهتری داشته باشم، متمرکز است."

مصاحبه‌شونده کد ۱۱ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "صبح که بیدار می‌شوم و کارهای خانه را انجام می‌دهم بعد از آن بیکارم و برای اینکه فکرم سمت مواد مخدر نرود میام سرکار و حسابی درگیر می‌شوم."

مصاحبه‌شونده کد ۴ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "شغل جوشکاری تمرکز و دقت می‌خواهد زمانی که مصرف‌کننده بودم دقت و تمرکز لازم را نداشتم اما با قطع مصرف این مشکل حل شد و کیفیت کاریم افزایش پیدا کرد."

۳. چشم‌انداز آینده

چشم‌انداز آینده شامل زیر مقوله‌های ارتقاء جایگاه شغلی، حمایت دیگران و تغییر محیط زندگی است. چشم‌انداز تصویری جذاب از آینده مطلوب است که والاترین آرمان‌های یک فرد را به زبانی روشن، مستدل و اطمینان‌بخش بیان می‌کند. آینده‌ای که متعهد می‌شوند آن را خلق نمایند، چراکه ارزش‌های آن‌ها در تصویر آینده‌ای که می‌خواهند و نسبت به آن تعهد دارند نهفته است. چشم‌اندازها آرمان‌های شخصی افراد را به بار می‌نشانند، تصویری بزرگ از جایی که می‌روند خلق می‌کنند و فعالیت‌های روزانه آن‌ها را معنادارتر می‌کنند.

ارتقاء جایگاه شغلی در آینده

این مقوله شامل هدف‌گزاری شغلی گام به گام، تعیین اهداف رشدی، انتخاب راهبرد شغلی، برنامه‌ریزی مالی برای افزایش رفاه و سیر تکاملی ارتقاء شغل می‌شود. ارتقاء جایگاه شغلی باعث افزایش انگیزه بهبودیافتگان می‌شود.

مصاحبه‌شونده کد ۱ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: " ۵ سال آینده اینکه از لحاظ تجربی در زمینه کاری پیشرفت کنم و تحصیلاتم که تمام شد می‌خواهم یک شرکت تأسیس نمایم."

مصاحبه‌شونده کد ۱۰ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "یک سری برنامه‌ریزی‌هایی برای ۵ سال آینده دارم اینکه بتوانم کسب و کاری راه‌اندازی کنم که از نظر مالی و اجتماعی پیشرفت کنم الگویی باشم برای خانواده و اطرافیان که مثل من آسیب نبینند و راه سالمی را انتخاب نمایند."

مصاحبه‌شونده کد ۷ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "هدف شغلی من این است که پایه یک رانندگی بگیرم و در جایگاه شغلی ارتقاء پیدا کنم، سخنرانی انگیزشی و بازاریابی شبکه‌ای انجام بدهم، کمک کنم به کسانی که وابسته به مواد هستند یا باوری به این زندگی ندارند تا به زندگی برگردند."

حمایت دیگران

حمایت دیگران شامل حمایت شغلی دیگران و حمایت همدردان است. ایجاد اشتغال و استقلال مالی نقش بسزایی در پذیرش افراد وابسته به مواد بهبودیافته توسط جامعه و خانواده دارد بنابراین، بهبودیافتگان به دنبال راه‌اندازی کارگاه‌ها و مشاغلی هستند که از همدردان خود حمایت کنند.

مصاحبه‌شونده کد ۱۰ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "این در ذهنم می‌گذرد که کارگاهی داشته باشم و به مرور به افرادی که تازه پاک شدند کمک نمایم و برای شروع با حقوق کم حمایتشان کنم چون اوایل پاکی پول زیاد وسوسه‌شان می‌کند."

مصاحبه‌شونده کد ۵ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "وقتی‌که تازه پاک شده بودم و می‌خواستم وارد محیط کار شوم خیلی اذیت شدم به من کار نمی‌دادند و بی‌پول بودم همیشه شرمنده زن و بچم می‌شدم آن موقع با خودم عهد کردم که یه روز آنقدر پولدار شوم و بتوانم دست افرادی که تازه پاک شدن را بگیرم و خداروشکر الآن توانستم این کار را انجام بدهم."

تغییر محیط زندگی

تغییر محیط زندگی شامل مفاهیم توسعه شغل، آینده‌نگری برای پیشرفت فرزندان و تغییر موقعیت مکانی است.

مصاحبه‌شونده کد ۴ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: " برنامه‌ریزی کردم ۷ سال آینده که اوضاع مالیم بهتر شد قصد دارم یک کارگاه جوشکاری در استان دیگر بزنم تا بتوانم به افراد دیگر کمک کنم و فرصت شغلی ایجاد کنم."

مصاحبه‌شونده کد ۴ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "چند سال آینده می‌خواهم برم اصفهان زندگی کنم برای ایجاد بستر مناسب برای فرزندانم که از لحاظ علمی و شغلی پیشرفت بهتری داشته باشند.

مصاحبه‌شونده کد ۵ تجربه خود را این‌گونه بیان می‌کند: "تا ۱۰ سال آینده که خانمم بازنشست شود برنامه من این هست که کلاً از شهرکرد برم روستا کشاورزی کنم و از طبیعت لذت ببرم."

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی کیفی چشم‌اندازهای شغلی افراد وابسته به مواد بهبودیافته پس از بازگشت به شغل انجام گرفت. در بخش یافته‌ها، ابعاد این نتایج به سه مقوله اصلی دستاوردها، شغل عامل تداوم بهبودی، چشم‌انداز آینده منتهی شد که در ادامه به تبیین هر یک از آن‌ها پرداخته شده است.

نتایج به‌دست‌آمده از مصاحبه‌های صورت گرفته نشان داد که دستاوردها یکی از مقوله‌های شناسایی‌شده برای افراد وابسته به مواد یک سال پس از بازتوانی اعتیاد بود که شامل زیر مقوله‌های «استقلال»، «خودپنداره»، «برنامه‌ریزی»، «مشورت»، «سخت‌کوشی»، «معنویت»، «ارتقاء درآمد» و «کسب دانش و تخصص» بود. این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های آسمانی کناری و همکاران (۱۳۹۹) مبنی بر تأثیر عواملی همچون استقلال در رأی، شناخت و فهم اعتیاد، میل به تغییر ازجمله عوامل مهم در ترک اعتیاد؛ خمرنیا و پیوند (۱۳۹۷) مبنی بر تأثیر عوامل فردی، جنسی، اقتصادی و خانوادگی در بازگشت به اعتیاد؛ فلاح و همکاران (۱۳۹۷) مبنی بر تأثیر عوامل روان‌شناختی همچون حمایت و پذیرش، بهره‌گیری از منابع کمکی و خودشناسی بر پایداری در ترک؛ جربان و نجفیان‌پور (۱۴۰۱) مبنی بر استفاده از روش‌های درمانی بکار گرفته‌شده برای ترک اعتیاد به مواد مخدر در کنار دارودرمانی مشاوره و درمان‌های گروهی به صورت نظام‌مند و منظم؛ توکلی قوچانی و همکاران (۱۳۹۳) مبنی بر دلایل اقدام به ترک؛ بست[1] و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر نقاط قوت و موانع زندگی در بهبودی؛ چن[2] و همکاران (۲۰۱۹) و کاستیلو و روسرسیون (۲۰۱۹) مبنی بر تجربیات افراد را در بهبود اعتیاد پس از درمان؛ ساکر[3] و همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر اشتغال به عنوان بخشی از سرمایه بازیابی به عنوان یکی از نقاط قوت در ارتباط با وضعیت بهبودیافتگان از اعتیاد؛ والی و ویلیامسون (۲۰۲۳) مبنی بر اعطای حمایت‌های دولتی به بهبودیافتگان و کاواچی[4] و همکاران (۱۹۹۶) که بیانگر بهبود شرایط فردی، اقتصادی و اجتماعی افراد بعد از ترک اعتیاد بود، همخوان بود. نتایج پژوهش توکلی

1. Best
2. Chen
3. Sahker
4. Kawachi

قوچانی و همکاران (۱۳۸۸) اگرچه به صورت مستقیم به بررسی دستاوردهای ترک اعتیاد نپرداخته است، ولی از آن جهت که بیانگر این بود که انگیزه‌های اقتصادی، اجتماعی و فردی برای اقدام به ترک تاثیرگذار هستند، می‌تواند هم‌راستا با نتایج به‌دست‌آمده باشد، چراکه مقوله‌های شناسایی‌شده در راستای همین انگیزه‌ها هستند. همچنین، نتایج حاصل از پژوهش طراحی و همکاران (۱۳۹۲) اگرچه به دستاوردهای بازتوانی اعتیاد نپرداخته‌اند، با این‌حال از آن جهت که بیانگر نقش عوامل اقتصادی مانند بیکاری و مشکلات عاطفی در بازگشت دوباره به اعتیاد بود، می‌تواند هم‌راستا با پژوهش حاضر تلقی گردد.

به نظر می‌رسد افرادی که تمایل زیادی به ترک اعتیاد دارند و خودشان پیش‌قدم می‌شوند دارای انگیزه‌های اقتصادی، فردی و اجتماعی هستند (لوشر[1] و همکاران، ۲۰۲۰؛ توکلی قوچانی و همکاران، ۱۳۸۸). درواقع، بازتوانی اعتیاد افراد بهبودیافته را به انگیزه‌هایشان نزدیک می‌کند. از سوی دیگر، بسیاری از مصرف‌کنندگان کارکردهای فردی، اجتماعی و اقتصادی خود را از دست می‌دهند و از خانواده و جامعه طرد می‌شوند که در پی آن منبع درآمد خود را نیز از دست می‌دهند (جوادی و پیله‌وری، ۱۳۹۶). بنابراین، این افراد پس از بهبودی در تلاش‌اند تا کارکردهای خود را بازیابی کنند و در نتیجه قابل پذیرش است که مقوله‌هایی مانند استقلال، ارتقاء درآمد و احساس ارزشمندی بعد از ترک اعتیاد از تجارب آن‌ها به دست آید. همچنین، به نظر می‌رسد عدم خودبسندگی مهم‌ترین مانع در ترک اعتیاد باشد (لوشر و همکاران،۲۰۲۰؛ توکلی قوچانی و همکاران، ۱۳۹۳)، در حالی که ترک اعتیاد می‌تواند همراه با تجربه خوشایند کفایت‌مندی، خودپنداره مثبت، کاهش هزینه‌های زندگی و دریافت بازخوردهای مثبت از جانب اطرافیان و همچنین دریافت حمایت از نزدیکان شود (کین[2]، ۲۰۰۲؛ توکلی قوچانی و همکاران، ۱۳۹۳). علاوه بر این، پس از رهایی از مواد مخدر، احساس خوش‌بینی، خودکارآمدی، قدرت، امید به آینده و مقاومت در برابر وسوسه‌ی بازگشت مجدد در بهبودیافتگان افزایش می‌یابد (نوریان نجف‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۱). بنابراین، قابل‌پذیرش است که تجارب فرد شامل ارتقاء درآمد، ادراک مشورت و تجربه باشد. در نتیجه،

1. Lüscher
2. Keane

می‌توان در مجموع گفت که انگیزه‌های زیربنایی ترک اعتیاد در کنار پیامدهای بازتوانی اعتیاد می‌تواند منجر به ادراک دستاوردهای برای افراد گردد.

نتایج نشان داد که شغل عامل تداوم بهبودی از دیگر مقوله‌های شناسایی‌شده برای افراد وابسته به مواد یک سال پس از بازتوانی اعتیاد بود که شامل زیر مقوله "شغل مانع از افکار بیمارگون" بود. این یافته از پژوهش با پژوهش‌های معصومی (۱۴۰۲) مبنی بر اشتغال به عنوان یکی از عوامل پیشگیری از اعتیاد؛ احدی و همکاران (۱۴۰۱) مبنی بر ایجاد فرصت‌های شغلی در جلوگیری از عود مجدد؛ قاضی عسگر و رضاپور (۱۴۰۲) مبنی بر افزایش امید شغلی به وسیله تقویت آموزه‌های مذهبی و اخلاقی، حمایت‌های مالی و عاطفی؛ شیخ‌الاسلامی و همکاران (۱۳۹۹) مبنی بر توجه به مهارت‌های شغلی جهت جلوگیری از عود مجدد؛ مارتینلی[1] و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر توجه به جنبه‌های مختلف زندگی از جمله اشتغال پس از بهبودی از اعتیاد؛ والی و ویلیامسون (۲۰۲۳) مبنی بر ایجاد فرصت‌های یکسان شغلی در محل کار، امکانات اقتصادی، زندگی مستقل و حمایت‌های شغلی پس از بهبودی؛ سوئیتر و ویلفونگ[2] (۲۰۲۱) مبنی بر اشتغال پیش‌بینی کننده استمرار زنان در بهبودی از اعتیاد؛ ساکر و همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر اشتغال به عنوان پیش‌بینی کننده‌ی بهبودی پس از درمان؛ کاستیلو و روسرسیون (۲۰۱۹) مبنی بر عوامل مؤثر در بهبودی شامل به دست آوردن شغل، کسب درآمد، انجام مسئولیت‌ها بر روند بهبودی مصرف‌کنندگان، به طور غیرمستقیم همسو بود.

شغل برای بزرگسالان چیزی بیش از یک فیش حقوقی است. اشتغال باعث کسب درآمد، ایجاد محیط اجتماعی سازگار و برنامه‌ریزی روزانه می‌شود (والتون و هال[3]، ۲۰۱۶؛ رودریگز[4]، ۲۰۰۲؛ راس و میروسکی[5]، ۱۹۹۵). شغل علاوه بر درآمد مزایای بی‌شماری را به دنبال دارد. سلامت جسمی و روانی فرد، فعالیت منظم ساختاری، افزایش ارتباط اجتماعی، کاهش سطح استرس و موقعیت اجتماعی ایده آل تنها بخشی از این مزایا هستند (بارتلی[6]، ۱۹۹۴). اشتغال به عنوان عنصر اصلی درمان اعتیاد و نتیجه درمان موفق است،

1. Martinelli
2. Suiter & Wilfong
3. Walton & Hall
4. Rodriguez
5. Ross & Mirowsky
6. Bartley

زیرا سبب می‌شود تا افراد درگیر مواد پس از درمان مهارت‌های اجتماعی خود را بهبود بخشیده و کسب درآمد کنند (والتون و هال، ۲۰۱۶). در واقع، اشتغال سبب می‌شود فرد پس از بهبودی از حمایت مالی برخوردار شود (سینکان[1] و همکاران، ۲۰۱۷). بهبودیافتگانی که پس از درمان به کار گرفته می‌شوند، کنترل بیشتر بر زندگی خود دارند و نیز افسردگی کمتری را گزارش می‌کنند (کینگری[2]، ۱۹۹۷). در همین راستا، لوکفلد[3] و همکارانش (۲۰۰۴) نیز نشان دادند که اشتغال و خدمات مربوط به آن با فراهم کردن دریچه‌ای برای ورود به یک شبکه اجتماعی سالم و پربار سبب تسریع بهبودی برای مصرف‌کنندگان مواد می‌شود. همچنین، پلات[4] (۱۹۹۷) دریافت که شغل موجب ورود فرد بهبودیافته به دنیای واقعی می‌شود. علاوه بر این، بهبود عملکرد، افزایش اعتماد به نفس، رفاه اقتصادی، وضعیت اجتماعی و انگیزه در محیط کار از جمله مزایای اشتغال برای افراد بهبودیافته است (شوتنفلد[5] و همکاران، ۱۹۹۲). علاوه بر این، اشتغال با بهبود روابط اجتماعی، افزایش احساس تعلق به اجتماع‌های گوناگون، درگیر شدن در شبکه‌های مختلف و تعاملات اجتماعی سبب بهبود آسیب‌های اجتماعی و فردی می‌شود (نوریان نجف‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۱). در نتیجه، می‌توان چنین بیان کرد که شغل به عنوان یکی از علل تداوم بهبودی شناخته می‌شود. همچنین، این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (نظیر پرنگلی و همکاران، ۲۰۱۸؛ پتری[6] و همکاران، ۲۰۱۴؛ ریچاردسون[7] و همکاران، ۲۰۱۲؛ بالدوین و همکاران، ۲۰۱۰؛ لودت و وایت[8]، ۲۰۱۰؛ باند[9] و همکاران، ۲۰۰۱) همسو بود.

نتایج نشان داد که چشم‌انداز آینده از دیگر مقوله‌های شناسایی‌شده برای افراد وابسته به مواد یک سال پس از بازتوانی اعتیاد بود که شامل زیر مقوله‌های «ارتقاء جایگاه شغلی در آینده»، «حمایت دیگران» و «تغییر محیط زندگی» بود. این یافته از پژوهش با پژوهش‌های نجات و باقریان (۱۳۹۸) مبنی بر تعدیل گرایش به اعتیاد از طریق چشم‌انداز زمان، خودکارآمدی و اخلاقمندی؛ بدیع و همکاران (۱۴۰۱) مبنی بر حمایت اجتماعی و

1. Sinakhone
2. Kingree
3. Leukefeld
4. Platt
5. Schottenfeld
6. Petry
7. Richardson
8. Laudet & White
9. Bond

الگوهای ارتباطی خانواده به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های جلوگیری از عود مجدد اعتیاد؛ رضازاده عسگری (۱۴۰۱) مبنی بر تأثیر سبک زندگی در بازگشت به اعتیاد؛ شاطریان و همکاران (۱۳۹۳) مبنی بر تأثیر خانواده شامل سابقه اعتیاد در خانواده و تعداد افراد خانواده بر عود اعتیاد؛ و لودت و وایت (۲۰۰۸) مبنی بر تأثیر حمایت‌های اجتماعی، معنویت، مذهبی بودن، معنای زندگی در روند بهبودی اعتیاد، با این یافته به طور غیرمستقیم همسو بودند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت چشم‌انداز آینده بیانگر نگرشی است که هدف آن در نهایت دستیابی به اهداف بلندمدت به جای ماندن افراطی در زمان حال است. در واقع، به ترکیب آینده پیش‌بینی‌شده در زمان حال اشاره دارد (زیمباردو[1] و همکاران، ۲۰۱۲). چشم‌انداز به نوعی آینده را آرزو، انتظار و نگاه فردی به دوردست زندگی توصیف می‌کنند. تجسم آینده بر فرایندهای هدف‌گذاری و انگیزه فرد اثرگذار است تا آنجا که می‌توان آن را نیرومندترین عامل تأثیرگذار بر رفتار یا یک صفت شخصیتی انگیزشی-شناختی دانست که درنتیجه یادگیری در بافت‌های مختلفی همچون خانواده، مدرسه و اجتماع شکل می‌گیرد (ملو و ورل[2]، ۲۰۱۵). نقش غیر قابل انکار چشم‌انداز آینده را در میزان امید و رضایت فرد نمی‌توان نادیده گرفت. نگاه به آینده می‌تواند برنامه‌ریزی و دستیابی به اهداف آینده را مشخص کند و تمرکز و وظیفه‌شناسی را افزایش دهد (دویدی و راستوج[3]، ۲۰۱۶). زمانی که افراد بتوانند پیامدهای آینده رفتار فعلی خود را پیش‌بینی کنند، در مقایسه با دیگر دیدگاه‌های زمانی تمایل به پرخاشگری، افسردگی و اضطراب کمتری دارند و از طرفی تمایل دارند خلاق‌تر، پرانرژی‌تر باشند و دارای عزت‌نفس بالاتری هم خواهند بود (مک الهران[4]، ۲۰۱۲). در واقع، چشم‌انداز زمان با دستاوردهای مثبتی از جمله دستاوردهای روحی، بهزیستی روانی و عدم تمایل به رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد مخدر همراه است (نجات و باقریان، ۱۳۹۸). در نتیجه، به نظر می‌رسد که افراد بهبودیافته از اعتیاد با بهبود وضعیت اشتغال نسبت به آینده امیدوارتر شده و تمایل

1. Zimbardo
2. Mello & Worrell
3. Dwivedi & Rastogi
4. McElheran

کمتری به بازگشت به اعتیاد خواهند داشت. علاوه بر این، چشم‌انداز آینده با جنبه‌های مهم زندگی ازجمله پیشرفت تحصیلی و بهبود وضعیت اقتصادی و اجتماعی مرتبط است و موجب افزایش رفاه و عملکرد مثبت افراد می‌شود (زالسکی[1] و همکاران، ۲۰۰۱).

علاوه بر این، چشم‌انداز آینده سبب می‌شود تا شخص با توجه به ارزش‌های خود تصویری مطلوب و جذاب از آینده ترسیم کند و با تمام قوا به سمت آن حرکت کند. چشم‌انداز را می‌توان به معنای یک نیروی محرک دانست. فرد وابسته به مواد پس از بهبودی در مسیر شغلی خود به دنبال کسب تجربه و تخصص است، چراکه سودای ارتقاء جایگاه اقتصادی و اجتماعی را در سر دارد. فردی که تا دیروز از جامعه رانده‌شده امروز به دنبال اثبات خود در همین جامعه است. بنابراین، به دنبال ساختن تصویری از آینده و مشخص کردن اهداف بلندمدت به برنامه‌ریزی مالی می‌پردازد و با تمرکز بر برنامه مرحله به مرحله به سوی آرمان‌های خود گام برمی‌دارد. موفقیت وی نه تنها با افزایش رضایت از زندگی، خودمختاری و افزایش سرآمد ذهنی همراه است، بلکه انگیزه بسیار قوی برای همدردان فرد وابسته به مواد است. کسانی که باورشان نسبت به گذشته به سبب مصرف مواد و تغییرات جسمی و روحی درهم‌شکسته و اکنون با ترقی بهبودیافتگانی که در مسیر شغلی خود به درجات شغلی جامع پسند و معتبر می‌رسند، به برنامه‌ریزی جهت‌دار برای آینده امیدوار می‌شوند و این امر سبب می‌شود که چشم‌انداز آینده افراد را به دنیای خطرپذیری دعوت کند و احتمال بازگشت به دوره تخریب را کاهش دهد.

در کل، می‌توان نتیجه گرفت افراد مصرف‌کننده‌ی مواد مخدر پس از بهبود دچار مشکلات شغلی متعددی هستند که رشد مسیری شغلی یکی از پیامدهای اعتیاد برای این افراد است. برای افراد بهبودیافته از اعتیاد، چشم‌انداز آینده شغلی یکی از جنبه‌های رشد مسیر شغلی است که شامل جنبه‌های ارتقاء جایگاه شغلی، حمایت دیگران و تغییر محیط زندگی است. در واقع، اعتیاد و پیامدهای آن بر اشتغال و ارزش‌های شغلی افراد مصرف‌کننده پس از بهبودی نیز تأثیرگذار است. افراد بهبودیافته با بهره‌گیری از حمایت شغلی دیگران، هدف‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های مالی و تغییرات محیطی قادر خواهند بود

1. Zaleski

که موجبات پیشرفت و رشد خود را فراهم آورند. علاوه بر این، انگیزه‌های شخصی و داشتن چشم‌انداز شغلی سبب بهبود رشد مسیر شغلی افراد بهبودیافته می‌شود. بنابراین، ضروری است نهادهای مربوطه اقدامات لازم را جهت فراهم آوری شروع و گسترش شغل برای بهبودیافتگان فراهم آورند.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی ازجمله عدم وجود سؤالات استاندارد و ساختارمند برای مصاحبه، محدودیت در طراحی سؤالات پژوهش، تأثیرات فرهنگی و قومیتی بر رشد مسیر شغلی افراد بهبودیافته و عدم بررسی بسیاری از عوامل مؤثر بر رشد مسیر شغلی ازجمله زمینه‌های خانوادگی، اجتماعی و تحصیلی بود. بنابراین، به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود عوامل بسیاری از جمله وضعیت اقتصادی، فرهنگ و ارزش‌های خانوادگی در رشد مسیر شغلی مؤثر است و به بررسی عمیق آن‌ها پرداخته شود و همچنین تأثیرات خرده‌فرهنگ‌ها و استفاده از روش‌های طولی برای دستیابی به نتایج پایدارتر استفاده شود.

منابع

احدی، رضا؛ محمدی، شهرام و طغرانگار، حسن (۱۴۰۱). عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد به مواد مخدر صنعتی (مطالعه موردی: شهر زنجان). *پژوهش‌های حقوقی*، *۲۱* (۴۹)، ۳۴۳-۳۱۵.

آسمانی کناری، مجتبی؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ نعیمی، ابراهیم و فرشی رادور، فردین (۱۳۹۹). بررسی کیفی و نظام‌مند عوامل مؤثر در ترک اعتیاد مردان کارتن‌خواب در شهر تهران. *مجله علوم پزشکی رازی*، *۲۷* (۸)، ۹۵-۷۸.

بدیع، علی؛ مکوندی، بهنام؛ بختیارپور، سعید و پاشا، رضا (۱۴۰۱). نقش الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و استرس در پیش‌بینی خودکارآمدی ترک اعتیاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۶* (۶۳)، ۱۶۶-۱۴۵.

توکلی قوچانی، حمید؛ شجاعی زاده، داوود و مظلوم، سید رضا (۱۳۸۸). بررسی مقایسه‌ای عوامل مرتبط با اقدام به ترک اعتیاد در گروه‌های مراجعین به کلینیک‌های ترک اعتیاد استان خراسان شمالی ۱۳۸۶. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، *۱۷* (۲)، ۴۳-۳۲.

توکلی قوچانی، حمید؛ نیکنامی، شمس‌الدین؛ امین شکروی، فرخنده و حجت، سید کاوه (۱۳۹۳). انطباق برخی سازه‌های مدل‌های رفتاری با دلایل اقدام به ترک اعتیاد: یک مطالعه کیفی. *نشریه آموزش و سلامت جامع*، *۱* (۴)، ۳۱-۲۲.

جربان، منصوره و نجفیان‌پور، بانودخت (۱۴۰۱). مقایسه سلامت روان در دو گروه ترک اعتیاد به شیوه خودیاری و متادون درمانی. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، *۱۵* (۱۹)، ۹-۱.

جوادی، سیدمحمدحسین و پیله وری، اعظم (۱۳۹۶). بررسی تجربه زیسته مصرف‌کنندگان بی‌خانمان: پژوهشی کیفی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۱* (۴۱)، ۴۸-۲۷.

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

درعلی، مرضیه؛ رضاپور میرصالح، یاسر و سلطانی، مجتبی (۱۴۰۳). تبیین نحوه رشد مسیر شغلی و موانع آن یکسال پس از بازتوانی اعتیاد: یک مطالعه کیفی. *مجله سلامت جامعه*، *۱۸* (۱)، ۵۷-۴۶.

رضازاده عسگری، سارا (۱۴۰۱). پیش‌بینی بازگشت به مصرف مواد بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک زندگی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، *۱۲* (۱۶)، ۱۲-۱.

شاطریان، محسن؛ منتی، رستم؛ کسانی، عزیز و منتی، والیه (۱۳۹۳). عوامل مرتبط با عود اعتیاد در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر ایلام. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲ (۶)، ۱۶۵-۱۷۳.

شیخ‌الاسلامی، علی؛ یاقوتی زرگر، حسن و محمدی، نسیم (۱۳۹۹). مقایسه شغل (درآمد معین) و مهارت‌های شغلی بهبودیافتگان از اعتیاد باسابقه بازگشت و عدم بازگشت. *مجله علوم روان‌شناختی*، *۱۹* (۹۶)، ۱۶۴۵-۱۶۳۷.

طراحی، محمدجواد؛ انصاری، حسین؛ حیدری، کاظم؛ شرهانی، اسعد؛ اکرمی، رحیم و هلاکویی نائینی، کورش (۱۳۹۲). بررسی دیدگاه کارشناسان ترک اعتیاد و معتادان خودمعرف مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر خرم‌آباد در مورد عوامل مرتبط با عود اعتیاد سال ۱۳۸۹. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، *۱۲* (۴)، ۳۰۸-۲۹۹.

علی‌پور اسدآبادی، فرشته و نامدارپور، فهیمه (۱۴۰۲). شناسایی عوامل مؤثر در بازگشت مجدد زنان بهبودیافته از اعتیاد به مواد مخدر: یک مطالعه کیفی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۷* (۶۸)، ۶۸-۴۷.

فلاح، بهار؛ قربان شیرودی، شهره و زربخش بحری، محمدرضا (۱۳۹۷). عوامل پایداری در ترک: نتایج تجارب زیسته معتادان مرد بهبودیافته از عدم بازگشت به مصرف مواد. *پژوهشنامه مددکاری اجتماعی*، ۵(۱۷)، ۱۰۸-۵۷.

قاضی عسگر، زهراالسادات و میرصالح رضاپور، یاسر (۱۴۰۲). اثربخشی مداخله مبتنی بر امید شغلی بر افزایش امید شغلی در افراد وابسته به مواد در حال بهبودی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۷* (۶۸)، ۲۷۸-۲۴۹.

مام شریفی، پیمان؛ جامه بزرگ، عاطفه و تکجو، جاوید (۱۳۹۹). اثربخشی توان‌بخشی شناختی برافزایش عملکردهای توجه و حافظه در معتادان وابسته به هروئین. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، *۱۴* (۵۵)، ۲۴۳-۲۲۹.

معصومی، جواد (۱۴۰۲). شناسایی و تحلیل عوامل مؤثر بر رواج مصرف مواد مخدر در جوامع روستایی دهستان بناب، استان زنجان. *تحقیقات ترویج و توسعه روستایی، ۱*(۱)، ۴۱-۲۷.

نجات، پگاه و باقریان، فاطمه (۱۳۹۸). نقش خودکارآمدی، چشم‌انداز زمان و فشار همرنگی در گرایش به سوءمصرف مواد و سیگار کشیدن در دانشجویان. *دو فصلنامه روانشناسی معاصر*، ۱۴(۲)، ۳۷-۲۶.

نوریان نجف‌آبادی، محمد؛ احمدی، سیروس؛ بهشتی، سید صمد و صرامی فروشانی، حمیدرضا (۱۴۰۱). بررسی رابطهٔ سرمایهٔ اجتماعی بر ترک موفق اختلال مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها در شهر اصفهان. *پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی*، ۱۱(۲)، ۹۲-۷۱.

References

Baldwin, M. L., Marcus, S. C., & De Simone, J. (2010). Job loss discrimination and former substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, *110*(1-2), 1-7.

Bartley, M., (1994). Unemployment and ill health: Understanding the relationship. *Journal of Epidemiology and Community Health, 48*(4), 333-337.

Best, D., Vanderplasschen, W., & Nisic, M. (2020). Measuring capital in active addiction and recovery: the development of the strengths and barriers recovery scale (SABRS). *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 15*(1), 40.

Bond, G. R., Resnick, S. G., Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Bebout, R. R. (2001). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(3), 489-501.

Castillo, T. C., & Resurreccion, R. (2019). The recovery experience: Stress, recovery capital, and personal views on addiction and recovery in posttreatment addiction recovery. *Philippine Journal of Psychology*, *52*(1), 103-126.

Chen, Z., Singla, K., Gibson, J., Can, D., Imel, Z. E., Atkins, D. C.,Georgiou,P,.& Narayanan, S. (2019, May). Improving the prediction of therapist behaviors in addiction counseling by exploiting class confusions. *In ICASSP 2019-2019 IEEE International Conference on Acoustics, Speech and Signal Processing (ICASSP) (pp. 6605-6609). IEEE.*

Chintakrindi, S., Porter, J., Kim, C., & Gupta, S. (2015). An examination of employment and earning outcomes of probationers with criminal and substance use histories. *Sage Open*, *5*(4), 1-19.

Devi, S., & Singh, S. (2023). Risk Factors for Drug Addiction: A Review. *Indian Journal of Health & Wellbeing*, *14*(3), 383-387.

Dwivedi, A., & Rastogi, R. (2016). Future time perspective, hope and life satisfaction: A study on emerging adulthood. *Jindal Journal of Business Research, 5*(1), 17-25.

Harrison, J., Krieger, M. J., & Johnson, H. A. (2020). Review of Individual Placement and Support Employment Intervention for Persons with Substance Use Disorder. *Substance Use & Misuse*, *55*(4), 636-643.

Hoekstra, H. A. (2011). A career roles model of career development. *Journal of Vocational Behavior*, *78*(2), 159-173.

Kawachi, I., Troisi, R. J., Rotnitzky, A. G., Coakley, E. H., & Colditz, G. A. (1996). Can physical activity minimize weight gain in women after smoking cessation?. *American Journal of Public Health, 86*(7), 999-1004.

Keane, H. (2002). *What's wrong with addiction?.* Melbourne University Publish.

Kingree, J. B. (1997). The role of vocational behaviors preceding and during 12-step oriented treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment,14*(6), 575–579.

Laudet, A. B., & White, W. (2010). What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Abuse Treatment, 38*(1), 51–59.

Laudet, A. B., & White, W. L. (2008). Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery, life satisfaction, and stress among former poly-substance users. *Substance Use & Misuse*, *43*(1), 27-54

Leukefeld, C., McDonald, H. S., Staton, M., & Mateyoke-Scrivner, A. (2004). Employment, employment-related problems, and drug use at drug court entry. *Substance Use & Misuse, 39*(13-14), 2559-2579.

Lindner, S. R., Scarpa, S., McCarty, D., & Lundgren, L. (2024). Addiction severity and re-employment in Sweden among adults with risky alcohol and drug use. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, *156*, 209178.

Lüscher, C., Robbins, T. W., & Everitt, B. J. (2020). The transition to compulsion in addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, *21*(5), 247-263.

Martinelli, T. F., Nagelhout, G. E., Bellaert, L., Best, D., Vanderplasschen, W., & van de Mheen, D. (2020). Comparing three stages of addiction recovery: Long-term recovery and its relation to housing problems, crime, occupation situation, and substance use. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *27*(5), 387-396.

McElheran, J. J. (2012). *Time perspective, well-being, and hope.* (Doctoral dissertation). University of Alberta.

Mello, Z. R., Worrell, F. C. (2015). The Past, the Present, and the Future: A Conceptual Model of Time Perspective in Adolescence. In: Stolarski M., Fieulaine N., van Beek W. (eds). *Time Perspective Theory; Review, Research and Application. Springer, Cham*.

Niati, D. R., Siregar, Z. M. E., & Prayoga, Y. (2021). The effect of training on work performance and career development: the role of motivation as intervening variable. *Budapest International Research and Critics Institute (BIRCI-Journal): Humanities and Social Sciences*, *4*(2), 2385-2393.

Petry, N. M., Andrade, L. F., Rash, C. J., & Cherniack, M. G. (2014). Engaging in job-related activities is associated with reductions in employment problems and improvements in quality of life in substance abusing patients. *Psychology of Addictive Behaviors, 28*(1), 268-275.

Platt, J. J. (1997). Vocational rehabilitation of drug abusers. In G. A. Marlatt & G. R. VandenBos (Eds.), *Addictive behaviors: Readings on etiology, prevention, and treatment* (pp. 759–801). (Reprinted from "Psychological Bulletin," 117, 1995, pp. 416–433). American Psychological Association.

Prangley, T., Pit, S. W., Rees, T., & Nealon, J. (2018). Factors influencing early withdrawal from a drug and alcohol treatment program and client perceptions of successful recovery and employment: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, *18*, 301.

Richardson, L., Wood, E., Montaner, J., & Kerr, T. (2012). Addiction treatment-related employment barriers: The impact of methadone maintenance. *Journal of Substance Abuse Treatment, 43*(3), 276-284

Rodriguez, E. (2002). Marginal employment and health in Britain and Germany: Does unstable employment predict health?. *Social Science & Medicine, 55*(6), 963–979.

Ross, C., & Mirowsky, J. (1995). Does employment affect health?. *Journal of Health and Social Behavior, 36*(3), 230–243.

Sahker, E., Ali, S. R., & Arndt, S. (2019). Employment recovery capital in the treatment of substance use disorders: Six-month follow-up observations. *Drug and Alcohol Dependence*, *205*, 107624.

Schottenfeld, R. S., Pascale, R., & Sokolowski, S. (1992). Matching services to needs: Vocational services for substance abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 9*(1), 3–8.

Shafie, A. A. H. Bin, Wahab, H. B. A., Rahimi, M. K. A. Bin, Sukor, N. B., Mohd, S. N. B. M. Y., Yasin, N. B. M., & Miskam, N. A. B. A. (2019). The Effectiveness of Nada's Career Counseling Model towards Career Maturity and Self-Concept of Former Drug Addicts: A Qualitative Study. *International Journal of Research in Business and Social Sciences, 9*(6), 229–246.

Sinakhone, J. K., Hunter, B. A., & Jason, L. A. (2017). Good job, bad job: The employment experiences of women in recovery from substance abuse. *Work, 57*(2), 289-295.

Suiter, S. V., & Wilfong, C. D. (2021). Addiction, recovery, and work: Surviving the daily grind. *Work*, *68*(1), 149-159.

Tomassini, M. (2015). Reflexivity, self-identity and resilience in career development: Hints from a qualitative research study in Italy. *British Journal of Guidance & Counselling, 43*(3), 263-277.

Walton, M. T., & Hall, M. T. (2016). The effects of employment interventions on addiction treatment outcomes: a review of the literature. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 16*(4), 358-384.

Whaley, B. A., & Williamson, P. (2023). The Americans with Disabilities Act, addiction, and recovery. *Journal of Vocational Rehabilitation*, *58*(3), 299-305.

Zacher, H., Ambiel, R. A., & Noronha, A. P. P. (2015). Career adaptability and career entrenchment. *Journal of Vocational Behavior, 88*, 164-173.

Zaleski, Z., Cycon, A., & Kurc, A. (2001). Future time perspective and subjective well-being in adolescent samples. *In P. Schmuck & K. Sheldon (Eds.), Life goals and well-being: Towards a positive psychology of human striving (pp. 58-67).* Göttingen, Germany: Hogrefe & Huber Publishers, 58.

Zimbardo, P., Sword, R., Sword, R. (2012). *The time cure: Overcoming PTSD with the new psychology of time perspective therapy. San Francisco, CA: Wiley*.

Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 18, No. 74, P 157-180, Winter 2025

Research Article

Providing the Perspectives of Recovering Substance-Dependent Individuals on the Reasons for Participating or Not Participating in Sports Activities

Sakineh Lotfifard Shokrlou[1], Seyed Mohammad Kashef[2], Hossein Ali Hossein Alwan Al-Zubeidi[3]

Received: 2024/07/04 Accepted: 2025/06/03

Abstract

Objective: The present study investigated the perceptions of recovering substance-dependent individuals regarding the reasons for their participation or non-participation in sports activities. **Method:** This was a qualitative survey-based study. The statistical population included all members of Narcotics Anonymous in Alborz province. A sample of 15 individuals was selected using snowball sampling and the data saturation technique. Data was collected through in-depth semi-structured interviews. Data analysis was conducted using a combination of reflexive and inductive thematic analysis with MAXQDA 18 software. **Results:** The results revealed three main categories: intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation. Eight sub-categories were also identified: health, psychological factors, physical activity, sports excitement, sensation-seeking, social belonging, priorities, and ineffectiveness. **Conclusion:** To increase sports participation among recovering substance-dependent individuals and, consequently, reduce the risk of relapse, comprehensive and systematic planning by relevant authorities is needed. These plans should strengthen motivating factors such as health, psychological well-being, physical activity, sports excitement, sensation-seeking, and social belonging. They must also address existing barriers, including priorities and feelings of ineffectiveness, which lead to amotivation and a lack of sports participation.

Keywords: Recovering people, Sports participation, Social problem, Substances

1. Corresponding Author: Ph.D. Student, Department of Sport Management, Urmia University, Urmia, Iran. Email: Fereshteh.lotfi103@gmail.com
2. Professor, Department of Sport Management, Urmia University, Urmia, Iran.
3. Ph.D., Department of Sport Management, Urmia University, Urmia, Iran.

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هجدهم، شماره هفتاد و چهارم، ص۱۸۰-۱۵۷، زمستان ۱۴۰۳

مقاله پژوهشی

ارائه دیدگاه افراد وابسته به مواد بهبودیافته پیرامون دلایل مشارکت یا عدم مشارکت در فعالیت‌های ورزشی

سکینه لطفی فرد شکرلو[۱]، سیدمحمد کاشف[۲]، حسین علی حسین علوان الزبیدی[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۱۳

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به بررسی درک دیدگاه افراد وابسته به مواد بهبودیافته پیرامون دلایل مشارکت یا عدم مشارکت در فعالیت‌های ورزشی بود. **روش:** پژوهش حاضر کیفی مبتنی بر روش پیمایشی بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه اعضای انجمن معتادان گمنام در استان البرز بود که بر اساس نمونه-گیری گلوله برفی و با استفاده از تکنیک اشباع داده‌ها ۱۵ نفر انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها با روش مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش ترکیبی تحلیل موضوعی بازتابی و استقرایی با استفاده از نرم‌افزار مکس کیودا نسخه ۱۸ انجام گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد ۳ مقوله کلی شامل انگیزه درونی، انگیزه بیرونی و بی‌انگیزگی و ۸ مقوله فرعی شامل سلامتی، عوامل روحی و روانی، تحرک، هیجان ورزشی، احساس‌طلبی، تعلق اجتماعی، اولویت‌ها و عدم‌کارآمدی شناسایی شد. **نتیجه‌گیری:** برای افزایش مشارکت ورزشی افراد وابسته به مواد بهبودیافته و در نتیجه کاهش عود مجدد به اعتیاد، نیاز به برنامه‌ریزی جامع و مدون مسئولان ذی‌ربط است که عوامل ایجاد انگیزه مانند سلامتی، عوامل روحی و روانی، تحرک، هیجان ورزشی، احساس‌طلبی و تعلق اجتماعی را تقویت کنند و موانع موجود از جمله اولویت‌ها و عدم‌کارآمدی را که باعث بی‌انگیزگی و عدم مشارکت ورزشی می‌شوند را برطرف سازند.

کلیدواژه‌ها: بهبودیافتگان، مشارکت ورزشی، معظل اجتماعی، مواد مخدر

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری، گروه مدیریت ورزشی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. پست الکترونیک: Fereshteh.lotfi103@gmail.com

۲ . استاد، گروه مدیریت ورزشی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

۳ . دکترای، گروه مدیریت ورزشی ، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

مقدمه

ورزش، به عنوان یکی از مؤثرترین و مهم‌ترین راه‌های حفظ سلامت جسم و روح، مزایای متعددی را به همراه دارد. این فعالیت نه تنها احساس رقابت و هیجان را در افراد تقویت می‌کند، بلکه فرصتی برای دستیابی به برتری در یک چارچوب منظم و بر اساس قوانین مشخص را فراهم می‌آورد (اوکتادیناتا[1] و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه بر این، ورزش می‌تواند به کاهش خطرات سلامت روان نیز کمک کند (ناتانگل و کنستر[2]، ۲۰۲۵). با این حال، ورزش و فعالیت بدنی به عنوان یک رفتار، همواره با مزایا و چالش‌هایی همراه است که بر میزان تمایل افراد به مشارکت در فعالیت‌های بدنی تأثیر می‌گذارد. ورزش، به عنوان پرطرفدارترین شکل فعالیت بدنی، یکی از مؤثرترین راه‌ها برای افزایش سطح فعالیت فیزیکی شناخته شده است (کارتی[3] و همکاران، ۲۰۲۱). سازمان بهداشت جهانی نیز فواید بی‌شماری را برای فعالیت بدنی از جمله پیشگیری از شرایطی مانند فشار خون بالا و چاقی، و همچنین بهبود سلامت روانی و کیفیت زندگی ذکر کرده است. این سازمان توصیه می‌کند که افراد ۱۸ تا ۶۴ سال، ۱۵۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط در هفته داشته باشند. با وجود این توصیه‌ها، بیش از یک چهارم جمعیت بزرگسال جهان به اندازه کافی فعال نیستند (سازمان بهداشت جهانی[4]، ۲۰۱۹). بر اساس آمارها، عدم فعالیت بدنی، ۶ درصد از بار بیماری عروق کرونر قلب، ۷ درصد از موارد دیابت نوع دو، ۱۰ درصد از سرطان سینه و ۹ درصد از مرگ‌های زودرس را در سراسر جهان تشکیل می‌دهد. جالب توجه اینکه، اگر بی‌تحرکی تنها ۱۰ درصد کاهش یابد، می‌توان سالانه جان نیم میلیون نفر را نجات داد (فرح[5] و همکاران، ۲۰۲۱). به همین دلیل، سازمان بهداشت جهانی هر کشوری را به چالش کشیده است تا سال ۲۰۵۰، عدم فعالیت ملی خود را ۱۰ درصد کاهش دهد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۹).

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی افراد شامل جنبه‌های مختلفی از جمله سلامت جسمانی است. ورزش به عنوان یکی از مهم‌ترین راه‌ها برای بهبود کیفیت

1. Oktadinata
2. Nothnagle & Knoester
3. Carty
4. World Health Organization
5. Farah

زندگی شناخته می‌شود و به ارتقاء سلامت جسمانی کمک می‌کند. از طرفی، تحقیقات نشان می‌دهند افرادی که کیفیت زندگی بالاتری دارند، شاداب‌تر، امیدوارتر و باانگیزه‌تر هستند. در این راستا، خودانگیختگی به عنوان یکی از عوامل کلیدی تأثیرگذار بر مشارکت افراد در فعالیت‌های ورزشی محسوب می‌شود (دهقان‌پوری و همکاران، ۱۴۰۱). با این حال، مفهوم اصلی فعالیت، مشارکت است که به دلیل تنوع علایق، ارزش‌ها، استانداردها و توانایی‌های افراد، ارائه تعریفی جامع و دقیق از آن دشوار به نظر می‌رسد. به همین دلیل، مشارکت ورزشی به معنای نقش فعال فرد در فعالیت‌های ورزشی است و تحت تأثیر عوامل متعددی قرار دارد (اورلی[1] و همکاران، ۲۰۲۳). علاوه بر این، شرکت در ورزش و فعالیت‌های بدنی مناسب می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در پیشگیری و درمان بسیاری از بیماری‌های جسمانی، روانی و اجتماعی ایفا کند. به طور خاص، ورزش می‌تواند به عنوان یک راهکار مؤثر در مقابله با بیماری‌هایی مانند اعتیاد و دیگر چالش‌های اجتماعی عمل کند (یاوری بافقی، ۱۴۰۲). درواقع، توجه به اهمیت ورزش و تأثیر آن بر کیفیت زندگی معتادان بهبودیافته می‌تواند به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان حوزه سلامت کمک کند تا راهکارهای بهتری برای ارتقاء سطح فعالیت‌های بدنی در جامعه طراحی کنند.

مصرف مواد مخدر در دهه گذشته به عنوان یک بحران بهداشت عمومی جهانی شناخته شده است (ایزل[2] و همکاران، ۲۰۲۴). بر اساس تخمین‌ها، در سال ۲۰۱۸ حدود ۲۶۹ میلیون نفر در سراسر جهان به اختلال مصرف مواد مخدر مبتلا بودند (کاشی، ۱۴۰۰). این مسئله پیامدهای جدی از جمله محرومیت اجتماعی و اقتصادی، مصرف بیش از حد و مرگ را به دنبال دارد (استرانگ[3] و همکاران، ۲۰۲۰). قابل توجه است که گزینه‌های درمانی دارویی محدودی برای اختلال مصرف مواد مخدر وجود دارد، و در این راستا رویکردهای ارتقای بهبودی بیشتر به مراقبت‌های غیردارویی و روانی–اجتماعی متکی هستند؛ لذا، انجمن معتادان گمنام به عنوان گزینه‌ای مؤثر برای کمک به برخی از افراد مبتلا به مواد مخدر در دستیابی به بهبودی از این اختلال عمل می‌کند (گالانتر[4] و همکاران، ۲۰۲۳). در ادامه، به بررسی

1. O'Reilly
2. Ezell
3. Strang
4. Galanter

تعدادی از پژوهش‌هایی که در زمینه ارتباط بین افراد وابسته به مواد مخدر و ورزش انجام گرفته است، پرداخته می‌شود. یکی از پژوهش‌های مرتبط، مطالعه درنجاک[1] و همکاران (۲۰۲۴) است. این پژوهشگران با بررسی روابط بین مشارکت ورزشی، فعالیت بدنی و مصرف مواد در دانشجویان دریافتند که در بین دانشجویان دختر، پیشرفت رقابتی بالاتر در ورزش با خطر بیشتر مصرف همزمان مواد همراه است. به عبارت دیگر، دانشجویان دختر با موفقیت بیشتر در ورزش، بیشتر در معرض خطر مصرف همزمان مواد قرار داشتند. این یافته نشان می‌دهد که مسئولان بهداشت عمومی لازم است برنامه‌های آموزشی و پیشگیرانه خاصی را برای ورزشکاران زن طراحی و اجرا کنند.

هالادی[2] و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که ارتباط غیرمستقیم بین مشارکت ورزشی در مدرسه و مصرف مواد یا سلامت روان، به دو عامل فعالیت بدنی و احساس تعلق به مدرسه وابسته است. این بدان معناست که مشارکت ورزشی در مدرسه، با افزایش فعالیت بدنی و احساس تعلق به مدرسه، می‌تواند به طور غیرمستقیم از مصرف مواد پیشگیری کند و سلامت روان را بهبود بخشد. بنابراین، داشتن اهداف پیشگیرانه و استفاده از مشارکت ورزشی در مدرسه به عنوان یکی از راهکارهای دستیابی به این اهداف، می‌تواند امیدوارکننده باشد. یاوری بافقی (۱۴۰۲) نیز در پژوهش خود با بررسی دیدگاه درمانگران در زمینه تاثیر ورزش در بهبود فرآیند ترک اعتیاد به این نتیجه رسید که طراحی تمرینات و فعالیت‌های ورزشی استاندارد برای تکمیل درمان ضروری است. به نظر او، بهبود و افزایش آموزش درمانگران مراکز درمان و توان‌بخشی و تغییر راهبردهای دستگاه‌های تصمیم‌گیرنده به‌ویژه وزارت بهداشت، در این زمینه اهمیت بسزایی دارد. علاوه بر این، نتایج پژوهش شیرسوار و همکاران (۱۳۹۲) نشان می‌دهد بیمارانی که در کنار دارودرمانی از روش‌های ترکیبی مانند فعالیت منظم ورزشی با شدت متوسط نیز بهره می‌گیرند، بهبود بیشتری در کیفیت زندگی و عزت نفس خود تجربه می‌کنند. همچنین، کوان[3] و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود نشان دادند که مشارکت در ورزش، به ویژه در دوران دبیرستان،

1. Drenjak
2. Halladay
3. Kwan

خطر کلی مصرف مواد غیرقانونی را در نوجوانان و بزرگسالان جوان کاهش می‌دهد. مطالعات راکافلو و ساولز[1] (۲۰۰۶) نیز با بررسی مصرف مواد در دانشجویان و نقش انگیزه درونی در مقابل انگیزه بیرونی برای مشارکت ورزشی، نشان داد دانشجویانی که انگیزه بیرونی برای مشارکت در فعالیت‌های بدنی یا ورزش، به‌ویژه ورزش‌های تیمی دارند، ممکن است نیاز به تلاش‌های پیشگیری هدفمندتری داشته باشند. مطالعات متعددی در مورد مشارکت ورزشی افراد سالم، معلول و بیماران خاص برای شرکت در ورزش انجام شده است (کاشف و همکاران، ۱۴۰۳؛ وکیلی‌تنها و همکاران، ۱۳۹۸؛ جوسپه[2]، ۲۰۲۳؛ آل هارتی[3] و همکاران، ۲۰۲۴؛ ندایی و شریفی، ۱۳۹۱؛ ژوروویچ[4] و همکاران، ۲۰۲۰؛ توزر و دمیر[5]، ۲۰۲۲؛ کاتانیچ[6] و همکاران، ۲۰۲۲؛ یو[7] و همکاران، ۲۰۲۲)؛ لذا با بررسی پیشینه ادبیات مشخص شد، در مورد مشارکت ورزشی بهبودیافته‌گان، مطالعات نادری وجود دارد.

با وجود انجام پژوهش‌های متعدد در حوزه اعتیاد و ورزش، تاکنون مطالعه‌ای جامع در خصوص دیدگاه معتادان بهبودیافته پیرامون دلایل مشارکت یا عدم مشارکت ورزشی انجام نشده است. شکاف موجود در ادبیات نشان می‌دهد که بیشتر پژوهش‌ها بر روی افراد سالم، معلول و بیماران خاص متمرکز بوده و به‌طور خاص به این گروه از جامعه پرداخته نشده است. از آنجا که ورزش به عنوان ابزاری مؤثر در درمان و بهبودی از اعتیاد شناخته شده و اثرات مثبتی بر سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی بهبود یافتگان دارد، بررسی دلایل مشارکت یا عدم مشارکت ورزشی در این گروه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. علاوه بر نقش ورزش در درمان، این فعالیت به‌عنوان یک راهکار مؤثر در پیشگیری از عود مجدد به مصرف مواد مخدر نیز مطرح است. بنابراین، شناسایی عواملی که می‌توانند به بهبود یافتگان در جهت فعالیت‌های ورزشی کمک کنند و موانع مشارکت ورزشی را رفع نمایند، گامی مهم در جهت کاهش مصرف مواد مخدر و ارتقای سلامت جامعه محسوب می‌شود. با توجه به شیوع گسترده اعتیاد و آسیب‌های جبران‌ناپذیری که این معضل به جامعه و

1. Rockafellow & Saules
2. Juspah
3. Al Harthy
4. Đurović
5. Tüzer & Demırel
6. Katanic
7. Yu

خانواده وارد می‌کند، توجه به مشارکت ورزشی معتادان بهبود یافته ضروری است. با وجود تأثیرات مثبت ورزش بر روند بهبودی، اطلاعات کافی درباره دلایل مشارکت یا عدم مشارکت ورزشی در این گروه جمع‌آوری نشده است. از این‌رو، هدف اصلی پژوهش حاضر روشن‌سازی ابعاد مختلف این موضوع و شناسایی موانع و عوامل مؤثر بر مشارکت ورزشی در معتادان بهبود یافته است. شناخت عمیق‌تر این عوامل می‌تواند به مسئولان ذی‌ربط در توسعه استراتژی‌های مؤثر برای کاهش موانع موجود و تقویت انگیزه مشارکت ورزشی در این افراد کمک کند. در نهایت، افزایش مشارکت ورزشی نه تنها به بهبود وضعیت سلامت جسمانی و روانی بهبود یافتگان منجر می‌شود، بلکه می‌تواند در کاهش احتمال عود مجدد به مصرف مواد مخدر نیز مؤثر باشد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر کیفی مبتنی بر روش پیمایشی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه اعضای انجمن معتادان گمنام در استان البرز بودند. نمونه پژوهش شامل ۱۵ نفر از افرادی بود که با شرکت در جلسات این انجمن، مصرف مواد مخدر را ترک کرده‌اند. به منظور اطمینان از این‌که دیدگاه‌های جمع‌آوری‌شده مرتبط با زمینه پژوهش هستند و همچنین برای دسترسی آسان به نمونه‌ها، از روش نمونه‌گیری گلوله‌برفی استفاده شد. روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته بود و این روند تا رسیدن به غنای لازم و اشباع نظری ادامه یافت. پس از انجام ۱۵ مصاحبه، اطلاعات جدیدی حاصل نشد و داده‌ها تکراری شدند. ملاک‌های ورود برای شرکت‌کنندگان شامل داشتن سابقه ورزشی و معیارهای خروج شامل عدم سابقه ورزشی بودند. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، پس از اخذ رضایت شفاهی از شرکت‌کنندگان برای حضور در مطالعه، به آن‌ها اطمینان داده شد که مشارکت و ضبط مصاحبه به‌صورت اختیاری است. همچنین، اطلاعات آن‌ها به‌صورت محرمانه نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند و افراد در هر مرحله از پژوهش حق کناره‌گیری از مطالعه را خواهند داشت. اعتبار یا روایی داده‌ها بر اساس روش سه‌سوسازی (مثلث‌سازی) انجام شد. در نهایت،

داده‌های گردآوری‌شده در فرآیند مصاحبه‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای بازتابی[1] و استقرایی و با استفاده از نرم‌افزار مکس کیودا نسخه ۱۸ تحلیل شد. تحلیل محتوای بازتابی رویکردی است که در آن محقق با استفاده از دانش و تجربه خود و نظریات موجود، به تفسیر داده‌ها می‌پردازد. در مقابل، تحلیل محتوای استقرایی که در آن محقق بدون هیچ پیش فرضی به داده‌ها نزدیک می‌شود و به دنبال کشف الگوها و مفاهیم جدید است که ترکیب این دو رویکرد در یک مطالعه کیفی می‌تواند به محققان کمک کند تا به نتایج جامع‌تری دست پیدا کنند.

یافته‌ها

در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد مورد بررسی ارائه شده است.

جدول ۱: مشخصات مشارکت‌کنندگان در پژوهش

شماره	سن	جنسیت	سابقه ورزش
۱	۵۵	مرد	بیش از ۱۰ سال
۲	۵۸	مرد	۲ سال
۳	۳۹	مرد	۱ سال
۴	۴۵	مرد	۲ و نیم سال
۵	۳۸	مرد	بیش از ۱۰ سال
۶	۳۲	مرد	۵ سال
۷	۴۳	مرد	۸ ماه
۸	۳۵	زن	۱ و نیم سال
۹	۳۴	زن	۴ سال
۱۰	۴۱	مرد	۲ سال
۱۱	۳۲	زن	۶ ماه
۱۲	۴۰	مرد	بیش از ۱۰ سال
۱۳	۳۳	زن	۵ سال
۱۴	۴۴	مرد	۲ و نیم سال
۱۵	۳۷	زن	۴ سال

1. Reflexive Thematic Analysis

نتایج حاصل از فرایند تحلیل و کدگذاری داده‌ها یعنی استخراج عبارت‌ها از مصاحبه‌ها، کدگذاری باز (شناسایی مضامین اولیه)، کدگذاری محوری (دسته‌بندی مضامین اولیه و ایجاد توصیفات جامع) در جدول ۲ ارائه شده است. از طریق تجزیه و تحلیل داده‌ها ۳ موضوع کلی شامل انگیزه درونی، انگیزه بیرونی و بی‌انگیزگی و 8 مقوله فرعی شامل سلامتی، عوامل روحی و روانی، تحرک، هیجان ورزشی، احساس طلبی، تعلق اجتماعی، اولویت‌ها و عدم‌کارآمدی شناسایی شد.

جدول ۲: مضامین استخراج شده از محتوای مصاحبه با نمونه مورد پژوهش

برخی جملات شرکت‌کنندگان	مضامین فرعی‌تر	مضامین فرعی	مضامین اصلی
برای حفظ سلامتی و تناسب اندام بدنسازی می‌روم.	تندرستی	سلامتی	انگیزه درونی
برای آماده نگه داشتن و حفظ فرم بدنم ورزش می‌کنم.			
یوگا و حرکات نرمشی و پیاده روری در پارک برای مراقبه انجام می‌دهم.	آرامش		
وقتی ورزش می‌کنم کمتر عصبانی می‌شوم.			
ورزش باعث کمتر شدن استرس و اضطرابم می‌شه.			
با ورزش کردن تونستم بعضی از خلاءهای درونی خودمو پر کنم.	پر کردن خلاء	روحی و روانی	
مثلاً روی خودم کنترل دارم و برای خودم هدف‌گذاری کردم.			
جبران آسیب‌های وارده شده.			
دلیلی درونی برای ورزش کردنم پیدا کردم.	باورهای شناختی		
در طول دوره مصرفم هنگام ورزش بعضاً در اثر مصرف مواد مخدر قدرت عجیبی از نظر ذهنی به من دست می‌داد.			
چون بیماری بیش‌فعالی دارم، ورزش کردن برای من واجبه.	بیش فعالی	تحرک	
دیگه به ورزش اعتیاد پیدا کردم.	روتین روزانه		
باشگاه که میرم حالم خوب می‌شه.	انرژی و سرخوشی	هیجانات ورزشی	
در زمان مصرفمم فوتبال بازی می‌کردم.	عشق به ورزش		
عاشق ورزش هستم.			
برای سرپوش نهادن بر اعتیادم ورزش می‌کردم تا دیگران منو قبول داشته باشند.	سرپوش نهادن	احساس طلبی	انگیزه-بیرونی

جدول ۲: مضامین استخراج شده از محتوای مصاحبه با نمونه مورد پژوهش

برخی جملات شرکت‌کنندگان	مضامین فرعی‌تر	مضامین فرعی	مضامین اصلی
برای این‌که اطرافیان متوجه نشن اعتیاد دارم.			
برای جلب توجه در پارک تکنو می‌زدیم.			
هیکلمو می‌ساختم تا جلب توجه کنم.	برتری فیزیکی		
برادرم با زور منو باشگاه می‌برد.	خانواده		
پدرم باعث شد دوباره باشگاه برم.			
با تشویق راهنمام ورزش رو شروع کردم.	راهنما	تعلق اجتماعی	
پس از ترک، با چندتا دوست جدید در انجمن معتادان گمنام آشنا شدم و شروع به فوتبال کردم.	دوستان		
مواد مخدر جایگزین ورزش شد.	مواد مخدر		
پول درآوردن و شاغل بودن اولویتم هستند.	پول و شغل	اولویت‌ها	
هنگام ورزش کردن آسیب دیدم.	آسیب‌های ورزشی		
بعد از بارداری ورزش نکردم.	عملکرد بدن		بی‌انگیزگی
حس و حالم نسبت به ورزش کمتر شد.		عدم‌کارآمدی	
مواد مخدر منو از همه چی انداخت.			
زمان مصرفم جمع گریز شده بودم. اینطوری بود که دیگه به ورزش فکر نمی‌کردم.	منزوی شدن		

پاسخ‌های شرکت‌کنندگان در این پژوهش به منظور آگاهی بهتر از تجارب و ادراک آن‌ها از مشارکت در ورزش مورد تحلیل قرار گرفت. از طریق تجزیه و تحلیل داده‌ها، سه موضوع کلی شناسایی شد: انگیزه درونی شامل (سلامتی، عوامل روحی و روانی، تحرک و هیجان ورزشی)، انگیزه بیرونی که شامل (احساس طلبی و تعلق اجتماعی) و بی‌انگیزگی که ناشی از (اولویت‌ها و عدم کارآمدی) است.

۱. انگیزه درونی

انگیزه درونی به نیرویی گفته می‌شود که از درون فرد نشأت می‌گیرد و او را به انجام کاری وادار می‌کند، بدون اینکه پاداش یا اجباری از بیرون وجود داشته باشد. به عبارت دیگر، انگیزه درونی زمانی شکل می‌گیرد که فرد به دلیل لذت‌بردن از خودِ فعالیت، حس رضایت

درونی، یادگیری و رشد شخصی، کاری را انجام می‌دهد. همچنین، این نوع انگیزه شامل چهار عامل اصلی می‌شود که شامل سلامتی، عوامل روحی و روانی، تحرک و هیجان ورزشی است.

سلامتی: سلامتی یک مفهوم گسترده است که فراتر از نبود بیماری می‌باشد. به همین دلیل، سازمان بهداشت جهانی سلامتی را به عنوان حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف می‌کند. در این راستا، هنگامی که درباره انگیزه درونی و مضمون سلامت در این پژوهش بحث می‌شود، به‌روشنی حفظ تندرستی و آرامش به‌عنوان عواملی مهم در نظر گرفته شده‌اند. همچنین تأکید شده است که پس از ترک مواد مخدر، مقوله حفظ تندرستی به‌عنوان عاملی بالقوه و مطلوب برای افزایش انگیزه درونی مطرح می‌شود. در این رابطه، نظر شرکت‌کننده شماره ۲ این بود: «*بعد از ترک مواد و بهبودی از اعتیاد مغزم بهتر کار کرد و دیدم نسبت به زندگی عوض شد. الان با علاقه بالا یی به باشگاه بدن‌سازی میرم و برای حفظ سلامتی و تناسب اندام بدنم حتی بعضی اوقات در پارک هم قدم می‌زنم*». در این رابطه شرکت‌کننده شماره ۱۴ اظهار داشت: «*واسه بهبود حال درونیم و همچنین برای آماده نگه داشتن بدنم و حفظ فرم بدنی‌ام*». بااین‌حال، هنگامی‌که در مورد انگیزه درونی مشارکت در ورزش بعد از بهبودی سؤال شد، دو نفر از گروه‌های کانون موافق اهمیت بالای آرامش ذهنی مهم بودند. در این مورد شرکت‌کننده شماره ۴ گفت: «*به محیط باشگاه و کار با وزنه علاقه ندارم، بیشتر یوگا و حرکات نرمشی و پیاده روری در پارک را ترجیح می‌دهم و این کارها را برای مراقبه انجام می‌دهم*». نظر شرکت‌کننده ۱۲ هم این بود: «*ورزش باعث آرامشم میشه و وقتی ورزش می‌کنم حتی کمتر عصبی میشم*». شرکت‌کننده ۱۳ هم گفت: «*ورزش افسردگی و اضطرابمو کمتر می‌کنه*».

عوامل روحی و روانی: مقوله روحی و روانی به تمامی جنبه‌های ذهن، احساسات و رفتار انسان اشاره دارد. از این رو، این حوزه گسترده شامل طیف وسیعی از موضوعات از جمله شخصیت، انگیزه، احساسات، ادراک، هوش و اختلالات روانی می‌شود. به علاوه، بررسی این موضوعات می‌تواند به درک بهتر و عمیق‌تری از پیچیدگی‌های رفتار انسانی و نحوه تعامل آن با محیط اطراف کمک کند. در مقوله روحی و روانی شرکت‌کنندگان به

دو موضوع باورهای شناختی و پر کردن خلاء اشاره داشتند. در مقوله باورهای شناختی، شرکت‌کننده شماره ۱ تجربه خود را بیان کرد: «*در طول دوره مصرفم هنگام ورزش بعضاً در اثر مصرف مواد مخدر قدرت عجیبی به من دست می‌داد و امیدی همراه با نوعی ترس عمیق، آشفتگی‌ای درونی در من ایجاد می‌کرد و در نتیجه، بی‌تفاوتی و بی‌نظمی بر زندگی‌ام حکمفرما می‌شد*». در رابطه با پر کردن خلاء درونی، نظر شرکت‌کننده شماره ۱۲ این بود: «*با ورزش کردن تونستم یک سری از خلاءهامو پر کنم. اگه ورزش نکنم خیلی زود عصبی میشم. از زمانی که ورزش می‌کنم تونستم روی اعصابم کنترل داشته باشم و حتی ورزش باعث شده برای خودم هدف‌گذاری کنم. همین هدف‌گذاری‌ها باعث شدن سمت مواد نرم ولی بازم تضمینی نیست*». نظر شرکت‌کننده شماره ۱۴ هم این بود: «*اون آسیب‌هایی رو که از طریق مصرف مواد بهم وارد شده بود با ورزش کردن جبران می‌کنم*». در این مورد نظر شرکت‌کننده شماره ۹ این بود که: «*با خودم می‌گفتم که من که ورزش می‌کنم، پس با مصرف مواد هیچ مشکلی برایم پیش نمی‌آید. به همین دلیل، برای خودم دلیل می‌آوردم تا کارم را توجیه کنم*». بنابراین، این موضوع انگیزه‌ی درونی برای شرکت در ورزش را در این فرد ایجاده می‌کرده است. ازاین‌رو، شرکت‌کنندگان پیشنهاد کردند که در درجه اول باید در راستای بهبودی روح و روان خود قدم برداریم و بعد برای بهبودی جسم، اقدام به ورزش کنیم؛ زیرا این روش نتیجه خواهد داد.

تحرک: تحرک به معنای توانایی افراد برای حرکت کردن است و به بدن این امکان را می‌دهد که عضلات و مفاصل، سیستم قلبی و عروقی، و همچنین سیستم عصبی خود را تقویت کند. در واقع، تحرک هسته اصلی هر ورزشی به شمار می‌آید و بدون آن، دستیابی به اهداف ورزشی و حفظ سلامت به‌طور مؤثری امکان‌پذیر نخواهد بود. بنابراین، توجه به تحرک و فعالیت‌های بدنی می‌تواند نقش مهمی در ارتقاء کیفیت زندگی ایفا کند. در ارتباط با موضوع بیش‌فعالی که زیر مجموعه مقوله تحرک می‌باشد، شرکت‌کنندگان شماره ۳، ۱۲ و ۱۳ گفتند: «*از بچگی بیش‌فعال بودم و این بیماری‌ام در کودکی تشخیص داده نشده*». شرکت‌کننده ۱۳ به حرفش اینگونه داد: «*از زمانی‌که اطلاعاتم در مورد بیماری بیش‌فعالی بالا رفته، به این نتیجه رسیدم که ورزش کردن برای من واجبه چون انرژیم خیلی*

زیاده و اگه با ورزش تخلیه نشم حتماً کاری دست خودم می‌دم. برای همین، هر هفته کوه‌نوردی میرم». آن‌ها در ادامه پیشنهاد کردند که دانش‌آموزان مبتلا به بیش‌فعالی شناسایی و درمان شوند؛ زیرا این افراد دچار مشکلات رفتاری مانند عجول‌بودن و کمبود تمرکز هستند و این امر منجر به مصرف مواد مخدر در آن‌ها می‌شود که متأسفانه در دهه شصت و دهه‌های قبل از آن در مدراس برنامه‌ای برای شناسایی این نوع دانش‌آموزان وجود نداشت و برای جلوگیری از این معضل باید از مدارس شروع کرد. می‌توان اظهار داشت، کودکانی که به دلیل علاقه‌مندی و کنجکاوی خود، پرتحرک‌تر هستند، می‌توانند انگیزه درونی بالایی برای شرکت در ورزش داشته باشند. نظر شرکت‌کننده شماره ۱۵ در رابطه با مقوله روتین روزانه این بود: «*بعد از ترک به‌صورت روتین ورزش می‌کنم. دیگه به ورزش اعتیاد پیدا کردم*».

هیجانات ورزشی: هیجان انرژی و شور و شوقی است که ورزش را از یک فعالیت ساده فراتر می‌برد و آن را به تجربه‌ای ماندگار تبدیل می‌کند. این هیجان به عنوان یک انگیزه قوی برای شرکت در ورزش عمل می‌کند و به افراد کمک می‌کند تا به اهدافشان برسند و از ورزش لذت ببرند. پس از انجام مصاحبه مشخص شد که بهبودیافتگان ممکن است نیاز داشته باشند تا درباره هیجانات ورزشی خود از جمله هیجانات روزمره و انرژی و سرخوشی خود برای شرکت در فعالیت‌های ورزشی قبل و بعد از ترک مواد صحبت کنند. در این مورد، شرکت‌کننده شماره ۸ گفت: «*در دوران مصرف مواد ورزش نمی‌کردم چون فکر و ذکرم فقط به مصرف بود و فقط می‌خواستم با مواد مخدر روزمو بسازم و اولویتم فقط تهیه مواد بود. اما بعد از ترک، باشگاه می‌رفتم و این‌طوری حالم خوب می‌شد. بااین‌حال، بعد از بهبودی گه‌گاهی سیگار می‌کشیدم ولی با باشگاه رفتن اونو هم کنار گذاشتم چون اونجا تمام انرژی منفیم تخلیه می‌شد*». در رابطه با عشق به ورزش شرکت‌کننده شماره ۴ هم نظر جالبی داشت: «*توی دوره مصرف فوتبال هم بازی می‌کردم و خودمو اصلاً معتاد نمی‌دونستم. فکر می‌کردم معتاد اونایی هستن که تو جوب یا کنار سطل آشغال می‌خوابن. چون تفریحی می‌کشیدم و این کار رو یه‌جور لذت‌طلبی تلقی می‌کردم*». نظر شرکت‌کننده شماره ۱۲ هم این بود: «*عاشق ورزش هستم. حتی در اوقات فراغتم هم مسابقات و اخبار*

ورزشی را دنبال می‌کنم و کتاب‌های ورزشی می‌خونم. بوکس کار می‌کنم و به‌زودی در مسابقات جهانی شرکت خواهم کرد».

۲. انگیزه بیرونی

انگیزه بیرونی به اقداماتی اطلاق می‌شود که فرد برای انجام آن‌ها از سوی عوامل بیرونی مانند پاداش، اجبار یا اجتناب از تنبیه تحریک می‌شود. به عبارت دیگر، انگیزه بیرونی از خارج از فرد نشأت می‌گیرد و فرد به منظور دستیابی به هدفی که خارج از خود اوست، تلاش می‌کند. در این زمینه، عوامل شناسایی شده شامل احساس طلبی و تعلق اجتماعی می‌باشد.

احساس طلبی: احساس طلبی یا تأیید طلبی به نیاز شدید و مداوم فرد برای کسب تأیید و پذیرش از دیگران اشاره دارد. این نیاز، به ویژه در دنیای ورزش، بسیار رایج و قابل مشاهده است. بسیاری از ورزشکاران به دنبال تأیید و شناخت از سوی مربیان، هم‌تیمی‌ها و حتی تماشاگران هستند، که می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر روحیه و انگیزه آن‌ها داشته باشد. بخش بزرگی از بحث‌های شرکت‌کنندگان برای مشارکت ورزشی در زمان مصرف، بر تأییدطلبی یا احساس طلبی از طرف خانواده و جامعه متمرکز بود. شرکت‌کننده شماره ۱ بر این باور بود که: «*از قدیم ورزش را دوست داشتم و تقریباً از نوجوانی ورزش رزمی را شروع کردم. از ورزش لذت نمی‌بردم چون درگیر اعتیاد بودم. از طریق ورزش به نوعی می‌خواستم به اعتیادم سرپوش بزارم و به دیگران ثابت کنم که با اینکه اعتیاد دارم ولی هنوزم قوی هستم و می‌تونم از شماها هم بهتر باشم. حتی بعد از بهبودی هم برای اینکه خودمو به دیگران ثابت کنم ورزش می‌کردم*». شرکت‌کننده شماره ۲ و ۱۰ هم گفتند: «*برای این‌که اطرافیانم متوجه اعتیادم نشن و لاغر نشم باشگاه می‌رفتم*». نظر شرکت‌کننده شماره ۱۴ این بود: «*در اوایل اعتیادم توی پارک چیتگر با رفقام جمع می‌شدیم و تکنو می‌زدیم و کارای نمایشی انجام می‌دادیم*». در رابطه با مقوله برتری فیزیکی، شرکت‌کننده شماره ۱۳ گفت: «*قبل از ترک کردن بدن‌سازی می‌رفتم تا هیکلمو بسازم، تا دیگران ازم تعریف کنند، چون هر انسانی می‌خواد حس دوست‌داشته‌شدن رو از بیرون، از آدمای اطرافش دریافت کنه*».

تعلق اجتماعی: تعلق اجتماعی به معنای احساس پیوند و وابستگی فرد به یک گروه یا جامعه است. این حس از طریق تعاملات اجتماعی و اشتراک در ارزش‌ها، باورها و اهداف مشترک شکل می‌گیرد و احساس عضویت در یک گروه را تقویت می‌کند. همچنین، احساس تعلق می‌تواند انگیزه فرد را افزایش دهد و به بهبود عملکرد، ارتقاء اعتماد به نفس و عزت نفس او کمک کند. به طور کلی، داشتن احساس تعلق می‌تواند تأثیرات مثبتی بر سلامت روانی و اجتماعی فرد داشته باشد.این موضوع نشانگر نقش به‌سزای خانواده و دوستان در بهبودی معتادین به مصرف مواد است. در این مورد نمونه شماره ۳ گفت: «*چون پدرم مصرف می‌کرد منم به خاطر شرایط خانوادگی تقریباً در سن ۱۱ سالگی به مواد مخدر روی آوردم. وقتی برادرم متوجه شد با زور منو با خودش می‌برد باشگاه تا بهم کمک کنه اعتیاد رو رها کنم ولی مواد غلبه کرد و دیگه باشگاه نرفتم. حتی زمانی‌که تصمیم به ترک گرفتم بازم این برادرم بود که کمکم کرد*». شرکت‌کننده شماره ۱۲ هم گفت: «*خانوادم خیلی با من کلنجار رفتن تا بتونن منو به سمت ورزش که عشق بچگیم هم بود سوق بدن ولی متأسفانه موفق نشدن تا اینکه بعد از ترک مواد پدرم باعث شد دوباره باشگاه برم*». نمونه ۱۴ هم تجربه‌اش را اینطور بیان کرد: «*بعد از خدمتم چون اعتیادم شدت گرفت کلاً ورزش را تعطیل کردم ولی یک‌سال‌ونیم بعد از ترک به توصیه راهنمام دوباره ورزش هوازی رو شروع کردم*». در این رابطه، شرکت‌کننده ۷ هم گفت: «*قبل از مصرف ورزش می‌کردم. با شروع مصرف وقت کمتری برای ورزش به دست می‌آوردم تا اینکه دیگه کلا ورزش رو کنار گذاشتم. در سال‌های اول پس از ترک، با چندتا دوست جدید آشنا شدم و در انجمن معتادان گمنام شروع به فوتبال کردم. دلیل و انگیزه پیش‌رونده من در ورزش در واقع رفقام بودن*».

۳. بی انگیزگی

بی‌انگیزگی به معنای فقدان علاقه، اشتیاق و نیروی محرکه برای انجام فعالیت‌های ورزشی و دستیابی به اهداف است. به عبارت دیگر، زمانی که یک فرد بی‌انگیزه می‌شود، احساس می‌کند که انرژی و انگیزه‌ای برای انجام کارها ندارد و در نتیجه، تمایل کمتری برای انجام

آن‌ها نشان می‌دهد. علاوه بر این، عوامل شناسایی شده در این زمینه، شامل مقوله اولویت‌ها و عدم‌کارآمدی می‌باشد.

اولویت‌ها: اولویت به معنای اهمیت دادن به چیزی نسبت به چیز دیگر و انتخاب آن به عنوان گزینه برتر است. در واقع، وقتی ما اولویتی را تعیین می‌کنیم، در حال تصمیم‌گیری هستیم که کدام هدف، نیاز، وظیفه یا ارزش برای ما مهم‌تر است و باید در اولویت قرار گیرد. اهمیت درک اولویت‌ها محوریت همه بحث‌های گروه بود و در همه بحث‌ها برجسته شد. اهمیت این مقوله را در نظرات شرکت‌کنندگان ۱، ۲، ۳، ۷، ۸، ۱۲ و ۱۴ می‌توان مشاهده کرد: «مواد مخدر جایگزین ورزش شد و اعتیاد غلبه کرد». در این مورد شرکت‌کننده ۷ گفت: «*بعد از بهبودی چند صباحی ورزش کردم ولی بعد از چند سال اولویت‌هام عوض شدن. دیگه اولویتم پول درآوردن و کار هستش نه ورزش*». نمونه ۱۱ نظرش این بود که: «*به دلیل کارم نمی‌تونم ورزش کنم*».

عدم کارآمدی: عدم کارآمدی به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن یک وظیفه یا فعالیت به بهترین نحو ممکن انجام نمی‌گیرد. به عبارت دیگر، زمانی که منابع موجود (مانند زمان، انرژی، پول و غیره) به‌طور کامل و بهینه برای رسیدن به یک هدف مشخص مورد استفاده قرار نگیرد، با عدم کارآمدی مواجه هستیم. مقوله عدم کارآمدی بیانگر آسیب‌های ورزشی، عملکرد بدن و منزوی‌شدن است، به‌طوری‌که در رابطه با آسیب‌های ورزشی، شرکت‌کننده شماره ۵ گفت: «*در تیم جوانان فوتبال بازی می‌کردم و تقریباً یک فوتبالیست حرفه‌ای بودم که در حین بازی رباط صلیبی زانوم پاره شد. منم که هزینه درمان نداشتم مجبور شدم ورزش را کنار بزارم و علاقمو رها کنم. این مسأله باعث ناامیدیم شد و روز به روز حالم بدتر می‌شد. برای اینکه حالمو بهتر کنم سمت مواد مخدر رفتم*». در ارتباط با مقوله عملکرد بدن، شرکت‌کننده شماره ۶ تجربه‌اش را اینطور بیان کرد: «*در جوانی ورزش می‌کردم. باشگاه بدن‌سازی می‌رفتم تا اینکه در سن ۲۷ سالگی زمانی که سر یک ساختمان کارگری می‌کردم دست راستم تو دستگاه موند و قطع شد. همین امر منجر به اعتیادم شد و دیگه هیچوقت هیچ ورزشی نکردم حتی پیاده‌روی هم نرفتم*». شرکت‌کننده شماره ۸ هم در این مورد گفت: «*بعد از بارداری دیگه ورزش نکردم*». در ادامه، شرکت‌کننده شماره ۱۲ هم

گفت: «*اول باید بگم که من یک فرد بیش‌فعال بودم و در یک خانواده ورزشکار هم بزرگ شدم. تقریباً از سن ۴ یا ۵ سالگی باشگاه می‌رفتم. تا اوایل اعتیادم هم به ورزش ادامه دادم ولی بعد از مدتی دیگه بدنم کشش نداشت. اون حس و حالم نسبت به ورزش کمتر شد حتی طوری‌که دیگه ورزش نمی‌چسبید و مجبور شدم کنار بزارم چون اینطوری احساس تناقض داشتم*». در مورد مقوله منزوی‌شدن شرکت‌کننده ۱۳ گفت: «*مواد مخدر به ورزش غلبه کرد و منو از زندگی انداخت. حتی روابطمو هم تحت تأثیر قرار داد و به یک آدم منزوی تبدیل شدم*». شرکت‌کنندگان در ادامه پیشنهاد دادند که با شرکت در کلاس‌های انجمن معتادان گمنام و کلاس عرفان می‌توان به یک نیروی والا متصل شد و حال درونی خود را بهبود بخشید. در این رابطه، شرکت‌کننده شماره ۱۵ گفت: «*در زمان مصرفم از یک طرف خانه‌داری می‌کردم از طرف دیگر سرکار می‌رفتم و کمی هم جمع گریز شده بودم. اینطوری بود که دیگه به ورزش فکر نمی‌کردم. به‌نظرم بیشتر آقایون همزمان با مصرف، ورزش می‌کنند چون نمی‌خوان بدنشون افت کنه*».

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر درک دیدگاه معتادان بهبودیافته پیرامون دلایل مشارکت یا عدم مشارکت آن‌ها در فعالیت‌های ورزشی بود. ورزش یکی از ابزارهای بسیار مؤثر در روند بهبودی از اعتیاد است و نقشی مهم در کاهش عود مجدد ایفا می‌کند. با توجه به اینکه معتادان بهبودیافته اغلب با چالش‌های روحی و جسمی متعددی مواجه‌اند، ورزش می‌تواند به عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای سالم به آن‌ها کمک کند تا بر این مشکلات غلبه کنند. علاوه بر این، ورزش به افراد کمک می‌کند تا راحت‌تر از مصرف مواد مخدر دوری کنند. به‌طور خاص، ورزش منظم می‌تواند در کاهش علائم اضطراب، افسردگی و استرس مؤثر باشد؛ علائمی که اغلب در طول دوره نقاهت افراد ظاهر می‌شوند و ممکن است به عود اعتیاد بی‌انجامند. همچنین، ورزش موجب کاهش هوس مصرف مواد و عود مجدد می‌شود. زمانی که افراد سعی در اجتناب از مصرف مواد مخدر دارند، ممکن است میل شدیدی به آن پیدا کنند؛ اما ورزش می‌تواند این هوس‌ها را کاهش داده و تمرکز را از آنها منحرف کند. در نهایت، ورزش می‌تواند جایگزین محرک‌های ناسالم شود؛ با ایجاد یک برنامه

ورزشی، افراد فعالیت مثبتی برای انجام خواهند داشت که به آن‌ها کمک می‌کند از افراد، مکان‌ها یا چیزهایی که آن‌ها را به یاد مواد مخدر می‌اندازند، دوری کنند (یاوری بافقی، ۱۴۰۲). از دیگر سو، ورزش تنها یک فعالیت بدنی نیست، بلکه یک پدیده اجتماعی پیچیده است که با جنبه‌های مختلف زندگی انسان‌ها در ارتباط است. در مورد بهبودیافتگان مواد مخدر نیز، ورزش صرفاً یک ابزار برای حفظ سلامتی نیست، بلکه می‌تواند به عنوان یک عامل اجتماعی موثر در روند بهبودی عمل کند. طبق یافته‌های پژوهش حاضر، عواملی نظیر سلامتی جسمانی و روانی، تحرک، هیجان ورزشی و احساس تعلق اجتماعی می‌توانند باعث ایجاد انگیزه‌های درونی و بیرونی در بهبودیافتگان شوند. از سوی دیگر، عواملی مانند اولویت‌های مختلف و عدم کارآمدی ممکن است به بی‌انگیزگی و عدم مشارکت ورزشی در این گروه از افراد جامعه بی‌انجامند. بنابراین، لازم است که عوامل انگیزاننده تقویت و عواملی که باعث بی‌انگیزگی می‌شوند، برطرف گردند؛ و این وظیفه لازم است توسط مسئولین ذی‌ربط انجام شود. ضروری است انگیزه‌هایی که افراد را به انجام اقدامات هدایت می‌کنند، شناسایی شود. این انگیزه‌ها باید به‌طور جدی مورد بررسی و عمیقاً تجزیه و تحلیل قرار گیرند، زیرا تنها راه بهبود و تقویت مشارکت افراد در فعالیت‌های ورزشی از همین طریق ممکن است (آل‌هارتی و همکاران، ۲۰۲۴).

مشخص شده است که انگیزه درونی افراد برای شرکت در ورزش بعد از ترک اعتیاد، مقوله سلامتی و روحی روانی است؛ این یافته با تحقیقات کاشف و همکاران (۱۴۰۳) در خصوص مشارکت ورزشی بیماران خاص؛ جوسپه (۲۰۲۳) در مورد انگیزه مشارکت ورزشی در بین دانشجویان ورزش و تفریح؛ توزر و دمیر (۲۰۲۲) در رابطه با انگیزه مشارکت ورزشی در افراد معلول؛ و وکیلی‌تنها و همکاران (۱۳۹۸) در خصوص انگیزه‌های مشارکت ورزشی جانبازان و معلولین همخوانی دارد. در این راستا می‌توان گفت که سلامت دارای دو بُعد عینی و ذهنی است. بُعد عینی به سلامت جسمانی و تناسب اندام مربوط می‌شود؛ به این معنا که افراد توانایی تنظیم و مدیریت فعالیت‌های ورزشی خود را دارند و از روش‌های مناسب برای بهبود سلامت جسمانی استفاده می‌کنند. آنان فعالیت‌های ورزشی خود را به گونه‌ای هدایت می‌کنند که محرک کافی برای ارتقای سلامت جسمانی فراهم شود. جنبه

دوم مربوط به سلامت روانی است که به تجربه‌های ذهنی و عاطفی در ورزش توجه دارد. به این معنا که اگرچه ورزش می‌تواند برای بهبود سلامت جسمانی موثر باشد، اما پاسخ عاطفی و ذهنی به ورزش ممکن است همیشه مثبت نباشد. بنابراین، با توجه به رویکرد زیستی-روانی و اجتماعی، ضروری است که افراد ورزش را به گونه‌ای تنظیم کنند که فواید آن برای سلامت روان و بهزیستی ذهنی نیز مدنظر قرار گیرد (هایبل[1] و همکاران، ۲۰۲۰). مقوله هیجان ورزش نیز، مشابه مطالعات وکیلی‌تنها و همکاران (۱۳۹۸) و ژوروویچ و همکاران (۲۰۲۰) در خصوص جنبه‌های روان‌شناختی انگیزش در پیشرفت ورزشی، مطرح شده است که انگیزه درونی به عنوان یک تسهیل‌کننده مهم برای ورزش در گفت‌وگوهای افراد مورد تأکید بوده است. ضرورت توجه به تمرینات ورزشی و تحرک تقریباً در تمام کتاب‌های علمی درمان اعتیاد یا کاهش آسیب مورد توجه محققان و اندیشمندان قرار گرفته است. این تحقیق در راستای تحقیقات متعدد انجام‌شده در ایران و سایر کشورها است که نشان می‌دهد ورزش نقش تعیین‌کننده‌ای در فرآیند درمان دارد و این مطلب توسط محققان زیادی تأیید شده است. به‌طور مثال، تحقیقات انجام‌شده توسط یاوری بافقی (۱۴۰۲) در خصوص وضعیت امکانات ورزشی و نگاه درمانگران به ورزش در مراکز درمان و بازتوانی ترک اعتیاد، مؤید این ادعا است.

تأثیر مثبت خانواده و دوستان در رابطه با انگیزه بیرونی در گفتمان‌های شرکت‌کنندگان دیده شد. حمایت خانواده و دوستان، به معنای داشتن عزیزانی که زمینه‌ساز حمایت (تشویق، حمایت مالی، حمل‌ونقل، اشتراک‌گذاری تجربیات و مشاهده) هستند، از اهمیت بالایی برخوردار است. این افراد باید خود نیز از نظر جسمی فعال باشند، به عنوان الگو عمل کنند و ورزش را با هم انجام دهند یا برای ورزش ارزش قائل شوند. شرکت‌کنندگان همچنین تأکید کردند که حمایت اجتماعی، به‌ویژه از طریق دریافت تقویت و تشویق برای ورزش، به مشارکت ورزشی کمک می‌کند. حمایت اجتماعی کافی می‌تواند عزت نفس افراد را بهبود بخشد و در نتیجه بر تبعیض درک‌شده تأثیر مثبت بگذارد. علاوه بر این، بهبود حمایت اجتماعی در خانواده‌ها و میان دوستان ممکن است غم و اندوه را کاهش داده و امید را

1. Haible

تقویت کند که این نتایج با تحقیقات کاتانیچ و همکاران (۲۰۲۲) در خصوص ساختار انگیزشی برای تمرین ورزشی در طول همه‌گیری بیماری کرونا، مطابقت دارد.

انگیزه هم می‌تواند از منابع درونی و هم از منابع بیرونی سرچشمه بگیرد و امکان تجربه بی‌انگیزگی نیز وجود دارد. درک پویایی انگیزه درونی، انگیزه بیرونی و بی‌انگیزگی نه‌تنها برای افراد با نیازهای ویژه درگیر در ورزش، بلکه برای مربیان و خانواده‌ها نیز مفید است (توزر و دمیر، ۲۰۲۲). به‌ویژه، احساس طلبی و تمایل به بهتر شدن در ورزش نوعی انگیزه بیرونی محسوب می‌شود؛ چرا که افراد ممکن است بخواهند در سطح بالاتری رقابت کرده و توانمندی‌های خود را به نمایش بگذارند. به‌طور کلی، انگیزه بیرونی می‌تواند تأثیر مثبتی بر عملکرد ورزشی افراد داشته باشد، البته به شرط اینکه با انگیزه‌های درونی متوازن باشد؛ این موضوع با تحقیقات درنجاک و همکاران (۲۰۲۴) همسو است. با این حال، اغلب تجربه‌شده‌ترین بی‌انگیزگی‌ها ناشی از اولویت‌ها و عدم کارآمدی است، که افراد قبل از بهبودی به‌ویژه نسبت به بعد از بهبودی بیشتر گزارش داده‌اند. بسیاری از بهبودیافتگان به دلیل اولویت دادن به مسائل زندگی، به‌طور قابل‌توجهی از فعالیت‌های ورزشی دور می‌شوند. به‌ویژه والدین ممکن است به دلیل مسئولیت‌های خانوادگی، مثل مراقبت از کودکان یا رسیدگی به امور خانه، زمان کمتری برای ورزش داشته باشند. علاوه بر این، مشکلات روحی و استرس‌های روزمره می‌توانند انگیزه و انرژی فرد را برای مشارکت در فعالیت‌های ورزشی کاهش دهند. در چنین شرایطی، برخی افراد ممکن است به‌جای ورزش، بر بهبود وضعیت روانی یا عاطفی خود تمرکز کنند.

در برخی موارد، دسترسی محدود به امکانات ورزشی یا فضای نامناسب ممکن است مانع مشارکت فعال در ورزش شود. این مشکلات می‌تواند ناشی از موقعیت جغرافیایی یا نبود زمان‌بندی مناسب برای فعالیت ورزشی باشد. علاوه بر این، افراد ممکن است ترجیح دهند به دنبال فعالیت‌های دیگری مانند تحصیل، سفر یا مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی بروند که برایشان معنای بیشتری دارد. این انتخاب‌ها می‌توانند به کاهش تمرکز بر ورزش منجر شوند. در نهایت، درک این نکته که زندگی شامل مجموعه‌ای از اولویت‌ها و مسئولیت‌هاست، اهمیت بالایی دارد. اگرچه ورزش فواید زیادی دارد، اما گاهی لازم است

افراد برای ایجاد تعادل بین مسائل مختلف زندگی خود تصمیم‌گیری کنند و اولویت‌های شخصی خود را مشخص نمایند. نتایج به‌دست‌آمده با پژوهش کاشف و همکاران (۱۴۰۳) همسو است. از سوی دیگر، مقوله عدم کارآمدی نیز با نتایج تحقیقات قبلی تطابق دارد؛ به‌خصوص تحقیقاتی که یو و همکاران (۲۰۲۲) در بررسی مشارکت ورزشی کودکان و نوجوانان کم توان ذهنی انجام دادند. این تحقیقات نشان داده‌اند که شایع‌ترین موانع مشارکت ورزشی شامل عوامل خاص معلولیت، عدم خودکارآمدی، عدم حمایت والدین، امکانات ناکافی یا غیرقابل‌دسترس و فقدان برنامه‌های مناسب هستند. علاوه بر این، سطوح پایین‌تر خودکارآمدی نیز به‌عنوان عاملی برای بی‌انگیزگی شناسایی شده است. بنابراین، نتایج مشابه با مطالعات کاشف و همکاران (۱۴۰۳) و ندایی و شریفی (۱۳۹۱) در خصوص رابطه انگیزه شرکت در ورزش‌های همگانی و اضطراب اجتماعی ناشی از آسیب به بدن با مشارکت ورزشی مشاهده می‌شود.

با توجه به شناسایی عواملی مانند اولویت‌ها و عدم کارآمدی به عنوان موانع مشارکت ورزشی بهبود یافتگان مواد مخدر، می‌توان پیشنهاداتی را برای افزایش این مشارکت ارائه داد. اول، با توجه به اولویت‌های شناسایی شده، برنامه‌های ورزشی متنوعی ارائه شود که شامل ورزش‌های گروهی، انفرادی، کم‌هزینه و پرهزینه باشد. همچنین، برنامه‌های ورزشی باید انعطاف‌پذیر باشند تا بهبودیافتگان بتوانند با توجه به شرایط خود در آن‌ها شرکت کنند. دوم، برنامه‌های ورزشی باید به‌صورت دقیق و با در نظر گرفتن سطح آمادگی جسمانی بهبودیافتگان طراحی شوند. سوم، کمک به بهبودیافتگان برای تعیین اهداف واقع‌بینانه و شخصی در زمینه ورزش، باعث می‌شود آنها احساس کنترل بیشتری بر زندگی خود داشته باشند و انگیزه بیشتری برای ادامه پیدا کنند. چهارم، یادآوری مزایای ورزش برای سلامتی جسمی و روانی، مانند کاهش استرس، بهبود خلق‌وخو و افزایش اعتمادبه‌نفس، می‌تواند انگیزه درونی را تقویت کند. پنجم، کمک به بهبودیافتگان برای درک ارتباط بین ورزش و بهبودی از اعتیاد، باعث می‌شود آنها به ارزش ورزش به‌عنوان ابزاری برای حفظ بهبودی پی ببرند. ششم، ایجاد جو حمایتی در محیط‌های ورزشی، مانند گروه‌های ورزشی مخصوص بهبودیافتگان، می‌تواند به حفظ انگیزه کمک کند. هفتم، تشویق خانواده و

دوستان بهبودیافتگان برای مشارکت در فعالیت‌های ورزشی، می‌تواند به ایجاد انگیزه بیشتر کمک کند. هشتم، همکاری با مراکز درمانی برای ارائه برنامه‌های ورزشی مناسب و حمایت از بهبودیافتگان، می‌تواند به تقویت انگیزه بیرونی کمک کند. در نهایت، موفقیت در افزایش مشارکت ورزشی بهبودیافتگان مواد مخدر نیازمند همکاری بین بخش‌های مختلف از جمله سازمان‌های ورزشی، مراکز درمانی، سازمان‌های مردم‌نهاد و خود بهبودیافتگان است.

منابع

دهقان‌پوری، حوریه؛ سرلاب، رقیه و مکبریان، منصوره (۱۴۰۱). تأثیر حمایت اجتماعی ادراک شده بر کیفیت زندگی دانش‌آموزان با نقش میانجی انگیزه مشارکت ورزشی. *پژوهش در ورزش تربیتی*، ۱۱(۳۳)، ۱۳۶-۱۰۷.

شیرسوار، محمدحسن؛ امیرتاش، علی‌محمد؛ جلالی، شهین؛ کوشان، محسن؛ کیوانلو، فهیمه و سیداحمدی، محمد (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی دو روش بازتوانی همراه با ورزش و بدون ورزش بر کیفیت زندگی و عزت نفس افراد معتاد. *مجله علوم پزشکی سبزوار*، ۲۰(۳)، ۳۰۱-۲۹۲.

کاشف، سیدمحمد؛ سیدعامری، میرحسن و لطفی‌فرد، سکینه (۱۴۰۳). عوامل تسهیل‌گر و موانع مشارکت ورزشی بیماران خاص با رویکرد زندآگاهی. مجله فرهنگ و ارتقاء سلامت، ۱(۸)، ۹۸-۹۲.

کاشی، علی (۱۴۰۰). سوء مصرف مواد نیروزا، مخدر، روان‌گردان و مشروبات الکلی در ورزشکاران استان تهران. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۵(۶۲)، ۱۱۲-۸۵.

ندایی، طاهره و شریفی دارانی، راضیه (۱۳۹۱). رابطه انگیزه شرکت در ورزش‌های همگانی و اضطراب اجتماعی آسیب به بدن با مشارکت ورزشی دانشجویان دختر دانشگاه‌های خوانسار. *مجله جامعه‌شناسی کاربردی*، ۳۳(۴)، ۹۴-۷۳.

وکیلی‌تنها، مهدی؛ احمدی، سیروس و سلیمانی، مجید (۱۳۹۸). شناسایی و تدوین الگوی انگیزه‌های مشارکت ورزشی جانبازان و معلولین. *مطالعات روانشناسی ورزشی*، ۸(۳۰)، ۱۶۰-۱۴۳.

یاوری بافقی، امیرحسین (۱۴۰۲). بررسی وضعیت امکانات ورزشی و نگاه درمانگران به ورزش در مراکز درمان و بازتوانی ترک اعتیاد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۷(۶۷)، ۱۹۶-۱۸۱.

References

Al Harthy, S. S., Hammad, M. A., & Awed, H. S. (2024). Impact of Motivation in Promoting Sports Participation among People with Disabilities. *Journal of Disability Research*, *3*(4), 20240048.

Carty, C., van der Ploeg, H. P., Biddle, S. J., Bull, F., Willumsen, J., Lee, L., ... & Milton, K. (2021). The first global physical activity and sedentary behavior guidelines for people living with disability. *Journal of Physical Activity and Health*, 18(1), 86-93.

Drenjak, J. L., Blazevic, M., & Zenić, N. (2024). Analysis of the Relationships between Sport Participation, Physical Activity, and Concurrent Substance Misuse in College Students: A Gender-Stratified Analysis in the Post-Pandemic Period. *Sport Mont*, 22(1), 99-107.

Đurović, D., Veljković, A. A., & Petrović, T. (2020). Psychological aspects of motivation in sport achievement. Facta Universitatis, Series: *Physical Education and Sport*, 18(2), 465-474.

Ezell, J. M., Rains, A., Ajayi, B. P., Miller, K., Augustine, E., Goddard-Eckrich, D., ... & Lofwall, M. (2024). A social history of opioids' crimedical cycle. *Addiction Research & Theory*, 32(6), 446-454.

Farah, B. Q., do Prado, W. L., Malik, N., Lofrano-Prado, M. C., de Melo, P. H., Botero, J. P., ... & Ritti-Dias, R. M. (2021). Barriers to physical activity during the COVID-19 pandemic in adults: a cross-sectional study. *Sport sciences for health*, 17(2), 441-447.

Galanter, M., White, W. L., & Hunter, B. (2023). Narcotics Anonymous members in recovery from methamphetamine use disorder. *The American Journal on Addictions*, 32(1), 54-59.

Haible, S., Volk, C., Demetriou, Y., Höner, O., Thiel, A., & Sudeck, G. (2020). Physical activity-related health competence, physical activity, and physical fitness: analysis of control competence for the self-directed exercise of adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 17(1), 39-46.

Halladay, J., Ogrodnik, M., Alla, J. F., Sunderland, M., Gardner, L. A., & Georgiades, K. (2024). Playing for more than winning: Exploring sports participation, physical activity, and belongingness and their relationship with patterns of adolescent substance use and mental health. *Drug and Alcohol Dependence*, 254(1), 111039.

Juspah, S. N. B., Nazarudin, M. N. B., Noordin, Z. B., Mazalan, N. S. B., & Wan, W. A. M. (2023). Motivation of Sports Participation among Sports and Recreation Students at Universiti Kebangsaan Malaysia. *International Journal of Academic Research in Progressive Education and Development*, 12(3), 89-98.

Katanic, B., Bjelica, D., Corluka, M., Preljevic, A., & Osmani, A. (2022). Motivational structure for sports practice during COVID-19 pandemic in professional football players. *Sport Mont*, 20(3), 127-131.

Kwan, M., Bobko, S., Faulkner, G., Donnelly, P., & Cairney, J. (2014). Sport participation and alcohol and illicit drug use in adolescents and young adults: A systematic review of longitudinal studies. *Addictive behaviors*, 39(3), 497-506.

Nothnagle, E. A., & Knoester, C. (2025). Sport participation and the development of grit. *Leisure Sciences*, 47(2), 225-242.

Oktadinata, A., Prabowo, B., Daya, W., Diana, F., Nugraha, U., Melinda, M., & Ockta, Y. (2024). Motivation And Physical Activity: Correlation Study on Extracurricular Sports of High School Students. *Journal of Education, Teaching and Learning*, 9(1), 35-39.

O'Reilly, N., Hernandez, T., Séguin, B., Warwick, L., & Hasani, T. (2023). Barriers to youth sport participation in dense urban centres. *International Journal of Sport Management and Marketing*, 23(3), 175-203.

Rockafellow, B. D., & Saules, K. K. (2006). Substance use by college students: the role of intrinsic versus extrinsic motivation for athletic involvement. *Psychology of addictive behaviors*, 20(3), 279-287.

Strang, J., Volkow, N. D., Degenhardt, L., Hickman, M., Johnson, K., Koob, G. F., ... & Walsh, S. L. (2020). Opioid use disorder. *Nature reviews Disease primers*, *6*(1), 3-17.

Tüzer, B. F., & Demırel, H. (2022). Sports participation motivation in disabled individuals. *Turkish Journal of Sport and Exercise*, *24*(3), 254-263.

World Health Organization. (2019). *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world.* World Health Organization.

Yu, S., Wang, T., Zhong, T., Qian, Y., & Qi, J. (2022). Barriers and facilitators of physical activity participation among children and adolescents with intellectual disabilities: *A scoping review. In Healthcare*, 10(2), 233-242.

Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 18, No. 74, P 181-202, Winter 2025

Research Article

Diagnostic Analysis of Individuals with and without a Propensity for Addictive Substance Use

Leila Hefazi Torghabeh[1], Somayeh Fekriyan Arani[2]

Received: 2024/12/25 Accepted: 2025/04/26

Abstract

Objective: This study aimed to diagnostically analyze individuals with and without a tendency towards substance use based on their attachment styles, adverse childhood experiences, and suicidal ideation. **Method:** The research employed a descriptive, causal-comparative design. The study population comprised all students at Semnan University during the 2024-2025 academic year. Using an available sampling method, 205 students were selected. They were then divided into two groups—with and without a tendency towards substance use—based on their scores on a substance use inclination questionnaire. The research instruments included questionnaires on attachment styles, adverse childhood experiences, suicidal ideation, and substance use inclination. Discriminant analysis was used to analyze the data. **Results:** The results showed that attachment styles, adverse childhood experiences, and suicidal ideation were significant factors in distinguishing individuals with a tendency towards substance use from those without. The strongest predictive factors for a tendency towards substance use and for differentiating between the two groups were suicidal ideation and physical neglect. **Conclusion:** Individuals with a tendency towards substance use exhibit insecure attachment styles, adverse childhood experiences, and suicidal ideation. Understanding these relationships can lead to the design of more effective therapeutic interventions that not only focus on substance use but also address attachment styles, adverse childhood experiences, and the management and reduction of suicidal ideation.

Keywords: Substance use, Attachment, Adverse childhood experiences, Suicide

1 . Corresponding Author: Ph.D. Student, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran. Email: Leila_Hefazi@ semnan.ac.ir

2. MA, Department of Family Counseling, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran.

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هجدهم، شماره هفتاد و چهارم، ص۲۰۲-۱۸۱، زمستان ۱۴۰۳

مقاله پژوهشی

تحلیل تشخیصی افراد با و بدون گرایش به مصرف مواد اعتیادآور بر اساس سبک‌های دلبستگی، تجارب آسیب‌زای کودکی و ایده‌پردازی خودکشی

لیلا حفاظی طرقبه[۱]، سمیه فکریان آرانی[۲]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۰۶

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به تحلیل تشخیصی افراد با و بدون گرایش به مصرف مواد اعتیادآور بر اساس سبک‌های دلبستگی، تجارب آسیب‌زای کودکی و ایده‌پردازی خودکشی پرداخت. **روش:** پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه این پژوهش شامل همه دانشجویان دانشگاه سمنان در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ بود که بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۰۵ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و بر اساس نمره گرایش به مصرف مواد اعتیادآور در دو گروه با و بدون گرایش به مصرف مواد اعتیادآور قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های سبک‌های دلبستگی، تجارب آسیب‌زای کودکی، ایده‌پردازی خودکشی وگرایش به مصرف مواد اعتیادآور بود. به منظور تحلیل داده‌ها از روش تحلیل تمایز استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد سبک‌های دلبستگی، تجارب آسیب‌زای کودکی و ایده‌پردازی خودکشی به طور معناداری توانستند افراد با گرایش به مصرف مواد اعتیادآور را از افراد بدون گرایش به مصرف مواد اعتیادآور تمایز دهند. قوی‌ترین عامل در پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد اعتیادآور و تشخیص گروه افراد با و بدون گرایش به مصرف مواد اعتیادآور مربوط به متغیر ایده‌پردازی خودکشی و غفلت جسمی بود. **نتیجه‌گیری:** افراد با گرایش به مصرف مواد اعتیادآور دارای سبک‌های دلبستگی ناایمن، تجارب آسیب‌زای کودکی و ایده‌پردازی خودکشی هستند. درک این روابط می‌تواند به طراحی مداخلات درمانی مؤثرتری منجر شود که نه تنها بر مصرف مواد اعتیادآور، بلکه بر سبک دلبستگی، تجارب آسیب‌زای کودکی، مدیریت و کاهش ایده‌پردازی خودکشی تمرکز داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: مواد اعتیادآور، دلبستگی، تجارب کودکی آسیب‌زا، خودکشی

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران. پست الکترونیک: Leila_Hefazi@semnan.ac.ir

۲. کارشناس ارشد، گروه مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

مقدمه

گرایش به اعتیاد[1] یا به عبارتی دقیق‌تر مصرف مواد اعتیادآور یک پدیده اجتماعی فراگیر است که در دنیای امروز بسیاری از جوامع را درگیر کرده است (ارسلان[2] و همکاران، ۲۰۲۴). میزان بالای شیوع مصرف مواد اعتیادآور و مواد روان‌گردان جدید شاهدی بر این واقعیت می‌باشد. بنابراین، می‌توان اظهار داشت که مصرف مواد اعتیادآور جنبه‌های مختلف زندگی بشر امروزی را به‌شدت تحت تأثیر قرار داده و تهدید می‌کند (ترکمن و همکاران، ۱۴۰۱). در سال‌های اخیر، الگوی مصرف مواد اعتیادآور در میان جوانان دچار دگرگونی چشمگیری شده است. برخلاف گذشته که مصرف موادی هم‌چون تریاک در برخی فرهنگ‌ها و نسل‌های پیشین رواج داشت، امروزه مواد روان‌گردان مانند ماری‌جوانا (گل) و سیگار به عنوان انتخاب‌های محبوب در میان جوانان مطرح می‌باشند. این تغییر نه تنها از جنبه نوع ماده مصرفی، بلکه از منظر معنا و کارکرد اجتماعی آن نیز قابل تفسیر است. مصرف گل یا سیگار برای بسیاری از جوانان نه صرفاً یک رفتار پرخطر، بلکه نمادی از آزادی، استقلال فردی یا حتی نوعی اعتراض پنهان به هنجارهای اجتماعی تلقی می‌شود (میرزائی مقدم و همکاران، ۱۴۰۳). از یک‌سو، پیش‌آگهی و نرخ بهبودی افراد وابسته به مواد اعتیادآور اغلب نامطلوب است و این معضل هزینه‌های سنگینی را به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم بر دوش خانواده‌ها و جامعه تحمیل می‌کند (خسروانی و همکاران، ۲۰۲۴). از سوی دیگر، مصرف مواد اعتیادآور یکی از چالش‌های مهم اجتماعی و شکلی از رفتارهای پرخطر در دوران نوجوانی و جوانی به شمار می‌آید، رفتاری که نه‌تنها سلامت جسمی و روانی فرد و جامعه را تهدید می‌کند، بلکه می‌تواند منجر به بروز آسیب‌های روانی عمیق در مصرف‌کنندگان شود (براهوئی و همکاران، ۱۴۰۲). در این راستا در زمینه اهمیت سبب‌شناسی اعتیاد، عوامل گوناگونی دخیل‌اند که در تعامل با یکدیگر، می‌توانند زمینه‌ساز آغاز مصرف مواد اعتیادآور و در نهایت وابستگی به آن‌ها شوند (سو و ین[3]، ۲۰۰۰).

سال هجدهم، شماره ۷۴، زمستان ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 74, Winter 2025

1. tendency to addiction
2. Arslan
3. Su & Yen

در کارآزمایی‌های بالینی، مجموعه‌ای از عوامل به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های گرایش به مصرف مواد اعتیادآور مورد بررسی قرار گرفته‌اند. یکی از این عوامل تجارب آسیب‌زای کودکی[1] است. اصطلاح تجارب آسیب‌زای کودکی به شکل کلی برای توصیف انواع کودک‌آزاری شامل غفلت جسمی، غفلت عاطفی، آزار جسمی، آزار جنسی، آزارعاطفی و اخیراً خشونت خانوادگی به کار می‌رود (حسینی و سلیمانی، ۲۰۲۱). این تجارب با افزایش تکانشگری و کاهش توانایی مغز در بازداری هیجان‌ها و رفتارهای منفی پرخطری مانند مصرف مواد اعتیادآور، رفتارهای خودآسیب‌رسان[2] و اقدام به خودکشی[3] را افزایش می‌دهند (وینگنفلد[4] و همکاران، ۲۰۱۷). هم‌چنین افرادی که در کودکی با سوءاستفاده و رویدادهای منفی بیشتری مواجه بوده‌اند، اغلب مشکلاتی در اعتماد، دلبستگی ایمن و عزت‌نفس نشان می‌دهند (لرزنگنه و عیسی‌زادگان، ۲۰۲۲؛ درودی و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات متعدد نیز ارتباط میان تجارب آسیب‌زای کودکی و مصرف مواد اعتیادآور در جوانی و بزرگسالی را تأیید کرده‌اند (نیا[5] و همکاران، ۲۰۲۳؛ کیفر[6] و همکاران، ۲۰۲۲؛ داوسن رز[7] و همکاران، ۲۰۲۰). به‌طور خاص، آزار جسمی، آزار جنسی و بی‌توجهی جسمی و عاطفی از عوامل کلیدی در افزایش گرایش به مصرف مواد اعتیادآور محسوب می‌شوند (هافمن[8] و همکاران، ۲۰۲۲).

در شکل‌گیری گرایش به مصرف مواد اعتیادآور، سبک‌های دلبستگی[9] یکی دیگر از عوامل تاثیرگذار می‌باشد (نخول[10] و همکاران، ۲۰۲۰). براساس نظریه‌های روان‌تحلیلی و رفتاری، احساس محبت و امنیت ناشی از دلبستگی ایمن به رشد روان‌شناختی کمک می‌کنند (راویتز[11] و همکاران، ۲۰۱۰). کیفیت دلبستگی ایمن اغلب تحت تأثیر تجارب مطلوب یا نامطلوب کودکی شکل می‌گیرد (سیمارد[12] و همکاران، ۲۰۱۱). افراد با دلبستگی ایمن، دیدگاه مثبتی نسبت به خود و دیگران دارند و در روابط صمیمی احساس

1. traumatic childhood experiences
2. self-injurious behaviors
3. suicide
4. Wingenfeld
5. Nia
6. Kiefer
7. DawsonRose
8. Hoffmann
9. attachment styles
10. Nakhoul
11. Ravitz
12. Simard

راحتی می‌کنند (میکولینسر و شیور[1]، ۲۰۱۹؛ نوروزی و نجفی، ۱۴۰۲). در مقابل دلبستگی ناایمن دوسوگرا با تعارض‌های هیجانی و عدم تعادل عاطفی همراه است و این افراد بین نیاز به روابط نزدیک و ناامنی در پاسخگویی دیگران در تعارض هستند (کلی[2]، ۲۰۱۸؛ نخول و همکاران، ۲۰۲۰؛ رحمانی و همکاران، ۲۰۱۹). هم‌چنین افراد با دلبستگی اجتنابی تمایل به دوری از صمیمیت و تأکید بر خودمختاری دارند و معمولاً نیاز به روابط نزدیک را انکار می‌کنند (جیائو[3]، ۲۰۲۲؛ کلی، ۲۰۱۸؛ جانسون[4]، ۲۰۲۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دلبستگی دوسوگرا و اجتنابی ارتباط مثبتی با نگرش نسبت به مواد اعتیادآور و آمادگی برای اعتیاد دارند (حامدنیا و همکاران، ۱۳۹۶؛ نخول و همکاران، ۲۰۲۰). به‌علاوه، بزرگسالان با دلبستگی ناایمن دوسوگرا و اجتنابی معمولاً با عدم تعادل هیجانی و تعارض‌های بیشتری مواجه هستند که ریسک رفتارهای پرخطر را توجیه می‌کند (کلی، ۲۰۱۸). در واقع دلبستگی ایمن به‌عنوان یک عامل محافظتی در برابر اعتیاد به الکل و سیگار شناخته شده است (نخول و همکاران، ۲۰۲۰).

ایده‌پردازی‌های خودکشی[5] یکی دیگر از عوامل کلیدی مرتبط با گرایش به مصرف مواد اعتیادآور است. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت[6]، خودکشی دومین علت مرگ ومیر در میان افراد ۱۵ تا ۲۴ سال است (ارلانگسن[7] و همکاران، ۲۰۲۴؛ لیپسون[8] و همکاران، ۲۰۱۹). این پدیده یک فرایند چندمرحله‌ای شامل بروز افکار خودکشی، برنامه‌ریزی، اقدام عملی و نهایتاً مرگ است (وانگ[9] و همکاران، ۲۰۱۹). شیوع ایده‌پردازی‌های خودکشی در جوانان بین ۰/۱۲ تا ۲۹/۹ درصد گزارش شده است (مک‌لافلین[10] و همکاران، ۲۰۱۵). این ایده‌پردازی‌ها معمولاً با احساس ناامیدی شدید همراه هستند و به‌عنوان شاخص پیش‌بینی‌کننده قوی برای رفتارهای خودکشی محسوب می‌شوند (برنهام[11]، ۲۰۱۱). ایده‌پردازی‌های خودکشی می‌توانند به‌طور غیرمستقیم گرایش به مصرف مواد اعتیادآور

1. Mikulincer & Shaver
2. Kelly
3. Jiao
4. Johnson
5. suicidal ideation
6. Word Health Organization
7. Erlangsen
8. Lipson
9. Wang
10. McLoughlin
11. Burnham

را تقویت کنند. مطالعات نشان می‌دهند که جوانان ممکن است از مصرف مواد اعتیادآور به‌عنوان راهکاری مقابله‌ای برای کاهش اضطراب و مدیریت احساسات ناشی از افکار خودکشی استفاده کنند. این ارتباط پیچیده اهمیت مداخلات هدفمند برای کاهش ناامیدی و حمایت روان‌شناختی در این گروه سنی را برجسته می‌کند (هیره[1] و همکاران، ۲۰۲۴). تحقیقات نشان داده‌اند که علاوه بر مصرف مواد اعتیادآور، دلبستگی ناایمن نیز نقش اساسی در ایجاد این روابط ایفا می‌کند. نوجوانانی که دلبستگی دوسوگرا یا اجتنابی دارند، به دلیل ترس از طرد شدن، مشکلات در برقراری روابط پایدار و ناتوانی در تنظیم هیجانات خود، بیشتر در معرض افکار خودکشی قرار دارند (ساعتچی و همکاران، ۲۰۲۴).

با توجه به مطالب بیان شده عوامل پیچیده‌ای در ایجاد و گسترش رفتارهای پرخطر در افراد نقش دارند. جوانانی که دارای دلبستگی ناایمن هستند، بیشتر در معرض خطر ابتلا به مشکلات روانی مانند افسردگی و ایده‌پردازی خودکشی قرار دارند و این مشکلات می‌توانند زمینه‌ساز مصرف مواد اعتیادآور به‌عنوان مکانیسمی برای مقابله با دردهای عاطفی شوند. تجارب آسیب‌زای کودکی نیز به ویژه در شکل‌گیری الگوهای منفی از دلبستگی و افزایش گرایش به رفتارهای پرخطر نظیر مصرف مواد اعتیادآور و خودکشی موثر هستند. بنابراین با توجه به شواهد پژوهشی موجود، تاکنون مطالعه جامعی که به‌طور مشخص تعامل این سه عامل (سبک دلبستگی، تجارب آسیب‌زای کودکی و ایده‌پردازی‌های خودکشی) را در فهم دلایل گرایش به مصرف مواد اعتیادآور مورد بررسی قرار دهد، انجام نشده است. لذا، پژوهش حاضر با هدف پر کردن این خلأ علمی به بررسی مقایسه‌ای این روابط می‌پردازد. در این راستا سوال اصلی پژوهش این است که آیا می‌توان بر اساس متغیرهای سبک‌های دلبستگی، تجارب آسیب‌زای کودکی و افکار خودکشی افراد با و بدون گرایش به مصرف مواد اعتیادآور را از همدیگر تشخیص داد؟

1. Hayre

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه سمنان در سال تحصیلی ۱۴۰۴- ۱۴۰۳ بود که بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۰۵ نفر با توجه به ملاک‌های ورود به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و لینک پرسشنامه‌ها در گروه‌های مجازی دانشجویان گذاشته شد. دانشجویان بر اساس نمرات گرایش به مصرف مواد اعتیادآور به دو گروه تقسیم شدند. ۲۵ درصد کسانی که بالاترین نمره را در متغیر گرایش به مصرف مواد اعتیادآور دریافت کردند با عنوان گروه گرایش به مصرف مواد اعتیادآور و ۲۵ درصد کسانی که پایین‌ترین نمره را دریافت کردند با عنوان گروه بدون گرایش به مصرف مواد اعتیادآور در نظر گرفته شدند؛ به عبارتی برای هر گروه ۵۱ نفر در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در بازه سنی ۱۸ تا ۴۴ سال، تمایل به همکاری در پژوهش و رضایت آگاهانه بود. ملاک‌های خروج شامل ابتلا به اختلالات روانی و جسمی (بر اساس خودگزارشی) و عدم تکمیل کامل یا ارائه اطلاعات ناقص بود. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و پاسخ به سوالات به‌صورت داوطلبانه بود. شرکت‌کنندگان این امکان را داشتند که در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری، از تکمیل پرسشنامه‌ها انصراف دهند. در نهایت، پس از جمع‌آوری تمام داده‌ها، تجزیه و تحلیل آن‌ها از طریق تحلیل تمایز با استفاده از نرم‌افزار $SPSS_{26}$ انجام شد.

ابزار

۱- پرسشنامه تجارب آسیب‌زای کودکی[1]: پرسشنامه تجارب آسیب‌زای کودکی توسط برنشتاین[2] و همکاران در سال ۲۰۰۳ و به منظور ارزیابی تجارب آسیب‌زای کودکی در ابعاد مختلف طراحی شده است که شامل ۲۸ سؤال است. این مقیاس به پنج مؤلفه سوءاستفاده عاطفی، فیزیکی، جنسی، غفلت عاطفی و جسمی تقسیم می‌شود. نمره‌گذاری

1. Traumatic Childhood Experiences Questionnaire
2. Bernstein

این پرسشنامه با استفاده از طیف لیکرت ۵ درجه‌ای انجام می‌شود که مقادیر آن از "هرگز" (۱) تا "تقریباً همیشه" (۵) تنظیم شده است. سازندگان این پرسشنامه آلفای کرونباخ را بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند و روایی همزمان آن با مقیاس درجه‌بندی درمان‌گران در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ قرار دارد (برنشتاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۵۹ تا ۰/۸۴ به‌دست آمده است. هم‌چنین، روایی همگرای آن با مقیاس اختلال اضطراب فراگیر بررسی شده است که ضریب همبستگی معنادار ۰/۷۲ در سطح ۰/۰۱ به‌دست آمده است (شفیعی و همکاران، ۱۴۰۰). در این پژوهش، آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ و برای زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۳ گزارش شده است.

۲- پرسشنامه سبک‌های دلبستگی[1]: این پرسشنامه که توسط هازن و شیور[2] در سال ۱۹۸۷ طراحی شده است، شامل ۱۵ سؤال می‌باشد و به ارزیابی سه سبک دلبستگی ایمن، ناایمن دوسوگرا و ناایمن اجتنابی در بزرگسالان می‌پردازد. هر سبک دلبستگی از پنج گویه تشکیل شده است. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت از "هرگز" (نمره ۰) تا "تقریباً همیشه" (نمره ۴) انجام می‌شود. نمرات هر خرده‌مقیاس از میانگین پنج سؤال در هر سبک محاسبه می‌گردد. بر اساس تحلیل عاملی پرسشنامه هازن و شیور (۱۹۸۷) توسط کولینز و رید[3] (۱۹۹۰)، سه عامل عمده دلبستگی ایمن، ناایمن اجتنابی و ناایمن دوسوگرا استخراج شد که به عنوان ظرفیت پیوستن به روابط صمیمی و نزدیک تفسیر گردیده‌اند. پایایی بازآزمایی این پرسشنامه توسط هازن و شیور ۰/۸۱ و پایایی آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش شده است. هم‌چنین، روایی صوری و محتوایی این ابزار توسط هازن و شیور (۱۹۸۷) خوب ارزیابی شده و روایی سازه آن در حد بسیار مطلوب بوده است. در ایران، مطالعه‌ای توسط موذنی و همکاران (۱۳۹۳) روی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی در اصفهان انجام شد که در آن آلفای کرونباخ سبک‌های دلبستگی ایمن، ناایمن دوسوگرا و ناایمن اجتنابی به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۶۳ و ۰/۶۵ گزارش شده است. در

1. Attachment Styles Questionnaire
2. Hazan & Shaver
3. Collins & Read

پژوهش حاضر آلفای کرونباخ سبک‌های دلبستگی ایمن، ناایمن دوسوگرا و ناایمن اجتنابی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۵۷ و ۰/۹۱ به دست آمد.

۳- پرسشنامه ایده‌پردازی خودکشی[1]: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۸ توسط بک [2] و همکاران طراحی شد و به منظور ارزیابی نگرش‌ها، افکار و برنامه‌ریزی‌های مربوط به خودکشی به کار می‌رود. این ابزار شامل ۱۹ سوال است و به سه بخش اصلی غربالگری افکار خودکشی، ارزیابی افکار خودکشی و ارزیابی آمادگی و قصد اقدام به خودکشی تقسیم می‌شود. نمره کل این پرسشنامه از ۰ تا ۳۸ متغیر است و بر اساس مقیاس سه گزینه‌ای «مخالفم» (۰)، «نسبتاً موافقم» (۱) و «موافقم» (۲) نمره‌گذاری می‌شود. بک و همکاران (۱۹۸۸) در تحقیقات اولیه، روایی همگرایی آن را با استفاده از همبستگی این مقیاس با مقیاس هامیلتون ۰/۷۳ و اعتبار آن را با روش بازآزمایی ۰/۹۱ گزارش کردند. هم‌چنین، همسانی درونی این ابزار ۰/۹۱ بود. در پژوهش اقدامی و فولادچنگ (۱۴۰۱)، تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که شاخص ریشه میانگین مربعات خطاهای تخمین[3] برای مدل این پرسشنامه ۰/۰۴ با فاصله اطمینان ۹۰ درصد بین ۰/۰۰۱ و ۰/۰۵ است. سایر شاخص‌های برازش نیز تأیید کردند که مدل با داده‌ها به خوبی انطباق دارد. پایایی ابزار نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد.

۴- مقیاس گرایش به مصرف مواد اعتیادآور[4]: این مقیاس توسط میرحسامی (۱۳۸۸) طراحی شد و با استفاده از تحقیقات فرجاد (۱۳۸۵)، جهت بررسی میزان تمایل به مصرف مواد اعتیادآور مورد بررسی قرار گرفته است. دارای ۱۶سوال است و سه بعد محیطی، فردی و اجتماعی را مورد سنجش قرار می‌دهد. طیف پاسخ دهی به صورت طیف لیکرت از خیلی کم (۱) تا خیلی زیاد (۵) می‌باشد و توجه به این نکته ضروری است که سوالات ۴، ۹، ۱۱، ۱۴ و ۱۶ نمره‌گذاری معکوس دارند و نمره در بازه ۱۶ تا ۸۰ بوده و هر چه این

1. Suicide Ideation Scale
2. Beck
3. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)
4. Tendency Toward Substance Use Scale

امتیاز بالاتر باشد، بیان‌گر میزان تمایل بیشتر شخص پاسخ دهنده به اعتیاد خواهد بود. آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش میرحسامی (۱۳۸۸) در نمونه دانشجویان ۰/۷۹ گزارش شده است و برای خرده مقیاس محیطی، فردی و اجتماعی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۶۸ و ۰/۷۰ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در این پژوهش برای کل مقیاس ۰/۹۵ و برای زیر مقیاس‌های محیطی، فردی و اجتماعی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۱ و۰/۹۴ به دست آمد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر نتایج در سطح توصیفی با استفاده از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی با استفاده از روش تحلیل تشخیص به‌دست‌آمد و در دو گروه با و بدون گرایش به مصرف مواد اعتیادآور مورد بررسی و مقایسه قرارگرفته است. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی مربوط به هرکدام یک از متغیرهای پژوهش به تفکیک سطوح متغیر گروه (گرایش به مصرف مواد اعتیادآور) گزارش شده است.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای مستقل پژوهش به تفکیک گروه

		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
بدون گرایش به مصرف مواد اعتیادآور	سوءاستفاده عاطفی	۵۱	۱۵/۷۶	۲/۴۵
	سوءاستفاده فیزیکی	۵۱	۱۶/۱۸	۲/۷۵
	سوءاستفاده جنسی	۵۱	۱۵/۲۷	۳/۵۸
	غفلت عاطفی	۵۱	۱۶/۰۴	۲/۲۹
	غفلت جسمی	۵۱	۱۵/۸۸	۲/۹۶
	دلبستگی ناایمن اجتنابی	۵۱	۴/۲۰	۲/۹۷
	دلبستگی ایمن	۵۱	۳/۵۱	۲/۶۰
	دلبستگی ناایمن دوسوگرا	۵۱	۶/۵۳	۳/۹۰
	ایده‌پردازی‌های خودکشی	۵۱	۲/۰۰	۲/۲۱
با گرایش به مصرف مواد اعتیادآور	سوءاستفاده عاطفی	۵۱	۶/۵۷	۴/۵۷
	سوءاستفاده فیزیکی	۵۱	۵/۸۴	۵/۱۱
	سوءاستفاده جنسی	۵۱	۵/۵۹	۴/۸۰
	غفلت عاطفی	۵۱	۵/۸۴	۵/۳۷
	غفلت جسمی	۵۱	۵/۵۹	۴/۵۷
	دلبستگی ناایمن اجتنابی	۵۱	۱۴/۳۹	۴/۹۵
	دلبستگی ایمن	۵۱	۱۴/۲۰	۴/۹۰
	دلبستگی ناایمن دوسوگرا	۵۱	۱۱/۰۲	۴/۳۴
	ایده‌پردازی‌های خودکشی	۵۱	۲۴/۲۲	۹/۹۶

منـدرجـات جـدول ۱ بیـانگر این اســـت ترکیـب خطی متغیرهـای تجـارب آسیب‌زای کودکی، سبک دلبستگی و ایده پردازی- های خودکشی می‌توانند گرایش به مصـــرف مواد اعتیادآور را پیش‌بینی کند و برای آزمودن این فرضـــیه از روش تحلیل تشـخیصـی اسـتفاده شـده اسـت. روش تحلیل تشـخیصـی مبتنی بر تجزیه و تحلیل تفاوت میانگین نمرات در گروه‌ها یا به عبارت دقیق‌تر روش تحلیل واریانس اسـت. در گام اول به بررسی مفروضه‌های اجرای روش تحلیل تشخیصی پرداخته شده است. بررسی‌های انجام شـده با اسـتفاده از نمرات اسـتاندارد شـده حاکی از آن اسـت که هیچ داده پرت شـناسـایی نشده است و با توجه به این‌که هیچ کدام یک از شاخص‌های کجی و کشیدگی مربوط به متغیرهای پژوهش خارج از بازه ۱/۹۶- و ۱/۹۶+ قرار ندارد، می‌توان گفت مفروضـه نرمال بودن توزیع متغیرهـای پژوهش برقرار اســـت. مفروضـــه همگنی مـاتریس کوواریـانس متغیرهای پژوهش، با استفاده از آزمون ام‌باکس مورد بررسی قرار گرفته است که نتایج آن با توجه به سطح معناداری آماره آن که ۰/۰۰۰۱ است، حاکی از عدم برقراری این مفروضه اســت. با این‌حال نتایج تحلیل تشـخیصـی با توجه به یکسـان بودن حجم گروه‌ها، در برابر نقض این مفروضه بسیار مقاوم است و از تخطی آن چشم‌پوشی شده است.

جدول ۲: آزمون همگنی نمرات متغیرهای مستقل در بین دو گروه

متغیر	لامبدای ویلکز	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
سوءاستفاده عاطفی	۰/۳۸	۱۶۰/۴۹	۱	۱۰۰	۰/۰۰۰۱
سوءاستفاده فیزیکی	۰/۳۸	۱۶۱/۶۷	۱	۱۰۰	۰/۰۰۰۱
سوءاستفاده جنسی	۰/۴۳	۱۳۳/۱۸	۱	۱۰۰	۰/۰۰۰۱
غفلت عاطفی	۰/۳۹	۱۵۵/۵۱	۱	۱۰۰	۰/۰۰۰۱
غفلت جسمی	۰/۳۵	۱۸۲/۳۸	۱	۱۰۰	۰/۰۰۰۱
دلبستگی ناایمن اجتنابی	۰/۳۹	۱۵۹/۱۰	۱	۱۰۰	۰/۰۰۰۱
دلبستگی ایمن	۰/۳۵	۱۸۹/۲۴	۱	۱۰۰	۰/۰۰۰۱
دلبستگی ناایمن دوسوگرا	۰/۷۷	۳۰/۲۵	۱	۱۰۰	۰/۰۰۰۱
ایده‌پردازی‌های خودکشی	۰/۲۹	۲۴۱/۶۲	۱	۱۰۰	۰/۰۰۰۱

در جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری گزارش شده است و همان‌طور که نتایج سطح معناداری آماره لامبدای ویلکز نشان می‌دهد نمرات گروه‌های با گرایش به مصرف مواد اعتیادآور و بدون گرایش به مصرف مواد اعتیادآور در سطح تمام متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۰۰۱ دارند و تابع تمیز به‌دست آمده از قدرت تشخیص خوبی برای تبیین واریانس متغیر وابسته برخوردار است. در بین مؤلفه‌های مختلف، ایده‌پردازی‌های خودکشی با آماره **F** برابر با **۲۴۱/۶۲** بیشترین تفاوت میانگین و دلبستگی ناایمن دوسوگرا با آماره **F** برابر با **۳۰/۲۵** کمترین تفاوت میانگین نمرات را در دو گروه داشته‌اند. بنابراین یافته‌های پژوهش نشان داد بین تجارب آسیب‌زای کودکی، سبک‌های دلبستگی و ایده‌پردازی‌های خودکشی با گرایش به مصرف مواد اعتیادآور در دو گروه با و بدون گرایش به مصرف مواد اعتیادآور تفاوت معنادار وجود دارد که در این بین ایده‌پردازی‌های خودکشی بیشترین تفاوت معنادار را دارا می‌باشد.

جدول ۳: مقادیر ویژه و لامبدای ویلکز برای قدرت تمیز تابع تشخیصی

تابع	مقدار ویژه	درصد واریانس	همبستگی متعارف	لامبدای ویلکز	مجذور خی	درجه آزادی	معناداری
۱	۲/۹۶	۱۰۰/۰	۰/۸۷	۰/۲۵	۱۳۱/۸۴	۹	۰/۰۰۰۱

در جدول ۳ نتایج مربوط به مقدار ویژه به‌منظور بررسی قدرت تمیز میان گروه‌ها گزارش شده است. هرچه مقدار ویژه گزارش‌شده بزرگ‌تر باشد، نشان‌دهنده قدرت تمیز و تشخیص بهتر در میان گروه‌ها است و واریانس بیشتری از متغیر وابسته به‌وسیله ترکیب خطی متغیرهای پیش‌بین قابل تبیین است. با توجه به این‌که در پژوهش حاضر متغیر وابسته دارای دو سطح است (گرایش به مصرف مواد اعتیادآور و عدم گرایش به مصرف مواد اعتیادآور)، بنابراین تنها یک تابع تشخیص وجود دارد که مقدار ویژه آن برابر با **۲/۹۶** است که با توجه به سطح معناداری لامبدای ویلکز می‌توان گفت مقدار ویژه تابع تشخیص پژوهش معنادار بوده است.

جدول ٤: ضرایب استانداردشده تابع تشخیصی متعارف، ماتریس ساختاری و میانگین مقدار تابع تشخیصی

ضرایب تابع تشخیصی متعارف استانداردشده		ماتریس ساختاری		میانگین مقدار تابع تشخیصی	
متغیر	تابع ۱	متغیر	تابع ۱	گروه	تابع ۱
سوءاستفاده عاطفی	-۰/۱۰	ایده‌پردازی‌های خودکشی	۰/۹۰	بدون	
سوءاستفاده فیزیکی	۰/۲۰	دل‌بستگی ایمن	۰/۸۰	گرایش به	
سوءاستفاده جنسی	۰/۰۷	غفلت جسمی	-۰/۷۸	مصرف	-۱/۷۱
غفلت عاطفی	۰/۱۵	سوءاستفاده فیزیکی	-۰/۷۴	مواد	
غفلت جسمی	-۰/۴۳	سوءاستفاده عاطفی	-۰/۷۴	اعتیادآور	
دلبستگی ناایمن اجتنابی	۰/۲۵	دلبستگی ناایمن اجتنابی	۰/۷۳	با گرایش	
دلبستگی ایمن	۰/۰۴	غفلت عاطفی	-۰/۷۲	به مصرف	۱/۷۱
دلبستگی ناایمن دوسوگرا	۰/۲۳	سو استفاده جنسی	-۰/۶۷	مواد	
ایده‌پردازی‌های خودکشی	۰/۶۸	دلبستگی ناایمن دوسوگرا	۰/۳۲	اعتیادآور	

در بخشی از جدول ۴ مقادیر ضرایب تابع تشخیصی متعارف استاندارد شده گزارش شده است که مشابه وزن‌های استاندارد شده (ضرایب بتا) در رگرسیون چندگانه است و می‌توانند اهمیت نسبی هرکدام یک از متغیرهای مستقل پژوهش را در پیش‌بینی متغیر وابسته (گرایش به مصرف مواد اعتیادآور و عدم گرایش به مصرف مواد اعتیاداور) نشان دهند. نتایج گزارش شده حاکی از آن است که متغیرهای ایده‌پردازی‌های خودکشی و غفلت جسمی با اختلاف کمی در ضرایب گزارش‌شده، بیشترین سهم را در پیش‌بینی متغیر وابسته و تشخیص گروه افراد با گرایش به مصرف مواد اعتیادآور و بدون گرایش به مصرف مواد اعتیادآور دارند. در بخش ماتریس ساختاری، جدول ۴ همبستگی ساده هر متغیر با تابع تشخیص را نشان می‌دهد که به ترتیب از بیشترین همبستگی مرتب شده است. نتایج آن نشان می‌دهد که افکار خودکشی بیشترین مشارکت را در تمایز دو گروه بر اساس تابع تشخیص دارد. در بخش دیگر جدول ۴ میانگین مقدار تابع تشخیص گزارش شده است که با توجه به مثبت و منفی شدن آن در گروه با گرایش به مصرف مواد

اعتیادآور و بدون گرایش به مصـــرف مواد اعتیادآور می‌توان گفت که متغیرهای مســـتقل توانایی تمایز بخشـیدن میان گروه با گرایش به مصـرف مواد اعتیادآور و بدون گرایش به مصـرف مواد اعتیادآور را دارند. بنابراین بر اسـاس جدول ۴، یافته‌های پژوهش نشـان داد ایده‌پردازی‌های خودکشـــی و غفلت جســـمانی بیشـــترین نقش پیش‌بینی کنندگی را در گرایش به مصـــرف مواد اعتیادآور دارد. هم‌چنین ایده‌پردازی‌های خودکشـــی و غفلت جسمانی بیشترین قدرت تشخیصی را در تمایز افراد با گرایش به مصرف مواد اعتیادآور و بدون گرایش به مصرف مواد اعتیادآور دارند.

جدول ۵: مقایسه عضویت گروهی اولیه و عضویت گروهی پیش‌بینی شده بر اساس متغیرهای مستقل

گروه			عضویت گروهی پیش‌بینی شده		کل
			با گرایش	بدون گرایش	
عضویت گروهی اولیه	تعداد	با گرایش	۴۳	۸	۵۱
		بدون گرایش	۰	۵۱	۵۱
	درصد	با گرایش	۸۴/۳	۱۵/۷	۱۰۰/۰
		بدون گرایش	۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰

نتایج جدول ۵ نیز یافته‌های مربوط به تمایز دو گروه پژوهش بر اســـاس متغیرهای تجارب آسیب‌زای کودکی، سبک‌های دلبستگی و افکار خودکشی را نشان می‌دهد. نتایج جدول نشـان می‌دهد که بر اسـاس ترکیب خطی متغیرهای مسـتقل پژوهش، از میان ۵۱ نفر در گروه با گرایش به مصـــرف مواد اعتیادآور، ۴۳ نفر (۸۴/۳ درصـــد) به‌درســـتی به‌عنوان افراد با گرایش به مصـرف مواد اعتیادآور تشـخیص داده شـده‌اند و تمام ۵۱ نفر افراد بدون گرایش به مصـرف مواد اعتیادآور، به‌درسـتی به‌عنوان افراد بدون گرایش به مصـرف مواد اعتیادآور تشـخیص داده شـده‌اند. به‌طورکلی بر اسـاس نتایج به دسـت آمده می‌توان گفت متغیرهای مستقل پژوهش با ۹۲/۲ درصد درستی می‌توانند افراد با گرایش به مصرف مواد اعتیادآور و افراد بدون گرایش به مصـــرف مواد اعتیادآور را پیش‌بینی کنند. این یافته پژوهش نشان داد بین تجارب آسیب‌زای کودکی، سبک‌های دلبستگی و ایده‌پردازی‌های خودکشـی با گرایش به مصـرف مواد اعتیادآور در دو گروه با و بدون گرایش به مصـرف مواد اعتیادآور رابطه معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی تفاوت بین متغیرهای سبک‌های دلبستگی، تجارب آسیب‌زای کودکی و ایده‌پردازی‌های خودکشی در افراد با و بدون گرایش به مصرف مواد اعتیادآور بود. نتایج نشان داد که بین سبک‌های دلبستگی، تجارب آسیب‌زای کودکی و ایده‌پردازی‌های خودکشی در افراد با و بدون گرایش به مصرف مواد اعتیادآور تفاوت معناداری وجود دارد. اولین یافته پژوهش نشان داد که در عامل سبک‌های دلبستگی بین دو گروه با و بدون گرایش به مصرف مواد اعتیادآور تفاوت معناداری وجود دارد که با یافته‌های هیره و همکاران (۲۰۲۴)، نخول و همکاران (۲۰۲۰)، جمشیدی خانیمنی و همکاران (۱۴۰۲)، رحمانی و همکاران (۲۰۱۹) و حامدنیا و همکاران (۱۳۹۶) همسو است. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که سبک‌های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا با گرایش به مصرف مواد اعتیادآور رابطه دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت سبک دلبستگی اجتنابی در نوجوانان با مشکلات برونی‌سازی از جمله تکانشگری و علائم اختلال سلوک مرتبط است که می‌تواند احتمال مواجهه نوجوانان با زمینه‌های مصرف مواد اعتیادآور را افزایش دهد (شیندلر و برونینگ[1]، ۲۰۱۵). دلبستگی اجتنابی در نوجوانان هم‌چنین با بی‌اعتمادی به والدین و تردید در جستجو و اتکا به والدین برای حمایت و راهنمایی مرتبط است و در نتیجه فرصت‌های نظارت والدین را کاهش می‌دهد (فالجارس[2] و همکاران، ۲۰۱۷). به عبارتی دیگر، افراد با سبک دلبستگی ناایمن از طریق ایجاد زنجیره‌ای از تعاملات اجتماعی با همسالان پرخطر ریسک آسیب‌پذری نسبت به مواد اعتیادآور را در خود افزایش می‌دهند (هیره و همکاران، ۲۰۲۴). در واقع افراد با سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی و دوسوگرا به والدین خود اعتماد نمی‌کنند و از حمایت و راهنمایی اجتناب می‌کنند و این افراد به دلیل تمایل به استقلال‌طلبی افراطی، بیشتر در معرض محیط‌هایی هستند که مصرف مواد اعتیادآور در آن رایج است. هم‌چنین این افراد با مشکلاتی در تنظیم هیجانات مواجه می‌باشند که ناتوانی در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند منجر به استفاده از مواد به‌عنوان یک استراتژی مقابله‌ای شود.

1. Schindler & Bröning
2. Falgares

هم‌چنین نتایج نشان داد که در مولفه تجارب آسیب‌زای کودکی بین دو گروه با و بدون گرایش به مصـــرف مواد اعتیادآور تفاوت معناداری وجود دارد که با یافته‌های نیا و همکـاران (۲۰۲۳)، کیفر و همکـاران (۲۰۲۲)، هـافمن و همکـاران(۲۰۲۲)، محمـدزاده و همکاران (۱۴۰۲) و مرادزاده و نجفی (۱۴۰۱) همســو اســت. این پژوهش‌ها نشـان‌گر رابطه بین ابعاد تجارب آسیب‌زای کودکی (غفلت عاطفی و جسمی، سوءاستفاده جسمی، جنسی و عاطفی) و مصـــرف مواد اعتیادآور اســـت. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تجارب آسـیب‌زای کودکی به ویژه با مراقبین، محیطی را ایجاد می‌کند که احسـاسـات و عواطف کودک را بی‌اعتبار کرده اسـت (مدانلو و نجفی، ۱۴۰۲) و کودک در این فضـای ناامن از راهبر دهای ناسازگار مانند سرکوب و یا جلوگیری از احساسات منفی استفاده می‌کند که ممکن اسـت در بزرگسـالی منجر به مصـرف مواد اعتیادآور گردد (نیا و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین احسـاسـات ناسـازگار ناشـی از آسـیب‌های دوران کودکی باعث آسـیب‌پذیری در برابر اعتیاد در مراحل بعدی زندگی می‌شـود. حوادث آسـیب‌زایی که در دوران کودکی تجربه می‌شود، به عنوان علل اعتیاد در دوران جوانی و بزرگسالی شناخته شده‌اند و سبب تمایل فرد به مصرف مواد و خشونت می‌شود (لوتزین[1] و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع افرادی که تجربه ترومای شدید دارند، با مشکلات بیشتر روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی مواجه می‌شـوند (حفاظی طرقبه و نجفی، ۱۴۰۳). این مشـکلات می‌توانند فرد را به سـوی اســـتفاده از مواد اعتیادآور به‌عنوان یک روش مقابله‌ای برای کاهش علائم روان‌شـــناختی سوق دهند.

در نهایت نتایج نشـان داد که در مولفه افکار خودکشی بین دو گروه با و بدون گرایش به مصـــرف مواد اعتیادآور تفاوت معناداری وجود دارد که با یافته‌های پژوهش هیره و همکاران (۲۰۲۴) همسـو اسـت. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که افراد با دلبستگی ناایمن بیشـتر در معرض مشـکلات عاطفی هم‌چون افسـردگی و خودکشـی هسـتند و این مشـکلات می‌توانند فرد را به سـوی مصـرف مواد اعتیادآور سـوق دهند. به عبارت دیگر، گرایش به مصرف مواد اعتیادآور در جوانان می‌تواند به‌عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای برای

1. Lotzin

مدیریت اضـــطراب و افکار خودکشـــی عمل کند (هیره و همکاران، ۲۰۲۴). در تبیین این یافته می‌توان گفت که طبق نظریه تنظیم هیجان گراس[1] (۱۹۹۸) افرادی که توانایی تنظیم هیجانات منفی خود را ندارند، ممکن اسـت به راهبردهای ناسـازگارانه مانند مصـرف مواد اعتیادآور متوسل شوند تا از احساسات ناخوشایند خود فرار کنند. هم‌چنین مطالعات نشان داده‌اند که مصـــرف مواد اعتیادآور باعث دســـتیابی به نوعی بی‌حســـی هیجانی در افراد می‌شـود و در چارچوب فرضـیه خود درمانی افراد اغلب برای کاهش اسـترس یا هیجانات ناخوشـــایند به مصـــرف مواد اعتیادآور روی می‌آورند (اگاســـاوارا[2] و همکاران، ۲۰۰۰). هم‌چنین احسـاس حقارت و پوچی که از عوامل خطر برای مصـرف مواد اسـت (عامری و نجفی، ۱۴۰۳)، زمینه سـاز افکار خودکشـی می‌باشـد که در مجموع این عوامل این افراد به دلیل مشـــکلات در تنظیم هیجانات منفی مانند ناامیدی، خشـــم و غم شـــدید و پوچی در معرض خطر بیشـتری برای اتخاذ راهبردهای ناسـازگارانه مانند مصـرف مواد اعتیادآور قرار دارند (حفاظی طرقبه و نجفی، ۲۰۲۵). مصـــرف مواد اعتیادآور به این افراد کمک می‌کند تا به طور موقت احســـاســـات منفی خود را کاهش دهند و به حالتی از خاموشـــی هیجانی دسـت یابند. این مسئله نه تنها به تداوم الگوهای رفتاری ناسـالم می‌انجامد، بلکه خطر افکار و رفتارهای خودکشی را افزایش می‌دهد.

در این پژوهش، به تحلیل تشـخیصـی افراد با و بدون گرایش به مصـرف مواد اعتیادآور براسـاس سـبک‌های دلبسـتگی، تجارب آسـیب‌زای کودکی و ایده‌پردازی‌های خودکشـی پرداخته شـــد. یافته‌ها نشـــان داد که افراد با گرایش به مصـــرف مواد اعتیادآور معمولاً از سبک‌های دلبستگی ناایمن اجتنابی و دوسوگرا برخوردار می‌باشند. این تحقیق تأکید دارد که درک روابط میان تجارب اولیه زندگی، ســـبک‌های دلبســـتگی، ایده‌پردازی‌های خودکشی و مصرف مواد اعتیادآور می‌تواند به طراحی مداخلات درمانی مؤثرتری کمک کند که بر کاهش مصـــرف مواد اعتیادآور و مدیریت افکار و ایده‌پردازی‌های خودکشـــی تمرکز داشـــته باشـــد. این پژوهش محدودیت‌هایی را دارا بود. یکی از محدودیت‌های این پژوهش، استفاده صرف از پرسش‌نامه و اجرای آن تنها بر روی دانشجویان دانشگاه سمنان

1. Gross's theory of emotion regulation
2. Ogasawara

بوده است. پیشنهاد می‌شود که این پرسش‌نامه‌ها در سایر دانشگاه‌ها نیز اجرا شوند تا امکان بررسی و مقایسه نتایج فراهم گردد. هم‌چنین، در تحقیقات آینده می‌توان از ابزارهای ترکیبی کمی و کیفی برای بهبود دقت و جامعیت داده‌ها استفاده کرد. تکرار پژوهش با نمونه‌های بزرگ‌تر و کنترل‌شده‌تر نیز می‌تواند به ارزیابی بهتر نتایج کمک کند. بررسی سبک‌های دلبستگی، تجارب آسیب‌زای زندگی و ایده‌پردازی‌های خودکشی در مقایسه با متغیرهای دیگر و کنترل عوامل مداخله‌گر و میانجی در فرآیند پژوهش نیز پیشنهاد می‌شود. علاوه بر این، با توجه به این‌که پژوهش صرفاً مبتنی بر پرسش‌نامه بوده است، لازم است در تفسیر اطلاعات با دقت و احتیاط عمل شود.

منابع

اقدامی، زهرا و فولادچنگ، محبوبه (۱۴۰۱). پیش بینی افکار خودکشی بر اساس کنترل روانشناختی والدین: نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی. *مجله روانشناسی*، ۲۶(۱)، ۱۱-۱.

براهوئی، سائره؛ نجفی، محمود و طالع پسند، سیاوش (۱۴۰۲). پیش بینی رفتارهای پرخطر بر اساس تحول مثبت نوجوانی و سرمایه‌های روان شناختی مثبت در نوجوانان. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۷(۶۹)، ۲۷۰-۲۴۵.

ترکمن، مهدیس؛ داودی، اعظم؛ نظیری، قاسم و فتح، نجمه (۱۴۰۱). رابطه بین ترومای کودکی با گرایش به سوء مصرف مواد مخدر با توجه به نقش میانجی انعطاف پذیری شناختی و نشخوار فکری در افراد با اختلال استرس پس از سانحه. *فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی*، ۱۷(۶۸)، ۹۱-۸۰.

جمشیدی خانیمنی، فرزاد؛ جمشیدی خانیمنی، راضیه و حسن شاهی، محمدمهدی (۱۴۰۲). مقایسه سبک‌های دلبستگی، ارضای نیازهای بنیادین روان شناختی و سلامت اجتماعی در افراد وابسته به مواد و افراد بهنجار. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۷۰ (۱۷)، ۳۵۱-۳۳۳.

حامدنیا، مهرداد؛ پناغی، لیلی؛ حبیبی، مجتبی و مختارنیا، ایرج (۱۳۹۶). مدل علّی تاثیر دلبستگی اضطرابی و اجتنابی بر آمادگی به اعتیاد به موادمخدر با نقش میانجی نگرش مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۲)، ۱۲۴-۱۱۱.

حفاظی طرقبه، لیلا و نجفی، محمود (۱۴۰۳). رابطه ترومای کودکی با افکار خودکشی در دانش‌آموزان: نقش میانجی ذهنی‌سازی و ذهن‌آگاهی. *مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۲۱(۵۶)، ۲۷-۵۱.

شفیعی، معصومه؛ رضایی، فاطمه و صادقی، مسعود (۱۴۰۰). تدوین مدل اجتناب متضاد در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانشناسی*، ۲۵(۱)، ۱۱۷-۹۸.

عامری، نرجس و نجفی، محمود (۱۴۰۳). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر مولفه‌های شرم و انگ درونی در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۸(۷۳)، ۲۵۸-۲۴۱.

فرجاد، محمدحسین (۱۳۸۵). *آسیب شناسی اجتماعی و جامعه شناسی انحرافات*. تهران: نشر معلم.

محمدزاده، علی؛ رضائی، اکبر و امینی، محمدحسن (۱۴۰۲). پیش بینی تاب‌آوری بر اساس ترومای کودکی، آشفتگی روانشناختی و دشواری تنظیم هیجان در افراد با مصرف مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۷(۶۹)، ۸۶-۶۷.

مدانلو، معصومه و نجفی، محمود (۱۴۰۲). نقش میانجی اضطراب و افسردگی در رابطه بین بدرفتاری کودکی و علائم وسواسی-جبری. *پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۷(۴)، ۱۷- ۳۲.

مرادزاده، شیدا و نجفی، محمود (۱۴۰۱). پیش بینی افسردگی بر اساس ترومای کودکی، تکانشگری و تنظیم شناختی هیجان در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۶(۶۴)، ۲۱۹-۲۴۰.

موذنی، طاهره؛ آقایی، اصغر و گل پرور، محسن (۱۳۹۳). پیش بینی سبک های دلبستگی فرزندان بر اساس شیوه های فرزندپروری والدین. *آموزش و ارزشیابی(علوم تربیتی)*، ۷(۲۵)، ۹۹-۸۷.

میرحسامی، شریف (۱۳۸۸). *بررسی نقش خانواده در گرایش جوانان و نوجوانان به اعتیاد*. پایان نامه کارشناسی روانشناسی دانشگاه پیام نور.

میرزائی مقدم، داود؛ شیری، طهمورث و محسنی، رضاعلی (۱۴۰۳). معناکاوی سبک زندگی جوانان مصرف کننده مواد اعتیادآور در فرحزاد تهران: مطالعه کیفی با رویکرد نظریه زمینه ای. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۸(۷۱)، ۸۴-۵۵.

نوروزی، نسیم و نجفی، محمود (۱۴۰۲). نقش واسطه‌ای سبک‌های دلبستگی و عواطف منفی در رابطه بین ترومای کودکی با علائم وسواس فکری-عملی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۳(۵۹)، ۶۹-۷۹.

References

Arslan, G., Uzun, K., Güven, A. Z., & Gürsu, O. (2024). Psychological flexibility, self-compassion, subjective well-being, and substance misuse in college students: a serial mediation model. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 21(3), 1-22.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of clinical psychology*, *44*(4), 499-505.

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190.

Burnham, G. (2011). Suicide attacks the rationale and consequences. *The Lancet*, 378(9794), 855-857.

Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couple. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-666.

Darroudi, H., Najafi, M., & Khosravani, V. (2024). Pathways to suicidal risk in patients with OCD: The role of childhood abuse, cognitive vulnerabilities, OCD symptomology, and depression. *Journal of Family Trauma, Child Custody & Child Development*, *21*(3), 341-364.

DawsonRose, C., Shehadeh, D., Hao, J., Barnard, J., Khoddam-Khorasani, L., Leonard, A., ... & Cuca, Y. P. (2020). Trauma, substance use, and mental health symptoms in transitional age youth experiencing homelessness. *Public health nursing*, *37*(3), 363-370.

Erlangsen, A., Khan, M., Su, W., Alateeq, K., Charfi, F., Madsen, T., ... & Saeed, K. (2024). Situation analysis of suicide and self-harm in the WHO Eastern Mediterranean Region. *Archives of suicide research*, *28*(3), 760-778.

Falgares, G., Marchetti, D., De Santis, S., Carrozzino, D., Kopala-Sibley, D. C., Fulcheri, M., & Verrocchio, M. C. (2017). Attachment styles and suicide-related behaviors in adolescence: The mediating role of self-criticism and dependency. *Frontiers in Psychiatry, 8*, 1–9.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, *2*(3), 271-299.

Hayre, R. S., Sierra Hernandez, C., Goulter, N., & Moretti, M. M. (2024). Attachment & school connectedness: associations with substance use, depression, & suicidality among at-risk adolescents. *In Child & Youth Care Forum*,53, 1-24.

Hazan, P., & Shaver, C. (1987). Being lonely, falling in love. *Journal of Social Behavior and Personality*, *2*(2), 105-120.

Hefazi Torghabeh, L., & Najafi, M. (2025). Explaining the structural model of the tendency toward substance abuse based on childhood trauma in adolescents: the mediating roles of self-compassion and mentalization. *Journal of Research in Psychopathology*, 6(2), 23-30.

Hoffmann, A., Benzano, D., Ornell, F., Kessler, F. H., von Diemen, L., & Schuch, J. B. (2022). Childhood trauma subtypes may influence the pattern of substance use and preferential substance in men with alcohol and/or crack-cocaine addiction. *Brazilian journal of psychiatry*, *44*(4), 416-419.

Hosseini, K., & Soleimani, E. (2021). The Relationship between Child Abuse and Cognitive Distortions with Clinical Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder: The Mediating Role of Emotion Dysregulation. *International Journal of Behavioral Sciences*, *15*(2), 88-95.

Jiao, J. (2022). *I Came Through You and Belong Not to You: Overparenting, Attachment, Autonomy, and Mental Health at Emerging Adulthood*. In: The University of Arizona.

Johnson, S. (2022). *Effects of Peer Relationships on the Relationship between Avoidant Attachment and Romantic Intimacy among Adolescents* University of the Pacific.

Kelly, K. R. (2018). Maternal autonomy support and dyadic verbal synchrony during narrative coconstruction: Links with child attachment representations and independent narrative competence. *Infant and Child Development*, *27*(3), e2074.

Khosravani, V., Nikčević, A. V., Spada, M. M., Samimi Ardestani, S. M., & Najafi, M. (2024). The Independent Contribution of Positive and Negative Metacognitions About Smoking to Urge to Smoke, Withdrawal Symptoms and Dependence in Smoking-Dependent Men. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *31*(4), e3024.

Kiefer, R., Goncharenko, S., Forkus, S. R., Contractor, A. A., LeBlanc, N., & Weiss, N. H. (2023). Role of positive emotion regulation strategies in the association between childhood trauma and posttraumatic stress disorder among trauma-exposed individuals who use substances. *Anxiety, stress, & coping*, *36*(3), 366-381.

Lipson, S. K., Lattie, E. G., & Eisenberg, D. (2019). Increased rates of mental health service utilization by US college students: 10-year population-level trends (2007–2017). *Psychiatric services*, *70*(1), 60-63.

Lorzangeneh, S., & Esazadegan, A. (2022). The role of early maladaptive schema domains and childhood trauma in predicting cognitive distortions. *Journal of Research in Psychopathology*, *3*(8), 1-8.

Lotzin, A., Grundmann, J., Hiller, P., Pawils, S., & Schäfer, I. (2019). Profiles of childhood trauma in women with substance use disorders and comorbid posttraumatic stress disorders. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 674-680.

McLoughlin, A. B., Gould, M. S., & Malone, K. M. (2015). Global trends in teenage suicide: 2003–2014. *QJM: An International Journal of Medicine*, *108*(10), 765-780.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Attachment, Caregiving, and Parenting. In O. Taubman – Ben-Ari (Ed.), *Pathways and Barriers to Parenthood: Existential Concerns Regarding Fertility, Pregnancy, and Early Parenthood* (pp. 305-319). Springer International Publishing.

Nakhoul, L., Obeid, S., Sacre, H., Haddad, C., Soufia, M., Hallit, R., ... & Hallit, S. (2020). Attachment style and addictions (alcohol, cigarette, waterpipe and internet) among Lebanese adolescents: a national study. *BMC psychology*, *8*, 1-10.

Nia, A. B., Weleff, J., Fogelman, N., Nourbakhsh, S., & Sinha, R. (2023). Regular cannabis use is associated with history of childhood and lifetime trauma in a non-clinical community sample. *Journal of psychiatric research*, *159*, 159-164.

Ogasawara, H., Japan, D. C., & Indonesia, M. (2000). WHO guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication. *WHO Drug Information*, *14*(1).

Rahmani, S., Aahmadi, A., & Sharifi Chalgeh, F. (2019). Predicting the Relationship between Attachment Styles and Inclination towards Drug Use among Boy Students in Farhangian University of Kurdistan. *Teacher Professional Development*, *4*(3), 57-66.

Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B., & Lancee, W. (2010). Adult attachment measures: A 25-year review. *Journal of psychosomatic research*, *69*(4), 419-432.

Sadat Saatchi, H., Tizdast, T., & Rahmani, M. A. (2024). The model for explaining the addiction attitude of clients who are quitting based on emotion regulation strategies and attachment styles with the mediating role of ego capacity. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, *5*(1), 67-77.

Schindler, A., & Bröning, S. (2015). A review on attachment and adolescent substance abuse: Empirical evidence and implications for prevention and treatment. *Substance Abuse, 36*(3), 304–313.

Simard, V., Moss, E., & Pascuzzo, K. (2011). Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *84*(4), 349-366.

Su, S. J. B., & Yen, S. T. (2000). A censored system of cigarette and alcohol consumption. *Applied Economics*, *32*(6), 729-737.

Wang, M., Kou, C., Bai, W., Song, Y., Liu, X., Yu, W., ... & Li, W. (2019). Prevalence and correlates of suicidal ideation among college students: a mental health survey in Jilin Province, China. *Journal of affective disorders*, *246*, 166-173.

Wingenfeld, K., Schaffrath, C., Rullkoetter, N., Mensebach, C., Schlosser, N., Beblo, T., ... & Meyer, B. (2011). Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. *Child abuse & neglect*, *35*(8), 647-654.

Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 18, No. 74, P 203-228, Winter 2025

Research Article

Examining the Relationship between Identity Styles and High-Risk Behaviors in Adolescents: A Study on the Propensity for Smoking, Alcohol, and Drug Use

Shahin Imani Khoshkhoo[1], Sajjad Rezaei[2], Abbas Ali Hosseinkhanzadeh[3]

Received: 2024/12/03 Accepted: 2025/05/31

Abstract

Objective: This study investigated the relationship between identity styles and the propensity for smoking, alcohol, and substance use during adolescence. **Method:** This descriptive-correlational, cross-sectional study utilized a two-stage sampling method to recruit 435 male middle and high school students in the city of Siahkal during the 2023-2024 academic year. Data were collected using the identity styles inventory and the adolescent risk-taking scale. The data were analyzed using Pearson's correlation, multiple linear regression, and Fisher's Z-test. **Results:** In early adolescence, the informational style had a significant negative relationship only with substance use, while the diffuse-avoidant style was positively associated with smoking and alcohol use. In middle adolescence, only the normative style showed a negative relationship with smoking, and the diffuse-avoidant style was significantly positively related to all three substances. In late adolescence, the informational and normative styles were significantly associated with a decreased propensity for all three substances, while the diffuse-avoidant style was linked to an increased propensity for them. Furthermore, Fisher's Z-test revealed that compared to middle adolescence, informational and normative identity styles were associated with a significantly lower tendency to consume alcohol in late adolescence. **Conclusion:** The observed differences in the relationship between identity styles and the propensity for addiction at various stages of adolescence can serve as a foundation for designing targeted interventions and support programs to reduce addiction, tailored to each identity style and developmental stage.

Keywords: Alcohol, Cigarette, Substance, Adolescence, Identity styles

1. MA, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran.

2 . Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran. Email: Sajjad.Rezaei@guilan.ac.ir

3. Professor, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran.

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هجدهم، شماره هفتاد و چهارم، ص۲۲۸-۲۰۳، زمستان ۱۴۰۳

مقاله پژوهشی

بررسی ارتباط سبک‌های هویت بر رفتارهای پرخطر در نوجوانان: مطالعه‌ای بر گرایش به مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر

شاهین ایمانی خوشخو[۱]، سجاد رضائی[۲]، عباسعلی حسین‌خانزاده[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۱۰

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به بررسی ارتباط سبک‌های هویت با گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر در دوره نوجوانی پرداخت. **روش:** این مطالعه یک پژوهش مقطعی توصیفی-همبستگی بود که با روش نمونه‌گیری دو مرحله‌ای بر روی ۴۳۵ دانش‌آموز پسر مقطع متوسطه اول و دوم در شهرستان سیاهکل در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های سبک‌های هویت و مقیاس خطرپذیری نوجوانان جمع‌آوری شد و برای تحلیل داده‌ها از روش‌های همبستگی پیرسون، رگرسیون خطی چندگانه و آزمون Z فیشر استفاده شد. **یافته‌ها:** در اوایل نوجوانی، سبک اطلاعاتی تنها با گرایش به مواد مخدر رابطه منفی معناداری داشت و سبک سردرگم-اجتنابی با سیگار و الکل رابطه مثبت داشت. در اواسط نوجوانی، تنها سبک هنجاری با سیگار رابطه منفی نشان داد و سبک سردرگم-اجتنابی با هر سه مؤلفه رابطه مثبت معناداری داشت. در اواخر نوجوانی، سبک‌های اطلاعاتی و هنجاری با کاهش گرایش به هر سه ماده و سبک سردرگم-اجتنابی با افزایش گرایش به آن‌ها رابطه معناداری داشتند. همچنین، تحلیل Z فیشر نشان داد در مقایسه با اواسط نوجوانی، سبک‌های هویت اطلاعاتی و هنجاری با تمایل معنادار کمتر به مصرف الکل در اواخر نوجوانی همراه بود. **نتیجه‌گیری:** تفاوت‌های مشاهده شده در رابطه میان سبک‌های هویت و گرایش به اعتیاد در مراحل مختلف نوجوانی می‌تواند مبنای طراحی مداخلات هدفمند و برنامه‌های حمایتی برای کاهش اعتیاد متناسب با هر سبک هویتی و هر مرحله تحولی باشد.

کلیدواژه‌ها: الکل، سیگار، مواد مخدر، نوجوانی، سبک‌های هویت

۱. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. پست الکترونیک: Sajjad.Rezaei@guilan.ac.ir

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

مقدمه

دوران نوجوانی مرحله‌ای بحرانی از تحول انسان است که با تغییرات عمده فیزیکی، روانی و اجتماعی همراه است و احتمال درگیری در رفتارهای پرخطر مانند مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر را افزایش می‌دهد (ویروگیوتو[1]، ۲۰۲۲). سازمان سلامت جهانی[2] (۲۰۲۰) نوجوانی را یک دوره سنی ۱۰ تا ۱۹ سال تعریف کرده است. این دوره به سه مرحله اوایل نوجوانی (۱۱ تا ۱۳ سال)، اواسط نوجوانی (۱۴ تا ۱۶ سال) و اواخر نوجوانی (۱۷ تا ۱۹ سال) تقسیم می‌شود که هرکدام چالش خاص خود را دارند (تائو[3] و همکاران، ۲۰۲۴؛ بارت[4]، ۱۹۹۶). در اوایل نوجوانی تغییرات رشدی و گذار از کودکی به نوجوانی می‌تواند منجر به شروع رفتارهای نابهنجار گردد. در اواسط نوجوانی با اوج چالش‌های بلوغ رفتارهای پرخطر مانند مصرف دخانیات یا بزهکاری شدت می‌گیرند. در اواخر نوجوانی این رفتارها ممکن است به اعتیاد و مشکلات جدی در زندگی اجتماعی و تحصیلی منجر شوند (بیستا[5] و همکاران، ۲۰۲۵). در این میان، یکی از مفاهیم مهم و هشداردهنده گرایش به اعتیاد است. گرایش به اعتیاد به مجموعه‌ای از نگرش‌ها، هیجانات، کنش‌های شناختی و رفتاری اطلاق می‌شود که نشان‌دهنده تمایل فرد به تجربه و مصرف مواد اعتیادآور است، حتی پیش از تجربه واقعی آن‌ها (سهراب‌پور و همکاران، ۲۰۲۴). نوجوانانی که در سنین پایین گرایش به اعتیاد دارند بیشتر با تأثیرات منفی طولانی‌مدت بر روی رشد مغز مواجه می‌شوند که این موضوع خطر ابتلا به اختلالات روانی و اختلالات مصرف مواد در آینده را افزایش می‌دهد (یان[6] و همکاران، ۲۰۲۳). سیگار کشیدن یکی از شایع‌ترین و اولیه‌ترین نمودهای گرایش به اعتیاد در دوران نوجوانی است که می‌تواند زمینه‌ساز مصرف سایر مواد و ابتلا به اعتیاد در مراحل بعدی زندگی شود (احمدی سلیمانی و همکاران، ۲۰۲۳).

سیگار کشیدن در میان نوجوانان یکی از مهم‌ترین مسائل بهداشتی است که تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی قرار دارد (آلتویکر-هاموری[7] و همکاران،

1. Wirogioto
2. world health organization (WHO)
3. Tao
4. Barrett
5. Bista
6. Yan
7. Altwicker-Hámori

۲۰۲۴). این رفتار معمولاً در دوران نوجوانی آغاز می‌شود، زمانی که فشار همسالان و تمایل به تجربه رفتارهای پرخطر بیشتر است و ممکن است به وابستگی به نیکوتین و گرایش به مصرف سایر مواد منجر شود (رحمتی و همکاران، ۱۴۰۲). شواهد نشان می‌دهند که عواملی همچون تبلیغات تنباکو، در دسترس بودن سیگار، رفتار سیگار کشیدن والدین و تأثیر همسالان در شروع زودهنگام سیگار کشیدن نقش مهمی دارند (نظری و همکاران، ۱۴۰۲؛ براتی و همکاران، ۲۰۲۰). با وجود تلاش‌های گسترده بهداشت عمومی، سیگار کشیدن در میان نوجوانان همچنان مسئله‌ای جدی است که نیاز به استراتژی‌های مؤثرتری برای مقابله با آن دارد (رحیمی و اسلامی، ۲۰۲۴). با توجه به اینکه سیگار کشیدن دروازه‌ای برای سایر رفتارهای پرخطر مانند مصرف الکل به شمار می‌رود، بررسی عوامل مؤثر بر گرایش نوجوانان به مصرف الکل نیز اهمیت ویژه‌ای دارد (میلانی[1] و همکاران، ۲۰۲۴).

مصرف الکل نیز در دوران نوجوانی یکی دیگر از رفتارهای پرخطر است که تأثیرات منفی قابل‌توجهی بر سلامت جسمی و روانی دارد (اسمیت[2] و همکاران، ۲۰۲۴). تحقیقات نشان می‌دهد که مصرف زودهنگام الکل در این سنین می‌تواند خطر ابتلا به اختلال مصرف الکل[3] در آینده را به طور چشمگیری افزایش دهد (یوئن[4] و همکاران، ۲۰۲۱). نظارت والدین و عدم مصرف الکل در محیط خانواده از عوامل محافظتی مهم در برابر شروع زودهنگام مصرف الکل به شمار می‌روند (تیلور[5] و همکاران، ۲۰۲۴). با این حال، تأثیر همسالان نیز نقش برجسته‌ای ایفا می‌کند و حضور در جمع دوستان مصرف‌کننده احتمال گرایش به الکل را افزایش می‌دهد (گتاچو[6] و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه بر این، فرآیند شکل‌گیری هویت در دوران نوجوانی می‌تواند نقش مهمی در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با مصرف الکل داشته باشد. نوجوانانی که هویت پایدارتری دارند، کمتر به مصرف الکل به‌عنوان راهی برای تطابق با گروه‌های همسالان یا کاهش اضطراب‌ها روی می‌آورند

1. Meilani
2. Smith
3. alcohol use disorder
4. Yuen
5. Taylor
6. Getachew

(موناکو[1] و همکاران، ۲۰۲۰). مصرف مواد مخدر در نوجوانی نیز تحت تأثیر عواملی مشابه قرار دارد (خدامرادی و همکاران، ۲۰۲۴)

مصـرف مواد مخدر در میان نوجوانان چالشـی چندبعدی اسـت که پیامدهای روانی، رفتاری و اجتماعی گسـترده‌ای به دنبال دارد (رهبر کرباسـدهی و همکاران، ۱۴۰۳). این مواد می‌توانند با ایجاد تغییر در رفتار، شخصیت و نظام ارزشی نوجوانان خطر وابستگی و ابتلا به اختلالات روانی را به‌طور چشـمگیری افزایش دهند (پرمانا و خسـانه[2]، ۲۰۲۴). آثار مصرف مواد فراتر از فرد مصرف‌کننده، خانواده و اجتماع را نیز درگیر می‌سازد و زمینه‌ساز بی‌ثباتی‌های اقتصـادی و اجتماعی می‌شـود (هانسـون[3] و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه بر این، مصـرف مواد در دوره نوجوانی اغلب با دیگر رفتارهای پرخطر در تعامل اسـت و می‌تواند زنجیره‌ای از پیامدهای منفی ایجاد کند که آثار آن تا بزرگ‌سـالی ادامه می‌یابد. برای نمونه، تحقیقات نشـان داده‌اند که نوجوانان مصـرف‌کننده مواد مخدر بیشـتر در معرض مصـرف سـیگار، الکل و رفتارهای مجرمانه قرار می‌گیرند (لطیف[4] و همکاران، ۲۰۲۴). گرایش به مصـرف مواد در این دوره حسـاس معمولاً تحت تأثیر عواملی چون فشـار همسـالان، کنجکاوی، جسـتجوی هیجان، فرار از مشـکلات خانوادگی و دشـواری در سـازگاری اجتماعی شـکل می‌گیرد (آورامسـکو[5] و همکاران، ۲۰۲۴). در این میان، سـبک‌های هویتی نوجوانان می‌توانند نقشـی کلیدی در سـوق دادن آن‌ها به‌سـوی این رفتارهای پرخطر ایفا کنند، چراکه هویت در حال شـکل‌گیری نوجوان حساس‌ترین بستر برای تصمیم‌گیری‌ها و انتخاب‌های رفتاری در این مرحله از رشد است (چوب‌فروش زاده و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از چالش‌های اسـاسـی دوران نوجوانی شـکل‌گیری هویت به عنوان فرآیندی روانی‌ـاجتماعی است که نقش مهمی در تصمیم‌گیری‌ها و رفتارهای آینده نوجوانان ایفا می‌کند (اینگرسگارد[6] و همکاران، ۲۰۲۴).

هویت به عنوان درکی از خود تعریف می‌شـود که ترکیبی از ویژگی‌های شـخصـیتی اسـت و رفتار و تفکر فرد را در ارتباط با خود و دنیای پیرامون شـکل می‌دهد (ثابت و

1. Monaco
2. Permana & Khasanah
3. Hanson
4. Latif
5. Avramescu
6. Ingersgaard

خیاطان، ۱۴۰۱). بافت فرهنگی و اجتماعی از طریق خانواده، مدرسه، گروه همسالان، رسانه‌ها و ارزش‌های حاکم بر جامعه به‌شکل‌گیری شیوه‌های خاصی از هویت و رفتار در نوجوانان کمک می‌کند (مِین[1] و همکاران، ۲۰۲۵). مفهوم کلیدی در این زمینه سبک‌های هویت است که بر اساس نظریه برزونسکی[2] (۲۰۰۸) به شیوه‌ای اطلاق می‌شود که افراد از طریق آن اطلاعات مربوط به خود را جستجو، پردازش و ارزیابی می‌کنند. این نظریه سه سبک هویت اصلی را معرفی می‌کند: اطلاعاتی[3]، سردرگم-اجتنابی[4] و هنجاری[5] (وارد[6] و همکاران، ۲۰۲۵). افراد با سبک هویت اطلاعاتی به طور فعال به بررسی دقیق اطلاعات پرداخته، در برابر فشارهای اجتماعی مقاوم‌اند و در تصمیم‌گیری مستقل عمل می‌کنند (شعبانی و باقری، ۱۴۰۲). در مقابل، سبک هویت سردرگم-اجتنابی با تعلل در تصمیم‌گیری، تأثیرپذیری زیاد از دیگران و اجتناب از مواجهه با مسائل شخصی شناخته می‌شود (چینی و همکاران، ۱۴۰۲). سبک هویت هنجاری نیز با پایبندی به ارزش‌ها و هنجارهای گروه‌های مرجع و پذیرش باورهای بیرونی بدون تحلیل مستقل همراه است (هژبرخواه و همکاران، ۱۴۰۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سبک‌های هویت نقش تعیین‌کننده‌ای در گرایش نوجوانان به رفتارهای پرخطر مانند مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر دارند. به‌ویژه، نوجوانانی با سبک هویت سردرگم-اجتنابی به دلیل ناتوانی در مدیریت بحران‌ها و حل مسئله، بیشتر در معرض این‌گونه رفتارها قرار می‌گیرند، درحالی‌که سبک‌های اطلاعاتی و هنجاری به‌عنوان عوامل محافظت‌کننده شناخته می‌شوند (محبی و همکاران، ۲۰۱۸).

مطالعات مختلفی به رابطه میان سبک‌های هویتی و رفتارهای پرخطر پرداخته‌اند. نتایج پژوهش حسین‌پور و همکاران (۲۰۲۲) و همچنین مرشد بهبهانی و حیاتی (۱۳۹۶) نشان داد که سبک هویت سردرگم-اجتنابی با پتانسیل و آمادگی به اعتیاد در نوجوانان رابطه مثبت و معناداری دارد. مطالعه ذبیحی و همکاران (۲۰۱۹) نیز این سبک هویتی را با گرایش به رفتارهایی چون مصرف الکل، سیگار و مواد مخدر مرتبط دانست. یافته‌های گراوند

1. Main
2. Berzonsky
3. informational
4. diffuse-avoidance
5. normative
6. Ward

(۱۴۰۱) نشـــان دادند که افراد دارای ســـبک هویتی متعهد (اطلاعاتی و هنجاری) توانایی بیشتری در کنترل هیجانات دارند، درحالی‌که افراد با سبک سردرگم-اجتنابی در این زمینه دچار مشکل هستند. همچنین، امینی و غفاری جاهد (۱۳۹۷) دریافتند که سبک‌های هویتی نقش پیش‌بینی کننده در گرایش به اعتیاد دارند، به‌گونه‌ای که ســبک ســردرگم-اجتنابی این گرایش را افزایش می‌دهد و سـبک‌های اطلاعاتی و هنجاری آن را کاهش می‌دهند. با این حال، پژوهش‌های آفریدی و رحیم (۲۰۲۰) و متابث[1] (۲۰۱۷) نتایجی متفاوت گزارش کردند. آفریدی و رحیم دریافتند که تنها سبک سردرگم-اجتنابی با مصرف سیگار ارتباط دارد و سبک‌های دیگر رابطه‌ای نشان ندادند، اما این مطالعه به دلیل استفاده از نمونه‌ای از دانشجویان بزرگ‌سال و نسخه قدیمی پرسش‌نامه با محدودیت‌هایی همراه است. همچنین، مطالعه متابث که در یک مدرســه خاص در آفریقای جنوبی انجام شــد به رابطه معناداری میان ســبک‌های هویتی و مصــرف الکل دســت نیافت که محدود بودن جامعه آماری آن تعمیم نتایج را با چالش روبه‌رو می‌سازد.

با توجه به شــیوع بالای گرایش به اعتیاد در نوجوانی و تأثیرات منفی اعتیاد بر فرد و جامعه، شناسایی عوامل مؤثر در این زمینه و ارائه به موقع خدمات حمایتی و مشاوره‌ای از اهمیت و ضــرورت اســاســی برخوردار اســت. علی‌رغم پژوهش‌هایی که در حوزه رابطه سبک‌های هویت و گرایش به اعتیاد در نوجوانان انجام شده است، تضادهایی در پیشینه پژوهش در ارتباط با رابطه سبک‌های هویت و گرایش به اعتیاد موجود است. جدا از این مسئله، تاکنون پژوهشی که در آن تحول رابطه میان سبک‌های هویت و گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر را در دوره‌های مختلف نوجوانی مورد بررســی قرار دهد و به پایش تحولات این ارتباط از ابتدا تا انتهای دوران نوجوانی بپردازد چه در ایران و چه در خارج از ایران انجام نگرفته اســت. پژوهش‌های صــورت گرفته یا محور مطالعات خود را محدود به یک مرحله یا مقطع سنی خاص در نوجوانی قرار داده و به دیگر سنین توجهی نداشته یا به طورکلی مراحل و مقاطع ســنی نوجوانی را نادیده گرفته و جامعه مورد مطالعه خود را به تمامی نوجوانان اختصــاصــی داده‌اند. بنابراین، می‌توان گفت بحث تحول این رابطه چندان

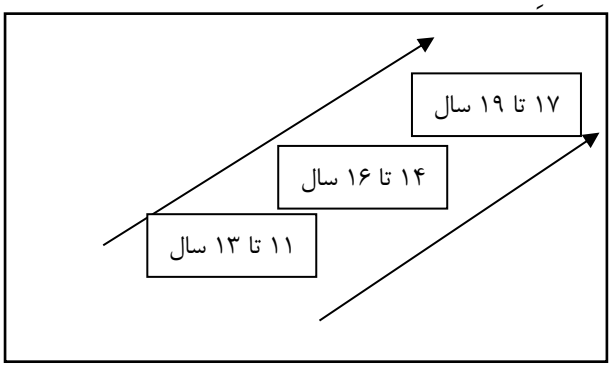
1. Mathabathe

مورد توجه پیشینه پژوهش ما چه در داخل ایران و چه در خارج نبوده است. با توجه به مطالب فوق، پژوهش حاضر درصدد پاسخ به این سؤال اساسی بوده است: آیا رابطه بین سبک‌های هویتی و گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر در مراحل مختلف نوجوانی (اوایل، میانه و اواخر) دچار تغییر و تحول می‌شود؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه، پژوهشی از نوع مقطعی توصیفی-همبستگی بود و در این مطالعه رابطه بین سبک‌های هویت و رفتارهای پرخطر در گستره تحول نوجوانی با توجه به مقاطع سنی مطرح‌شده در تعریف بارِت (۱۹۹۶؛ شکل ۱) مورد بررسی قرار گرفت.



شکل ۱: مقاطع سنی نوجوانان مورد مطالعه بر اساس تعریف بارِت (۱۹۹۶)

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه دانش آموزان پسر مقطع متوسطه اول و دوم (محدوده سنی ۱۲ تا ۱۸ سال) شاغل به تحصیل در مدارس شهرستان سیاهکل در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. به منظور تعیین حجم نمونه برای حداکثر ۴ متغیر مستقل در بلوک پیش‌بین (ابعاد سبک‌های هویت)، با توجه به خانواده آزمون F از نسخه ۳.۱.۹.۲ برنامهٔ نرم‌افزاری G*Power استفاده شد. برای محاسبهٔ حجم نمونه، احتمال خطای نوع اول (آلفا) در سطح ۰/۰۱ (سطح اطمینان ۹۹٪)، توان آزمون برابر با ۰/۹۰ و اندازه اثر متوسط Effect size f^2 =۰/۱۵ در نظر گرفته شد که در این حالت حجم نمونه معادل ۱۴۵ نفر در هر گروه مقطع سنی مندرج در شکل ۳-۱ به دست آمد و حجم نمونه نهایی برای سه مقطع سنی ۴۳۵ نفر محاسبه شد. نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۳۵ نوجوان بود که از میان

دانش‌آموزان مقطع متوسطه اول و دوم شهرستان سیاهکل به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای در قالب یک طرح مقطعی توصیفی-همبستگی انتخاب شدند. ابتدا تمامی مدارس پسرانه شهرستان فهرست شدند و به هرکدام از آن‌ها یک کد اختصاص داده شد. سپس، به‌صورت تصادفی پنج مدرسه از میان آن‌ها انتخاب گردید. پس از آن، کلاس‌های آن مدارس فهرست شدند و به تصادف از سه‌چهارم کلاس‌های مدرسه تا زمان تکمیل حجم نمونه نمونه‌گیری انجام شد. معیارهای ورود در پژوهش حاضر شامل رضایت و تمایل شرکت‌کنندگان، برخورداری از شرایط جسمانی مناسب بدون ناتوانی‌های شدید یا بیماری‌های مزمن و عدم مصرف دارو به دلیل مشکلات جسمانی یا روانی بود. همچنین، شرکت‌کنندگان نباید سابقه مشکلات شدید سلامت روان یا درگیری در رفتارهای پرخطر داشته باشند. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل عدم تمایل به ادامه همکاری، عدم تکمیل بیش از ۲۰ درصد پرسش‌نامه‌ها و پاسخ مثبت به سؤال سابقه بستری روانی در سال گذشته بود.

برای انجام این پژوهش، پس از کسب مجوز از دانشگاه گیلان و اداره آموزش و پرورش شهرستان سیاهکل، نمونه آماری انتخاب و مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی و پرسش‌نامه سبک‌های هویت در اختیار شرکت‌کنندگان در سه گروه سنی ۱۱ تا ۱۳ سال، ۱۴ تا ۱۶ سال و ۱۷ تا ۱۹ سال قرار گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها، ابتدا با مراجعه به مدارس و طی صحبت با مدیر مدرسه، توضیحات در خصوص پژوهش ارائه و جهت اجرای پرسش‌نامه‌ها کسب اجازه شد. پس از آن، با تهیه فهرست کلاس‌ها، انتخاب کلاس‌ها و درخواست اجازه از معلمان و حضور در کلاس‌ها، پرسش‌نامه‌ها اجرا گردید. پرسش‌نامه‌ها بدون درج نام و نام خانوادگی و به‌صورت کاغذی بودند. قبل از اجرای پژوهش، هدف و اهمیت پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و به آن‌ها در رابطه با فاش نشدن اطلاعاتشان اطمینان داده شد. همچنین، از آن‌ها خواسته شد که با رضایت کامل و به درستی به‌تمامی سؤال‌های پرسش‌نامه پاسخ دهند و تا حد امکان سؤالی را بی‌پاسخ نگذارند. بعد از اتمام اجرای پرسش‌نامه‌ها، داده‌های استخراج‌شده از

پرسش‌نامه‌ها وارد نرم‌افزار SPSS-24 شد و سپس با روش‌های آماری همبستگی پیرسون، رگرسیون خطی چندگانه و آزمون Z فیشر مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفت.

ابزار

۱- مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی[1]: این مقیاس خودگزارش‌دهی توسط زاده محمدی و همکاران (۱۳۹۰) طراحی شده و برای سنجش رفتارهای پرخطر نوجوانان ایرانی با توجه به شرایط فرهنگی و اجتماعی ایران توسعه یافته است. این ابزار از پرسش‌نامه‌های خطرپذیری نوجوانان و پیمایش رفتار پرخطر جوانان الهام گرفته و شامل ۳۸ سؤال در ۷ بُعد مختلف است: گرایش به مواد مخدر (۸ سؤال)، گرایش به الکل (۶ سؤال)، گرایش به سیگار (۵ سؤال)، گرایش به خشونت (۵ سؤال)، گرایش به رابطه جنسی (۴ سؤال)، گرایش به رابطه با جنس مخالف (۴ سؤال) و گرایش به رانندگی خطرناک (۶ سؤال). در این پژوهش، تنها ۳ بُعد گرایش به مواد مخدر، الکل و سیگار مورد استفاده قرار گرفت. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از "کاملاً مخالفم" (۱) تا "کاملاً موافقم" (۵) تنظیم می‌شود. نمره کلی بین ۳۸ تا ۱۹۰ متغیر است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر خطرپذیری است. در پژوهش زاده محمدی و همکاران، روایی سازه مقیاس از طریق تحلیل عاملی اکتشافی[2] با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی[3] ارزیابی شد که نتایج مطلوبی داشت (آزمون کایزر-مایر-اولکین[4] بالای ۰/۹۵ و آزمون کرویت بارتلت[5] معنادار بود). همچنین، روایی محتوایی ۰/۸۶ گزارش شد. پایایی این ابزار با آلفای کرونباخ[6] بررسی شد که برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای هر زیرمقیاس بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ بود. همچنین، چوب‌فروش زاده و همکاران (۲۰۲۴) پایایی کلی ۰/۷۳ را گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۵ و برای زیرمقیاس‌های گرایش به سیگار ۰/۹۱، گرایش به الکل ۰/۸۸ و گرایش به مواد مخدر ۰/۸۴ بود که نشان‌دهنده پایایی مناسب است.

1. iranian adolescent risk-taking scale
2. exploratory factor analysis
3. principle component analysis
4. Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy
5. Bartlett test of sphericity
6. Cronbach's alpha

۲- پرسش‌نامه سبک‌های هویت[1]: این پرسش‌نامه توسط برزونسکی (۱۹۸۹) برای اندازه‌گیری فرآیندهای شناختی، اجتماعی نوجوانان در برخورد با مسائل مربوط به هویت با قابلیت اجرای گروهی و به صورت خود گزارشی طراحی شد و در سال ۱۹۹۲ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این پرسش‌نامه دارای ۴۰ سؤال و شامل چهار مقیاس است: سبک هویت اطلاعاتی (۱۱ سؤال)، سبک هویت هنجاری (۹ سؤال)، سبک هویت سردرگم-اجتنابی (۱۰ سؤال) و تعهد (۱۰ سؤال). مقیاس تعهد به عنوان یکی از سبک‌های هویت در نظر گرفته نمی‌شود و تنها در تحلیل‌های ثانویه به کار می‌رود. در پژوهش حاضر نیز از این مقیاس استفاده نشده است. پاسخ به سؤالات در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) تنظیم شده است. این پرسش‌نامه نمره کلی ندارد و برای به دست آوردن نمره هر مقیاس، امتیازات مربوط به آن مقیاس جمع‌آوری می‌شود. نمرات بالاتر در هر مقیاس نشان‌دهنده تمایل بیشتر فرد به آن سبک هویت است. آلفای کرونباخ برای سبک‌های مختلف شامل اطلاعاتی ۰/۷۰، هنجاری ۰/۶۴، سردرگم-اجتنابی ۰/۷۶ و تعهد ۰/۷۱ گزارش شده است. در ایران نیز پژوهش‌های مختلفی این پرسش‌نامه را ارزیابی کرده و شواهدی از روایی و پایایی مناسب آن ارائه داده‌اند. در پژوهش گراوند (۱۴۰۱) ضریب آلفای کرونباخ برای سبک‌های اطلاعاتی، هنجاری، سردرگم-اجتنابی و تعهد به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴، ۰/۸۰ و ۰/۸۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز برای ارزیابی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد. نتایج به دست آمده برای سبک‌های هویت اطلاعاتی (۰/۸۱)، هنجاری (۰/۷۷) و سردرگم-اجتنابی (۰/۷۳) بیانگر پایایی مطلوب این ابزار است.

یافته‌ها

بررسی اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که تعداد دانش‌آموزان در پایه‌های مختلف به صورت ذیل است: پایه هفتم ۵۱ نفر (۱۱/۷۲ درصد)، پایه هشتم ۹۴ نفر (۲۱/۶۲ درصد)، پایه نهم ۶۸ نفر (۱۵/۶۳ درصد)، پایه دهم ۷۷ نفر (۱۷/۷۰ درصد)، پایه یازدهم ۵۵ نفر (۱۲/۶۴ درصد) و پایه دوازدهم ۹۰ نفر (۲۰/۶۹ درصد). ازنظر محل سکونت، ۲۸۸ نفر (۶۶/۲۱ درصد) در مناطق شهری و ۱۴۷ نفر (۳۳/۷۹ درصد) در مناطق روستایی زندگی

1. identity style inventory

می‌کردند. همچنین، ۴۲۴ نفر (۹۷/۴۷ درصد) با هر دو والد، ۸ نفر (۱/۸۴ درصد) با یکی از والدین و ۳ نفر (۰/۶۹ درصد) با قیم زندگی می‌کردند.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی نمرات سبک‌های هویت و گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر در مراحل نوجوانی

مرحله سنی	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه	کجی	کشیدگی
	هویت اطلاعاتی	۳۸/۲۰	۶/۶۵	۱۷	۵۵	-۰/۵۵	۰/۹۹
	هویت هنجاری	۳۱/۷۴	۵/۶۴	۱۷	۴۳	-۰/۳۸	-۰/۲۵
اوایل	هویت سردرگم-اجتنابی	۲۸/۱۸	۵/۷۱	۱۴	۴۷	۰/۱۲	۰/۳۵
نوجوانی	گرایش به سیگار	۷/۴۸	۴/۱۰	۵	۲۵	۲/۱۸	۴/۸۴
	گرایش به الکل	۱۱/۰۹	۵/۷۷	۶	۳۰	۱/۱۷	۰/۵۶
	گرایش به مواد مخدر	۱۲	۵/۳۹	۸	۳۲	۱/۹۲	۳/۳۷
	هویت اطلاعاتی	۳۹/۶۸	۵/۷۹	۲۶	۵۵	۰/۰۴	-۰/۱۷
	هویت هنجاری	۳۱/۸۹	۴/۹۵	۲۰	۴۵	۰/۲۲	۰/۰۲
اواسط	هویت سردرگم-اجتنابی	۲۸/۸۴	۵/۱۹	۱۶	۴۰	-۰/۱۲	-۰/۵۳
نوجوانی	گرایش به سیگار	۸/۱۸	۴/۵۶	۵	۲۵	۱/۶۹	۲/۴۴
	گرایش به الکل	۱۳/۶۰	۶/۶۳	۶	۳۰	۰/۶۷	-۰/۳۸
	گرایش به مواد مخدر	۱۳/۱۶	۶/۰۱	۸	۳۸	۱/۷۲	۳/۲۹
	هویت اطلاعاتی	۴۰/۱۱	۵/۶۴	۲۱	۵۱	-۰/۴۹	۰/۲۲
	هویت هنجاری	۳۰/۴۲	۴/۹۰	۱۸	۴۴	-۰/۰۶	-۰/۲۰
اواخر	هویت سردرگم-اجتنابی	۲۸/۱۱	۵/۷۷	۱۵	۴۵	۰/۱۵	-۰/۰۲
نوجوانی	گرایش به سیگار	۱۰/۱۵	۶/۳۱	۵	۲۵	۱/۰۶	-۰/۱۱
	گرایش به الکل	۱۵/۴۱	۷/۷۹	۶	۳۰	۰/۴۲	-۱/۰۸
	گرایش به مواد مخدر	۱۴/۸۸	۷/۳۴	۸	۴۰	۱/۴۴	۲/۰۲

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، از میان مؤلفه‌های سبک‌های هویت، سبک هویت اطلاعاتی در هر سه مرحله نوجوانی بیشترین میزان میانگین را به خود اختصاص داد (به ترتیب ۳۸/۲۰، ۳۹/۶۸ و ۴۰/۱۱) و همچنین در میان هر سه مؤلفه گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر میانگین صعودی از ابتدا تا انتهای دوره نوجوانی مشاهده شد، به‌طوری‌که هرچه از اوایل نوجوانی به اواخر نوجوانی نزدیک می‌شویم، میانگین گرایش به سیگار،

الکل و مواد مخدر افزایش می‌یابد. بر اســاس نظر کلاین[1] (۲۰۱۶)، قدر مطلق مقدار کجی کوچک‌تر از ۳ و قدر مطلق مقدار کشـیدگی کوچک‌تر از ۱۰ که در تمامی متغیرهای این جدول مشاهده شد نشان‌دهنده عدم وجود مشکل در داده‌ها ازنظر نرمال بودن تک متغیری است. برای بررسی رابطه بین سبک‌های هویت و گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر در اوایل نوجوانی از ضـریب همبسـتگی پیرسـون اسـتفاده شـد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: ماتریس ضرایب همبستگی بین سبک‌های هویت و گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر در اوایل نوجوانی

متغیر	۱	۲	۳	٤	٥	٦
۱-هویت اطلاعاتی	–					
۲-هویت هنجاری	۰/۴۵**	–				
۳-هویت سردرگم-اجتنابی	۰/۱۲	۰/۲۸**	–			
۴-گرایش به سیگار	-۰/۰۹	-۰/۱۲	۰/۲۵**	–		
۵-گرایش به الکل	-۰/۱۶	-۰/۱۶	۰/۱۷*	۰/۵۹**	–	
۶-گرایش به مواد مخدر	-۰/۱۹*	-۰/۱۲	۰/۱۰	۰/۵۷**	۰/۶۶**	–

* $p < ۰/۰۵$. ** $p < ۰/۰۱$.

نتایج جدول ۲ نشان داد که سبک هویت اطلاعاتی در اوایل نوجوانی تنها با گرایش به مواد مخدر رابطه منفی معناداری داشــت ($p < ۰/۰۵$)، اما با گرایش به مصــرف ســیگار و الکل رابطه معناداری نشان نداد ($p > ۰/۰۵$). همچنین، سبک هویت هنجاری در این مرحله با هیچ‌کدام از مؤلفه‌های گرایش به ســیگار، الکل و مواد مخدر ارتباط معناداری نداشــت ($p > ۰/۰۵$). در مقابل، سـبک هویت سـردرگم-اجتنابی با گرایش به سیگار ($p < ۰/۰۱$) و گرایش به الکل ($p < ۰/۰۵$) رابطه مثبت معناداری داشت اما با گرایش به مواد مخدر رابطه معناداری نشــان نداد ($p > ۰/۰۵$). برای بررســی رابطه بین ســبک‌های هویت و گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر در اواسط نوجوانی از ضـریب همبستگی پیرسـون استفاده شـد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

1. Kline

جدول ۳: ماتریس همبستگی بین سبک‌های هویت و گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر در اواسط نوجوانی

متغیر	۱	۲	۳	٤	٥	٦
۱-هویت اطلاعاتی	–					
۲-هویت هنجاری	۰/۴۳**	–				
۳-هویت سردرگم-اجتنابی	۰/۰۶	-۰/۰۱	–			
۴-گرایش به سیگار	-۰/۱۱	-۰/۱۷*	۰/۲۶**	–		
۵-گرایش به الکل	۰/۰۱	-۰/۱۰	۰/۲۳**	۰/۴۷**	–	
۶-گرایش به مواد مخدر	-۰/۰۱	-۰/۰۶	۰/۲۶**	۰/۶۲**	۰/۵۸**	–

* p < ۰/۰۵. ** p < ۰/۰۱.

نتایج جدول ۳ نشان داد که سبک هویت اطلاعاتی در اواسط نوجوانی با هیچ یک از مؤلفه‌های گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر رابطه معناداری نداشت (p > ۰/۰۵). سبک هویت هنجاری نیز در این مرحله تنها با گرایش به سیگار رابطه منفی معناداری داشت (p < ۰/۰۵)، اما با گرایش به الکل و مواد مخدر ارتباط معناداری نشان نداد (p > ۰/۰۵). از سوی دیگر، سبک هویت سردرگم-اجتنابی در اواسط نوجوانی با هر سه مؤلفه گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر رابطه مثبت معنادار داشت (p < ۰/۰۱). برای بررسی رابطه بین سبک‌های هویت و گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر در اواخر نوجوانی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ٤: ماتریس همبستگی بین سبک‌های هویت و گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر در اواخر نوجوانی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱-هویت اطلاعاتی	–					
۲-هویت هنجاری	۰/۵۰**	–				
۳-هویت سردرگم-اجتنابی	-۰/۲۸**	-۰/۱۹*	–			
۴-گرایش به سیگار	-۰/۱۹*	-۰/۲۹**	۰/۲۰*	–		
۵-گرایش به الکل	-۰/۲۵**	-۰/۳۴**	۰/۳۴**	۰/۷۰**	–	
۶-گرایش به مواد مخدر	-۰/۱۶*	-۰/۲۵**	۰/۱۷*	۰/۶۹**	۰/۶۹**	–

* p < ۰/۰۵. ** p < ۰/۰۱.

نتایج جدول ۴ نشـان داد که بین سـبک هویت اطلاعاتی در اواخر نوجوانی با هر سـه مؤلفه گرایش به سـیگار (p < ۰/۰۵)، گرایش به الکل (p < ۰/۰۱) و گرایش به مواد مخدر (p < ۰/۰۵) رابطه منفی معنی‌داری وجواد داشت. سبک هویت هنجاری نیز در این دوره با تمامی این مؤلفه‌ها یعنی گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر، رابطه منفی معناداری نشان داد (p < ۰/۰۱). در مقابل، سـبک هویت سـردرگم-اجتنابی در اواخر نوجوانی با هر سـه مؤلفه گرایش به سـیگار (p < ۰/۰۵)، گرایش به الکل (p < ۰/۰۱) و گرایش به مواد مخدر (p < ۰/۰۵) رابطه مثبت معنی‌داری داشت.

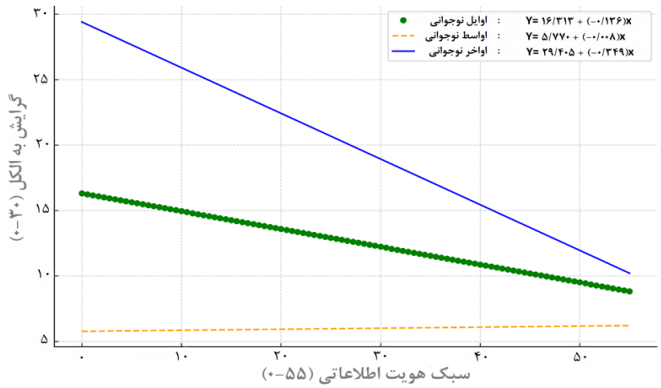
برای مقایسه شدت رابطه بین سبک‌های هویت و گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر در دوره‌های مختلف نوجوانی (اوایل، اواسط و اواخر)، از مقایسه ضرایب z فیشر استفاده شـد. تفاوت این روابط به صـورت جداگانه بین جفت گروه‌ها مقایسـه گردید. در صـورت اسـتفاده از یک آزمون دو دامنه با سـطح اطمینان ۹۵ درصـد، مقدار z بزرگ‌تر از ۱/۹۶ معنی‌دار تلقی می‌شود. جدول ۵ نتایج مقایسه ضرایب z فیشر بین انواع سبک‌های هویت و گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر را در دوره‌های مختلف نوجوانی ارائه می‌دهد.

جدول ۵: مقایسه ضرایب Z فیشر بین انواع سبک‌های هویت و گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر را در دوره‌های مختلف نوجوانی

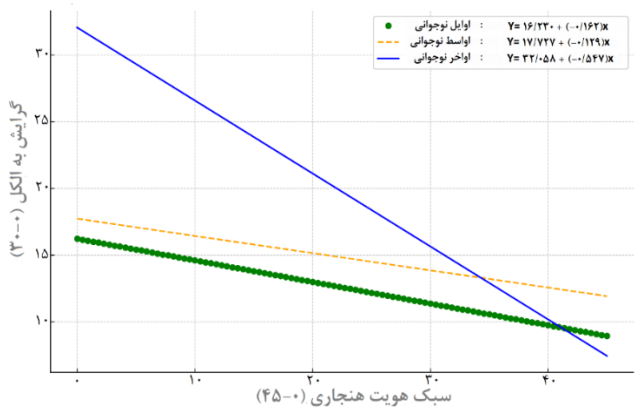
سبک هویت	مقایسه مراحل نوجوانی	گرایش به سیگار	گرایش به الکل	گرایش به مواد مخدر
هویت اطلاعاتی	اوایل و اواسط نوجوانی	-۰/۲۱	-۱/۳۹	-۱/۵۲
	اوایل و اواخر نوجوانی	۰/۸۹	۰/۸۴	-۰/۱۸
	اواسط و اواخر نوجوانی	۰/۶۸	۲/۲۳*	۱/۳۴
هویت هنجاری	اوایل و اواسط نوجوانی	۰/۴۳	-۰/۵۲	-۰/۴۹
	اوایل و اواخر نوجوانی	۱/۴۸	۱/۶۸	۱/۱۵
	اواسط و اواخر نوجوانی	۱/۰۵	۲/۲۰*	۱/۶۴
هویت سردرگم-اجتنابی	اوایل و اواسط نوجوانی	-۰/۱۱	-۰/۵۹	-۰/۵۲
	اوایل و اواخر نوجوانی	۰/۳۶	-۱/۶۰	-۰/۵۷
	اواسط و اواخر نوجوانی	۰/۴۷	-۱/۰۱	۰/۷۹

* z > ۱/۹۶

نتایج جدول ۵ نشان داد که در مقایسه روابط بین گرایش به مصرف الکل و سبک‌های هویتی اطلاعاتی و هنجاری در دوره‌های اواسط و اواخر نوجوانی تفاوت معناداری وجود داشت. مقدار z فیشر برای سبک هویت اطلاعاتی برابر با ۲/۲۳ و برای سبک هویت هنجاری برابر با ۲/۲۰ بود که هر دو به سطح معناداری رسیدند (z > ۱/۹۶). با توجه به شکل ۲ برای سبک هویت اطلاعاتی و شکل ۳ برای سبک هویت هنجاری، مشخص شد که شدت این رابطه در اواخر نوجوانی نسبت به اواسط نوجوانی بیشتر بود. به بیان دیگر، درمقایسه با اواسط دوره نوجوانی، سطوح بالاتر سبک هویت اطلاعاتی و هنجاری به طور معنی‌داری با گرایش کمتر به مصرف الکل در اواخر دوره نوجوانی همراه بود.



شکل ۲: نمودار شیب‌خط رگرسیون رابطه سبک هویت اطلاعاتی و گرایش به الکل در اوایل، اواسط و اواخر نوجوانی



شکل ۳: نمودار شیب‌خط رگرسیون رابطه سبک هویت هنجاری و گرایش به الکل در اوایل، اواسط و اواخر نوجوانی

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی مطالعه حاضر بررسی تحول رابطه سبک‌های هویت با گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر از ابتدا تا انتهای نوجوانی بود. این مطالعه به دنبال پاسخ به چهار سؤال پژوهشی که شامل بررسی رابطه بین سبک‌های هویت و گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر در سه دوره مختلف نوجوانی (اوایل، اواسط و اواخر) و همچنین بررسی شدت تغییرات این رابطه در دوره‌های مختلف نوجوانی بود. یافته‌ها نشان داد که روابط معنادار و متفاوتی بین سبک‌های هویت و گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر در دوره‌های مختلف نوجوانی وجود داشت. در رابطه با اولین یافته تحقیق می‌توان گفت که در اوایل نوجوانی سبک هویت هنجاری رابطه معناداری را با گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر نشان نداد، سبک هویت اطلاعاتی با کاهش گرایش به مواد مخدر و سبک هویت سردرگم-اجتنابی با افزایش گرایش به سیگار و الکل همراه بود.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که عدم تأثیر سبک هویت هنجاری بر گرایش به مصرف سیگار، الکل، و مواد مخدر در اوایل نوجوانی ممکن است به دلیل عدم شکل‌گیری کامل این سبک در این مرحله باشد و نوجوانان ممکن است با ابهاماتی در خصوص هویت خود روبرو باشند. هویت هنجاری به هنجارها و ارزش‌های اجتماعی وابسته است، اما در این مرحله تغییرات روانی و اجتماعی ناشی از بلوغ می‌توانند نقش ارزش‌ها و هنجارهای پذیرفته شده را کمرنگ کنند و تاثیر آن‌ها را در تصمیم‌گیری کاهش دهند. همچنین، سبک هویت اطلاعاتی که به فرآیند تجزیه و تحلیل و انتخاب‌های آگاهانه تأکید دارد، در اوایل نوجوانی ممکن است تأثیر کمی بر رفتارهای پرخطر بگذارد. این موضوع به دلیل ناپختگی شناختی و کمبود تجربه در تصمیم‌گیری‌های پیچیده است. این سبک هویت تنها در کاهش احتمال مصرف مواد مخدر مؤثر است، زیرا اطلاعات روشن‌تری از پیامدهای مواد مخدر در دسترس است که نوجوانان با پردازش آن‌ها گرایش کمتری به این رفتار پیدا می‌کنند. از سوی دیگر، سبک هویت سردرگم-اجتنابی که نشان‌دهنده عدم تصمیم‌گیری و تعهد به هویت و مسیر زندگی است، نوجوانان را بیشتر به سمت مصرف سیگار و الکل سوق می‌دهد. عدم ارتباط معنادار این سبک با مصرف مواد

مخدر ممکن است به دلیل قدرت نظارت بیشتر والدین در این مرحله، آگاهی نسبی نوجوانان از پیامدهای جدی‌تر مصرف مواد مخدر و نگرش‌های منفی و کنترل اجتماعی قوی‌تر نسبت به این رفتار باشد.

در رابطه با دومین یافته تحقیق می‌توان گفت که در اواسط نوجوانی سبک هویت هنجاری رابطه معناداری با کاهش گرایش به سیگار داشت، سبک هویت اطلاعاتی رابطه معناداری را با گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر نشان نداد و سبک هویت سردرگم-اجتنابی رابطه معناداری با افزایش احتمال گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر همراه بود. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که تأثیر مثبت سبک هویت هنجاری در اواسط نوجوانی بر کاهش گرایش به سیگار نشان می‌دهد که نوجوانان با این سبک هویتی در اواسط نوجوانی تمایل دارند رفتارهای خود را با انتظارات اجتماعی و ارزش‌های گروه‌های مرجع هماهنگ کنند. این روند در این مرحله از نوجوانی به ویژه در رفتارهایی مانند سیگار کشیدن که در محیط‌های اجتماعی قابل مشاهده است بیشتر مشهود است. سیگار کشیدن به دلیل مشاهده‌پذیری بالاتر در محیط‌های اجتماعی، مانند مدارس، بیشتر تحت تأثیر این سبک هویتی قرار می‌گیرد، در حالی که مصرف الکل و مواد مخدر به دلیل حضور کمتر در محیط‌های تحصیلی و خانوادگی و مطرح نشدن به صورت آشکار کمتر تحت کنترل این هنجارهاست. در این مرحله از نوجوانی، سبک هویت اطلاعاتی نیز هنوز تأثیر چندانی بر کاهش گرایش نوجوانان به رفتارهای پرخطر نداشت. این سبک که به تحلیل و انتخاب آگاهانه وابسته است، به دلیل عدم تجربه کافی و در شرایطی که نوجوانان با چالش‌های اجتماعی، روانی و فیزیکی مانند بلوغ و فشار همسالان مواجه‌اند، کمتر قادر به اثرگذاری است. در مقابل، سبک هویت سردرگم-اجتنابی که نشانگر عدم تعهد به هویت و هدف مشخصی در زندگی است، می‌تواند در ترکیب با چالش‌های اواسط نوجوانی افراد را به سمت رفتارهای پرخطر متعددی سوق دهد. این نوجوانان به دلیل عدم توانایی در تعیین مسیر زندگی و هدف‌گذاری، بیشتر تحت تأثیر فشار گروه همسالان قرار می‌گیرند و در نتیجه، احتمال گرایش آن‌ها به مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر افزایش می‌یابد.

در رابطه با سومین یافته تحقیق می‌توان گفت که بین هر سه سبک هویت و گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر در اواخر نوجوانی رابطه وجود داشت. سبک هویت هنجاری و اطلاعاتی با کاهش احتمال گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر همراه بود و بالعکس سبک هویت سردرگم اجتنابی این احتمال را افزایش داد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که اتمام فرآیند هویت‌یابی و افزایش آگاهی نسبت به خود و محیط اطراف در اواخر نوجوانی باعث می‌شود تمامی سبک‌های هویت تأثیر قابل توجهی بر گرایش به مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر داشته باشند. نوجوانان با سبک هویت هنجاری در این مرحله به وضوح می‌دانند که باید به چه ارزش‌هایی پایبند باشند و این ارزش‌ها چه انتظاراتی از آن‌ها دارند. به همین دلیل، این افراد تمایل کمتری به انجام رفتارهای پرخطر که مخالف با ارزش‌هایشان است، دارند. از سوی دیگر، به دلیل تکمیل فرآیند هویت‌یابی، نوجوانان با سبک هویت سردرگم-اجتنابی به راحتی قابل تشخیص هستند و تفاوت قابل توجهی با دو سبک هویتی دیگر در گرایش به رفتارهای پرخطر نشان می‌دهند. این افراد به دلیل فقدان ساختار هویتی ثابت و عدم وجود اهداف روشن گرایش بیشتری به درگیر شدن در رفتارهایی مانند مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر دارند. همچنین، نوجوانان با سبک هویت اطلاعاتی در این دوره آگاهی بیشتری نسبت به پیامدهای رفتارهای خود پیدا می‌کنند و این آگاهی موجب می‌شود که تمایل کمتری به انجام رفتارهای پرخطر که می‌تواند به آن‌ها آسیب برساند، نشان دهند. در اواخر نوجوانی، با تکمیل فرآیند هویت‌یابی و افزایش درک منطقی و انتزاعی، نوجوانان توانایی بیشتری در ارزیابی خطرات و پیامدهای رفتارهای خود پیدا می‌کنند. بنابراین، سبک هویت اطلاعاتی که بر تجزیه و تحلیل دقیق اطلاعات و تصمیم‌گیری آگاهانه تأکید دارد در این مرحله نقش مؤثرتری در کاهش رفتارهای پرخطر نسبت به مراحل قبلی نوجوانی ایفا می‌کند.

نتایج یافته‌های اول، دوم و سوم پژوهش حاضر به طور کلی در راستای نتایج مطالعات گراوند (۱۴۰۱)، حسین‌پور و همکاران (۲۰۲۲)، محبی و همکاران (۲۰۱۸)، ذبیحی و همکاران (۲۰۱۹)، امینی و غفاری جاهد (۱۳۹۷) و مرشد بهبهانی و حیاتی (۱۳۹۶) مبنی بر وجود رابطه بین سبک‌های هویت و گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر در دوره

نوجوانی اســـت. در مقابل، نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه متابث (۲۰۱۷) مبنی بر عدم وجود رابطه بین هیچ‌کدام از سبک‌های هویت و مصرف الکل در اواسط و اواخر نوجوانی اســت، ناهمخوان اســت. مطالعه حاضـر نشـان داد که سـبک هویت هنجاری و اطلاعاتی با کاهش احتمال گرایش به مصرف الکل و سبک هویت سردرگم/اجتنابی با افزایش احتمال گرایش به مصــرف الکل در اواخر نوجوانی رابطه دارد. تفاوت‌های مشـاهده شـده ممکن اســـت به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و محدودیت‌های تعمیم‌پذیری مطالعه متابث (۲۰۱۷) باشـــد. جامعهٔ مورد بررســـی در این تحقیق نوجوانان آفریقایی بودند که از نظر فرهنگی با جامعهٔ ما تفاوت دارند. همچنین، مطالعهٔ متابث (۲۰۱۷) تنها بر روی دانش‌آموزان یک مدرسه خاص در آفریقای جنوبی انجام شده است که این امر قابلیت تعمیم نتایج را محدود می‌کند. همچنین، نتایج مطالعه حاضـــر همچنین با نتایج مطالعه آفریدی و رحیم (۲۰۲۰) مبنی بر عدم ارتباط سبک هویت هنجاری و اطلاعاتی در کاهش گرایش به سیگار است، ناهمسو است. به هر حال، مطالعه حاضر نشان داد هر دو سبک هویت هنجاری و اطلاعاتی در کاهش گرایش به ســیگار در اواخر نوجوانی نقش دارد. این اختلاف ممکن اســـت به دلیل محدودیت‌هایی پژوهش آفریدی و رحیم (۲۰۲۰) از جمله نمونه‌گیری از دانشـجویان دانشگاه که مسن‌تر هستند و استفاده از نسخه قدیمی پرسش‌نامه سبک‌های هویت باشد.

در رابطه با چهارمین یافته تحقیق می‌توان گفت که نتایج حاصـــل از تحلیل داده‌ها نشـــان‌دهندهٔ تفاوت‌های معنادار در گرایش به مصـــرف الکل بین نوجوانان با ســـبک‌های هویتی متفاوت در مراحل مختلف نوجوانی اســـت. نوجوانان با ســـبک هویتی هنجاری و اطلاعاتی در اواخر نوجوانی نسبت به اواسط نوجوانی کمتر به مصرف الکل گرایش دارند. کاهش گرایش به الکل در نوجوانان با سـبک هویت هنجاری در اواخر نوجوانی نسـبت به اواســـط این دوره را می‌توان به چند عامل کلیدی نســـبت داد. در مراحل پایانی نوجوانی فرآیند هویت‌یابی به تثبیت می‌رســـد و نوجوانان با درکی عمیق‌تر از خود، تصـــمیمات آگاهانه‌تری اتخاذ می‌کنند که آن‌ها را از رفتارهای پرخطر دور می‌کند. علاوه بر این، با عبور از بحران‌ها و تنش‌های مرتبط با بلوغ، نوجوانان به تعادل عاطفی و شـــناختی بیشـــتری دست می‌یابند و در نتیجه تمایل کمتری به مصرف الکل از خود نشـان می‌دهند. همچنین،

آشنایی بیشتر با هنجارهای فرهنگی و اجتماعی و درک پیامدهای منفی رفتارهای پرخطر، نوجوانان را به سمت پیروی از ارزش‌های اجتماعی سوق می‌دهد. این عوامل در کنار هم به ایجاد رفتارهای سازگارتر و کاهش تمایل به مصرف الکل در این گروه کمک می‌کند. همچنین، کاهش مصرف الکل در اواخر نوجوانی در مقایسه با اواسط نوجوانی در میان نوجوانانی که سبک هویت اطلاعاتی دارند می‌تواند به دلیل افزایش تجربیات و آگاهی، تصمیم‌گیری منطقی و تثبیت هویت باشد. با افزایش تجربیات و رشد فکری در این مرحله نوجوانان به پیامدهای منفی مصرف الکل پی می‌برند و از آن دوری می‌کنند. همچنین، نوجوانانی که دارای سبک هویت اطلاعاتی هستند توانایی تحلیل منطقی بیشتری پیدا می‌کنند و در مواجهه با موقعیت‌هایی که ممکن است به مصرف الکل منجر شود تصمیمات بهتری اتخاذ می‌کنند. در نهایت، این نوجوانان در اواخر نوجوانی به درک عمیق‌تری از ارزش‌ها و اهداف شخصی خود دست می‌یابند و مصرف الکل را با هویت و اولویت‌های خود ناسازگار می‌بینند. این عوامل مجموعاً منجر به کاهش تمایل به مصرف الکل در این گروه می‌شود.

مجموعاً نتایج تحقیق نشان می‌دهد که رابطه بین سبک‌های هویتی و گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر در مراحل مختلف نوجوانی تغییر می‌کند و همچنین رصد تغییرات این روابط در سه دوره نوجوانی نشان داد که شدت رابطه بین سبک‌های هویت و گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر از ابتدا تا انتهای نوجوانی متغیر است. نوجوانان با سبک‌های هویتی هنجاری و اطلاعاتی در اواخر نوجوانی نسبت به اواسط آن تمایل کمتری به مصرف الکل دارند. این مطالعه با ارائه شواهد تأیید شده آماری نقش حیاتی سبک‌های هویت را در شکل‌گیری و پیشگیری از گرایش به سیگار، الکل و مواد مخدر را میان نوجوانان برجسته می‌کند. نتایج حاصل از این مطالعه نه‌تنها به غنی‌سازی ادبیات موجود در زمینهٔ تحول نوجوانان و سبک‌های هویت کمک می‌کند، بلکه مبنایی برای طراحی مداخلات راهبردی، هویت-محور و به موقع به منظور کاهش پیامدهای منفی اعتیاد فراهم می‌آورد. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان درک کرد که نوجوانان با هر سبک هویت در هر دوره سنی بیشتر در معرض چه نوع گرایش‌های اعتیادی قرار دارند و بر این

اســاس مداخلات لازم را در ســنین مناســب انجام داد. همچنین، امکان پیش‌بینی خطرات مرتبط با هر سبک هویت در دوره‌های سنی بعدی فراهم می‌شود و این امر می‌تواند فرصت مناســبی برای انجام مداخلات زودهنگام و پیشــگیرانه فراهم آورد. ســتاد مبارزه با مواد مخدر، سیاست‌گذاران و متخصصان بهداشت، مؤسسات آموزش و پرورش و خانواده‌ها می‌توانند با توجه به نتایج این پژوهش برنامه‌های آموزشی و حمایتی ویژه‌ای برای نوجوانان در هر گروه سنی با هر سبک هویت طراحی کنند.

همچون سایر پژوهش‌ها، این مطالعه نیز با محدودیت‌هایی مواجه بود. نخست، محدود بودن گروه نمونه به دانش‌آموزان پســر مقطع متوســطه اول و دوم شــهرســتان ســیاهکل تعمیم‌پذیری نتایج را به دختران نوجوان و همچنین ســایر مناطق جغرافیایی با چالش مواجه می‌کند. این محدودیت همچنین موجب شــد گروه‌های ســنی ۱۱ و ۱۹ ســال که به ترتیب جزو مراحل اوایل و اواخر دوره نوجوانی هســتند به دلیل عدم تحصــیل در مقاطع متوســط اول و دوم از جامعه آماری حذف شــوند. از ســوی دیگر، اســتفاده از روش نمونه‌گیری خوشــه‌ای دو مرحله‌ای ممکن اســت موجب شــود که تنوع کافی در نمونه حاصــل نشــود، به‌ویژه اگر مدارس انتخاب شده نماینده‌ای واقعی از کل جامعه آماری نباشند، نتایج ممکن اســت به طور کلی قابل تعمیم نباشــند. علاوه بر این، اســتفاده از روش مقطعی که تنها یک مقطع زمانی را بررســی می‌کند، امکان تحلیل تغییرات پویا و روابط علی را محدود کرده اســت. همچنین، اســتفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی می‌تواند به بروز خطاهای ارزیابی منجر شود. نتایج حاصل ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌های پاسخ‌دهندگان قرار گیرد. بنابراین، در تفسیر یافته‌ها باید به این محدودیت نیز توجه داشت.

برای رفع این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی نظامدار از نوجوانان در مناطق شهری و روستایی مختلف، از جمله کلان‌شهرها و مراکز اســتان‌ها انجام شــود تا تنوع فرهنگی و اجتماعی بیشــتری در نمونه لحاظ گردد. همچنین، در انتخاب مدارس برای نمونه‌گیری اســتفاده از چارچوب‌های جامع‌تری که نماینده‌ی طیف متنوع‌تری از جامعه نوجوانان باشــند می‌تواند به افزایش تعمیم‌پذیری نتایج کمک کند. از سوی دیگر، بررسی تفاوت‌های جنسیتی از طریق گنجاندن نوجوانان دختر

و تحلیل‌های مقایسه‌ای بین جنسیت‌ها می‌تواند به درک کامل‌تری از الگوهای ارتباطی میان سبک‌های هویتی و گرایش به روابط جنسی منجر شود. طراحی مطالعات طولی نیز امکان بررسی تغییرات تدریجی و روابط علت و معلولی در طول دوره نوجوانی را فراهم کرده و اعتبار نتایج را افزایش خواهد داد. برای کاهش محدودیت ناشی از ابزارهای خودگزارش‌دهی پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از روش‌های مکمل مانند مشاهده رفتاری، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته یا گزارش والدین و معلمان نیز استفاده شود تا اعتبار داده‌ها افزایش یابد و سوگیری پاسخ‌دهندگان کاهش پیدا کند.

منابع

امینی، ناصر و غفاری جاهد، زهره (۱۳۹۷). پیش‌بینی‌پذیری اعتیاد جوانان با توجه به سبک هویتی. *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۳(۱۹)، ۱۹-۱.

ثابت، سمیرا و خیاطان، فلور (۱۴۰۱). پیش‌بینی قلدری سنتی و سایبری بر اساس سبک های هویت و بلوغ عاطفی در نوجوانان شهر اصفهان. *روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه*، *۱۱*(۴)، ۴۲-۳۰.

چینی، فرحدخت؛ تبرائی، رامین و میرزاحسینی، حسن (۱۴۰۲). رابطه ساختاری جهت‌گیری مذهبی با سرسختی روانشناختی با میانجی‌گری سبک هویت در دانش آموزان دوره دوم متوسطه. *مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی*، *۸*(۱)، ۱۱۰-۸۵.

رحمتی، اعظم؛ ادبی فیروزجائی، احمد؛ آرائی، محمود و صالحی، مهدیه (۱۴۰۲). بررسی نقش دینداری در گرایش به سیگار نوجوانان پسر شهر تهران. *فصلنامه اندیشه‌های نوین تربیتی*، *۱۹*(۲)، ۵۲-۳۵.

رهبر کرباسدهی، ابراهیم ؛ افروز، غلامعلی و رهبر کرباسدهی، فاطمه (۱۴۰۳). تاثیر آموزش برنامه مدیریت رفتاری خانواده‌محور بر نگرش‌های ناکارآمد و بهزیستی روان‌شناختی در نوجوانان با گرایش به مصرف مواد مخدر. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۸*(۷۱)، ۱۰۲-۸۵.

شعبانی، علی و باقری، نسرین (۱۴۰۲). پیش‌بینی رفتارهای پرخطر بر اساس سبک‌های فرزندپروری و سبک‌های هویت در نوجوانان. *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، *۸*(۵۶)، ۲۹۳-۲۸۱.

گراوند، هوشنگ (۱۴۰۱). مدل‌یابی ساختاری سبک‌های هویت با گرایش به رفتارهای پرخطر در دانشجویان: نقش واسطه‌ای ناگویی هیجانی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۶*(۶۶)، ۱۴۴-۱۱۳.

مرشد بهبهانی، مهدی و حیاتی، داوود (۱۳۹۶). رابطه علّی هویت سردرگم، و خودکارآمدی با آمادگی به اعتیاد: نقش میانجی هیجان‌خواهی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۱*(۴۴)، ۲۷۲-۲۵۷.

زاده محمدی، علی؛ احمدآبادی، زهره و حیدری محمود (۱۳۹۰). تدوین و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، *۱۷*(۳)، ۲۱۸-۲۲۵.

نظری، آزاده؛ خواجه نوری، نسترن؛ دهقان شاد، حوریه و رونقی نوتاش، مهناز (۱۴۰۲). نقش تفاوت‌های فرهنگی و شیوه‌های اطلاع‌رسانی بر استعمال دخانیات نوجوانان (مطالعه موردی: دانش‌آموزان شهرستان ورامین). *فصلنامه جامعه، فرهنگ و رسانه*، ۱۲(۴۶)، ۱۰۷-۱۰۳.

هژبرخواه، ام البنین؛ قهاری، شهربانو؛ معماریان، نادره و لطفی، مژگان (۱۴۰۲). مقایسه رابطه والد – فرزندی، سبک های هویت و شفقت به خود نوجوانان خانواده‌های تک فرزند و چند فرزند. *رویش روانشناسی*، ۱۲(۱)، ۱۰-۱.

References

Afridi, S. S., & Rahim, S. (2020). Personality traits, identity style and depression as predictors of smoking behavior among university students. *FWU Journal of Social Sciences*, *14*(4), 105-117.

Ahmadi-Soleimani, S. M., Azizi, H., Beheshti, F., Azizi, O., & Abbasi-Mazar, A. (2023). A history of ethanol intake accelerates the development of morphine analgesic tolerance: A protective potential for omega-3 fatty acids. *Behavioral Neuroscience*, *137*(2), 101-110.

Altwicker-Hámori, S., Ackermann, K. A., Furchheim, P., Dratva, J., Truninger, D., Müller, S., & Wieber, F. (2024). Risk factors for smoking in adolescence: evidence from a cross-sectional survey in Switzerland. *BMC Public Health*, *24*, 1165.

Avramescu, R. G., Hernandez, G., & Flores, C. (2024). Rewiring the future: drugs abused in adolescence may predispose to mental illness in adult life by altering dopamine axon growth. *Journal of Neural Transmission*, *131*, 461-467.

Barati, M., Jormand, H., Bashirian, S., Doosti-Irani, A., & Rezapur-Shahkolai, F. (2020). The role of media on the intention of adolescents smoking: a systematic review and Meta-analysis. *Journal of Education and Community Health*, *7*(4), 311-323.

Barrett, D. E. (1996). The three stages of adolescence. *The High School Journal*, *79*(4), 333-339.

Berzonsky, M. D. (1989). Identity style: Conceptualization and measurement. *Journal of Adolescent Research*, *4*(3), 268-282.

Berzonsky, M. D. (2008). Identity formation: The role of identity processing style and cognitive processes. *Personality and Individual Differences*, *44*(3), 645-655.

Bista, S., Tait, R. J., Straker, L. M., Lin, A., Steinbeck, K., Graham, P. L., ... & Skinner, S. R. (2025). Joint developmental trajectories of internalizing and externalizing problems from mid-childhood to late adolescence and childhood risk factors: Findings from a prospective pre-birth cohort. *Development and Psychopathology*, *37*(1), 176-191.

Choobforoushzadeh, A., Amini, A., Rezapour Mirsaleh, Y., & Nasr Azadani, E. (2024). The Role of Self-efficacy in Predicting High-risk Based on Identity Styles and Parental Monitoring in Adolescents. *Journal of Psychological Studies*, *19*(4), 117-132.

Getachew, B., Hauser, S. R., Bennani, S., El Kouhen, N., Sari, Y., & Tizabi, Y. (2024). Adolescent alcohol drinking interaction with the gut microbiome:

implications for adult alcohol use disorder. *Advances in Drug and Alcohol Research, 4*, 11881.
Hanson, G. R., Venturelli, P. J., & Platteborze, P. (2024). *Drugs and society* (15th ed.). Jones & Bartlett Learning.
Hosseinpour, S., Alizadeh, M., & Homaei, R. (2022). The mediating role of diffuse-avoidant identity in the relationship between moral intelligence and family functioning with addiction potentials of male adolescents. *Men's Health Journal, 6*(1), e16.
Ingersgaard, M. V., Grabowski, D., Willaing, I., & Tjørnhøj-Thomsen, T. (2024). "It's a part of what I am, but not all of who I am": A qualitative study of identity formation in adolescents and emerging adults with type 1 diabetes. *SSM-Qualitative Research in Health*, *5*, 100391.
Khodamoradi, M., Sanaei, Z., & Khanlarzadeh, E. (2024). Investigation of frequency and factors related to drug use in male students living in dormitories. *Journal of Substance Use*, *29*(6), 1221-1225.
Kline, R. (2016). Data preparation and psychometrics review. *Principles and practice of structural equation modeling (4th ed). New York, NY: Guilford*, 64-96.
Latif, S. A., Som, A. P. M., & Novarizal, R. (2024). Criminal careers and drug abuse among adolescents in Indonesia. Nurani*: Jurnal Kajian Syari'ah dan Masyarakat*, *24*(1), 47-62.
Main, K., Bouton, B. D., Pendergast, D., & Whitaker, N. (2025). The Importance of Social and Emotional Skills During Adolescence to Promote a Positive Social Identity: A Systematic Literature Review and Reflection Using Bronfenbrenner's Bioecological Theory. *Education Sciences*, *15*(2), 258.
Mathabathe, J. M. (2017). *The use of identity style to predict the alcohol consumption of African middle and late adolescents* (Doctoral dissertation, University of Limpopo). University of Limpopo Institutional Repository.
Meilani, N., Hariadi, S. S., & Haryadi, F. T. (2024). Smoking and Alcohol Consumption Behavior Among Male Senior High School Students. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, *19*(3), 471-479.
Mohebi, M. D., Ayubi, E., Azmoodeh, A., & Sargolzaie, N. (2018). The relationship between identity styles and addiction vulnerability: A cross-sectional study among medical students in Zahedan, South Eastern Iran. *Psychiatry Research*, *268*, 184-188.
Monaco, G. L., Bonetto, E., Codaccioni, C., Araujo, M. V., & Piermattéo, A. (2020). Alcohol 'use'and 'abuse': when culture, social context and identity matter: Alcohol 'use'and 'abuse'. *Current Opinion in Food Science*, *33*, 9-13.
Permana, O. R., & Khasanah, U. (2024). *The effect of counseling on increasing adolescent knowledge and attitudes about narcotics, psychotropics, and addictive substances*. In Cirebon Annual Multidisciplinary International Conference (CAMIC).
Rahimi, M., & Eslami, A. A. (2024). Explaining the factors of smoking behavior among adolescents in Isfahan City: A qualitative study. *Research Square*. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4547663/v1
Smith, L., Sánchez, G. F. L., Pizzol, D., Oh, H., Barnett, Y., Schuch, F., ... & Koyanagi, A. (2024). Global trends in the prevalence of alcohol consumption among school-going adolescents aged 12–15 years. *Journal of Adolescent Health*, *74*(3), 441-448.

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.

Tao, Y., Zou, X., Tang, Q., Hou, W., Wang, S., Ma, Z., ... & Liu, X. (2024). Mapping network connection and direction between anxiety and depression symptoms across the early, middle, and late adolescents: insights from a large Chinese sample. *Journal of Psychiatric Research*, *169*, 174-183.

Taylor, N., Callinan, S., Pennay, A., & Livingston, M. (2024). Have the personality and socio-demographic profiles of Australian adolescent drinkers changed?. *Drug and Alcohol Review*, *43*(3), 604-615.

Ward, C., Szabó, Á., & Ng Tseung-Wong, C. (2025). The motivation to integrate and perceived discrimination as antecedents of cultural identity styles. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, *31*(2), 393-401.

Wirogioto, A. J. (2022). Cigarette Addiction as The Gateway to Drug Addiction. *International Journal of Social Service and Research*, *2*(7), 652-657.

World Health Organization. (2020). *Spotlight on adolescent health and well-being*. Findings from the 2017.

Yan, K., Feng, Y., Liu, Z., Shi, W., Jiang, Y., & Liu, J. (2023). Impulsivity drives adolescents to smoke and drink: gender differences in the mediating effects of resilience and depression. *Psychological Reports*, *20*, 332941231216894.

Yuen, W. S., Chan, G., Bruno, R., Clare, P. J., Aiken, A., Mattick, R., ... & Peacock, A. (2021). Trajectories of alcohol-induced blackouts in adolescence: early risk factors and alcohol use disorder outcomes in early adulthood. *Addiction, 116*(8), 2039-2048.

Zabihi, A., Amiri, S. R. J., Hosseini, S. R., & Padehban, V. (2019). The association of high-risk behaviors and their relationship with identity styles in adolescents. *Journal of Education and Health Promotion*, *8*, 152.

Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 18, No. 74, P 229-260, Winter 2025

Research Article

Analysis of the Driving Factors Influencing Relapse into Addiction in Rural Areas

Afshar Kabiri[1], Mohammad Valaei[2]

Received: 2024/08/24 Accepted: 2025/04/21

Abstract

Objective: This study aimed to analyze the driving forces behind addiction relapse in rural areas. **Method:** This was an applied, descriptive-analytical study. Data were collected through both library research and field studies. The study's location was rural areas of West Azerbaijan province, which, according to the 2016 census, has 304,853 households and a population of 1,129,016. To accurately examine attitudes and perceptions, the Q methodology and exploratory factor analysis (Stephenson's method) were used. The research discourse community consisted of 26 experts from welfare and Imam Khomeini Relief Committee offices, NA officials, village heads, Social Damage Experts of the Governorate, university professors, rural affairs specialists, sociologists, and addiction treatment camp officials, etc. **Results:** The most significant driving forces behind addiction relapse were identified as: 1) empowerment, financial capacity, human environmental coercion, and psychological pressures; 2) therapeutic use, family problems, poverty, and separation from family due to seasonal work; 3) the presence of bad company, showing off, curiosity, and a lack of comprehensive social policy for prevention; 4) marriage issues, neglect of children, and recreational substance use; and 5) family relationships, increased economic pressures, and the prevalence of false beliefs about substance use in villages. **Conclusion:** In the rural areas of West Azerbaijan province, empowerment, financial capacity, environmental coercion, and psychological pressures, along with therapeutic use, family problems and separation, poverty, etc, are considered among the most important driving forces for individuals returning to the cycle of addiction.

Keywords: Addiction cycle, Rural areas, Q analysis, Addiction relapse

1. Corresponding Author: Associate Professor, Department of Sociology, Urmia University, Urmia, Iran. Email: a.kabiri@urmia.ac.ir

2. Assistant Professor, Department of Geography and Rural Planning, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هجدهم، شماره هفتاد و چهارم، ص۲۶۰-۲۲۹، زمستان ۱۴۰۳

مقاله پژوهشی

تحلیل پیشران‌های مؤثر بر بازگشت به چرخه اعتیاد در نقاط روستایی

افشار کبیری[۱]، محمد ولائی[۲]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۰۱

چکیده

هدف: این پژوهش به تحلیل پیشران‌های مؤثر بر بازگشت به چرخه اعتیاد در نقاط روستایی پرداخت. **روش:** پژوهش حاضر از حیث هدف، کاربردی و از نظر روش توصیفی – تحلیلی بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از مطالعات کتابخانه‌ای و میدانی استفاده شد. قلمرو مکانی نقاط روستایی استان آذربایجان غربی بود که طبق سرشماری سال ۱۳۹۵ دارای ۳۰۴۸۵۳ خانوار و ۱۱۲۹۰۱۶ نفر جمعیت می‌باشد. جهت مطالعه دقیق ذهنیت‌ها، از روش کیو (Q) و تحلیل‌عاملی به روش اکتشافی (روش استنفسون) استفاده شد. جامعه گفتمان پژوهش ۲۶ نفر از کارشناسان ادارات بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی(ره)، مسئولین NA، دهیاران و کارشناسان آسیب‌های اجتماعی استانداری، اساتید دانشگاهی، کارشناسان حوزه امور روستایی، جامعه‌شناسان، مسئولین کمپ‌های ترک اعتیاد و غیره بودند. **یافته‌ها:** مهم‌ترین پیشران‌های مؤثر بر بازگشت به چرخه اعتیاد عبارت بودند از؛ ۱) توان‌افزایی، استطاعت مالی، جبر محیط انسانی و وجود فشارهای روانی، ۲) استفاده درمانی، مشکلات خانوادگی، فقر و دوری از خانواده به دلیل مشاغل فصلی، ۳) وجود دوستان ناباب، خودنمایی، کنجکاوی و عدم سیاست اجتماعی جامع در پیشگیری مناسب، ۴) مشکلات ازدواج، کم‌توجهی به فرزندان و استفاده تفننی و ۵) روابط خانوادگی، افزایش فشارهای اقتصادی و رواج باورهای غلط در مصرف مواد مخدر در روستاها. **نتیجه‌گیری:** در نقاط روستایی استان آذربایجان غربی توان‌افزایی، استطاعت مالی، جبر محیطی و وجود فشارهای روانی در کنار استفاده درمانی، مشکلات خانوادگی و دوری از آن، فقر و غیره از جمله مهم‌ترین پیشران‌های مؤثر بر بازگشت افراد به چرخه اعتیاد به شمار می‌رود.

کلیدواژه‌ها: چرخه اعتیاد، نقاط روستایی، تحلیل Q، بازگشت به اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. پست الکترونیک: a.kabiri@urmia.ac.ir

۲. استادیار، گروه جغرافیا و برنامه‌ریزی روستایی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

مقدمه

اعتیاد یکی از بزرگ‌ترین مشکلات اجتماعی است که تمام کشورهای جهان به نوعی با آن دست به گریبان‌اند و گزارش‌ها حاکی از افزایش بازگشت به چرخه اعتیاد در طی سال‌های اخیر در جهان است (رفیعی، ۱۳۹۳). اعتیاد یک پدیده مخرب اجتماعی است، زیرا اثرات نامطلوب و عواقب وخیم آن تنها دامن‌گیر شخص وابسته به مواد نمی‌شود، بلکه همه افرادی را که به‌گونه‌ای با فرد وابسته به مواد وابستگی و ارتباط نزدیک دارند، در بر می‌گیرد (فروع‌الدین و همکاران، ۱۳۸۳). آمار رو به افزایش اعتیاد در جهان و پیامدهای منفی فراوان آن حوزه درمان اعتیاد را در دهه‌های اخیر به یکی از مهم‌ترین اولویت‌های پژوهشی مجامع علمی تبدیل کرده است. تردیدی وجود ندارد که اعتیاد آسیبی اجتماعی بوده که هم ناشی از آسیب‌های اجتماعی و هم اینکه خود آسیب‌های اجتماعی دیگری را به وجود می‌آورد (اکبریان رونیزی و صادقی، ۱۳۹۶). فرد وابسته به مواد علاوه بر اینکه نیروی جسمانی و عقلانی خود را تحت تأثیر مصرف مواد مخدر از دست داده و در خدمت جامعه نیست، قسمتی از نیروی جسمانی و امکانات اقتصادی را که می‌تواند در راه سازنده‌تری مصرف شود به مصرف سوء خود اختصاص می‌دهد (مطیعی لنگرودی و همکاران، ۱۳۹۲). اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک اختلال روان‌پزشکی با ابعاد زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی و یکی از مهم‌ترین مشکلات بشر در عصر حاضر و به عنوان دومین اختلال رایج به حساب می‌آید (نعمتی و خالدیان، ۱۴۰۱). مصرف مواد مخدر موجب از دست دادن سرمایه‌های انسانی جوان در سطح جهان و تغییرات اساسی در شناخت و فرایند عاطفی افراد می‌گردد (آهنگ و همکاران، ۱۴۰۰). به علاوه، مواد مخدر می‌تواند پیامدهای بسیار جدی و طولانی‌مدتی برای افراد جوان وابسته به مواد و خانواده‌های آنها داشته باشد. به عنوان مثال، مطالعات نشان می‌دهد که اختلال روانی و مصرف مواد یکی از علل اصلی ناتوانی و خودکشی در بین کودکان و جوانان در سراسر جهان است (ارسکین[1] و همکاران، ۲۰۱۵؛ احمد[2] و همکاران، ۲۰۲۰).

1. Erskine
2. Ahmed

امروزه یکی از مهم‌ترین مسائلی که جامعه با آن دست به‌گریبان است، بازگشت و شروع دوباره به این عادت ناپسند (چرخه اعتیاد) است (خمرنیا و پیوند، ۱۳۹۷). بررسی‌ها نشان می‌دهد، پس از آنکه فرد وابسته به مواد مصرف مواد مخدر را برای مدت طولانی قطع کرد نیز نمی‌توان امیدوار بود که مصرف را از سر نگیرد، به‌طوری‌که آمارها بیانگر این است که مصرف مواد مخدر در ۶۰ الی ۸۰ درصد از افراد در کمتر از ۶ ماه دوباره بازگشت خواهد کرد و برخی حتی پس از چندین دهه پرهیز، مصرف مواد مخدر را از سر می‌گیرند (مائو[1] و همکاران، ۲۰۲۴). ترک جسمانی مواد مخدر مشکل اصلی نیست، بلکه مشکل اصلی بازگشت و شروع دوباره مصرف مواد مخدر است. با توجه به اینکه بعد از ترک و درمان افراد وابسته به مواد پس از مدت نه چندان طولانی بیشتر این افراد دوباره به مواد مخدر روی آورده و استفاده را از سر خواهند گرفت، موضوع بازگشت مجدد قابل تأمل است (علیپور اسدآبادی و نامدارپور، ۱۴۰۲). مارلات و گوردون[2] (۱۹۸۵) احتمال بازگشت به مواد مخدر را در خوش‌بینانه‌ترین شکل تا ۵۰ درصد پیش‌بینی کرده‌اند. به نظر آنها این احتمال تا ۹۰ درصد نیز متغیر است. به همین دلیل، باوجود پیشرفت‌های به دست آمده در درمان این اختلال، بازگشت مجدد به دوره‌های سنگین و غیر قابل کنترل مواد مخدر همچنان به‌عنوان یک مشکل شایع، مطرح است (صفری حاجت آقایی و همکاران، ۱۳۹۳). لازم به‌ذکر است که میزان عود ممکن است با توجه به نوع جامعه آماری مورد مطالعه و زمان پس از درمان متفاوت باشد. در اروپا میزان شیوع آن بین ۴۰ تا ۷۰ درصد گزارش شده و در این میان برخی آن را ۹۰ درصد و برخی دیگر نیز ۹۵ درصد دانسته‌اند (منون و کانداسامی[3]، ۲۰۱۸). در ایران نیز میزان عود یا بازگشت به چرخه اعتیاد پس از دوره بازپروری ۵۲ تا ۶۰ درصد گزارش شده است (بیاتی و همکاران، ۱۴۰۲).

از عوامل مهم و مؤثر بر بازگشت به اعتیاد به ویژگی‌های روان‌شناختی و مشکلات جسمانی می‌توان اشاره داشت. وسوسه‌ای بودن، لذت‌جویی (موسعلی[4] و همکاران، ۲۰۲۱)، خوش‌گذرانی، رسیدن به لذت شخصی و درد و بیماری‌های جسمانی زمینه

1. Mao
2. Marlatte & Gordon
3. Menon & Kandasamy
4. Mousali

بازگشت به اعتیاد را موجب می‌شود. در این میان می‌توان به اختلالات شخصیتی مانند تفکر ارجاعی، افسردگی، پرخاشگری، وسواسی و ضعف در غلبه بر وسوسه را نیز اشاره داشت که وجود هر کدام از این متغیرها در فرد خصوصاً علائم افسردگی در طول دوره درمان مهم‌ترین تأثیر در بازگشت به اعتیاد را دارند (فولادیان و محمدی، ۱۴۰۲). همچنین، عواملی مانند فشار دوستان و گروه همسالان، دوستان ناباب، بیکاری (مک‌لین[1] و همکاران، ۲۰۲۴)، در دسترس بودن مواد، مسائل مربوط به خانواده (اختلافات خانوادگی، سرزنش خانواده، حمایت و پذیرش خانواده، نظارت خانوادگی، تبعیض و روابط نامناسب والدین در خانواده و غیره)، نداشتن سرپرست (بیاتی و همکاران، ۱۴۰۲؛ سووانچاچای[2] و همکاران، ۲۰۲۴)، سن پایین، نوع جنسیت، داشتن سطح تحصیلات پایین، سکونت روستایی، ازدواج نکردن و مجرد ماندن (ناگی و همکاران[3]، ۲۰۲۲) و طلاق والدین و زندگی در کنار مادر (کابیسا و همکاران[4]، ۲۰۲۱) و غیره نقش کلیدی در عود و بازگشت به چرخه اعتیاد دارند.

پدیده بازگشت به چرخه اعتیاد در نواحی روستایی نیز به وضوح دیده می‌شود و این پدیده یکی از ناهنجاری‌های جامعه روستایی است که با گذر زمان فراگیرتر شده و سبب اختلال در زندگی روستاییان می‌شود (چراغی و محمدلو، ۱۴۰۱). به طوری که، اعتیاد در گذشته بیشتر در فضاهای شهری به صورت بارزی مشاهده می‌شد، اما اکنون به عنوان یکی از مسائل جوامع روستایی نیز محسوب می‌شود (احمدی و همکاران، ۱۴۰۱). لذا، وضعیت پیدایش و ضریب شیوع اعتیاد و عود و بازگشت به اعتیاد در روستاهای ایران و افزایش فراوانی افراد وابسته به مواد روستایی نسبت به گذشته به حدی متفاوت و زیاد شده که آن را به یکی از ۴ مسئله و آسیب اجتماعی حاد تبدیل نموده است. در حال حاضر، در ایران آمار دقیقی از این که چند درصد از معالجه شوندگان مجدداً به مواد مخدر بازگشت دارند، وجود ندارد، اما آمار افزایش مبتلایان به مصرف مواد مخدر در کشور می‌تواند بیانگر این باشد که روش‌های درمانی انجام شده تاکنون موفقیت‌آمیز یا جامع نبوده است.

1. MacLean
2. Suwanchatchai
3. Nagy
4. Kabisa

با توجه به افکار، باورها و نظرات انسان‌ها استفاده از نظرات مبتلا به مصرف مواد مخدر در هر منطقه جغرافیایی می‌تواند شیوه مؤثری در شناخت علل بازگشت به اعتیاد در افراد افراد وابسته به مواد آن منطقه باشد (خمرنیا و پیوند، ۱۳۹۷).

براساس نتایج پژوهش‌های مختلف و پیمایش شیوع‌شناسی اعتیاد در مناطق روستایی، سرعت، شدت و بازگشت به چرخه اعتیاد در روستاهای استان آذربایجان غربی بیش از سه برابر شده است (فتح‌اللهی و ایمانی جاجرمی، ۱۴۰۱). آمارها نشان می‌دهد که نرخ شیوع مصرف مواد مخدر در جمعیت عمومی ۱۵ تا ۶۴ سال بر اساس تحقیق سال ۱۳۹۴ در استان آذربایجان غربی معادل ۲/۵ درصد بوده است و نرخ شیوع اعتیاد بر اساس نتایج ارزیابی سریع اعتیاد در این استان معادل یک و نه دهم درصد بوده است. به این ترتیب باید گفت مشکل گسترش اعتیاد و پدیده بازگشت به چرخه اعتیاد و عود آن در سال‌های اخیر به نحوی در روستاهای استان آذربایجان غربی گسترده شده که روند تبدیل شدن به یک ناهنجاری فرهنگی را سپری می‌کند. مشکل از آنجایی شروع شد که بخش کشاورزی این استان به‌دلیل خشکسالی و کم‌آبی‌های موجود با کاهش سطح روبه‌رو شد و اشتغال در روستاها و بخش کشاورزی روند نزولی به خود گرفت و بسیاری از جوانان روستایی برای اشتغال و کسب و درآمد و ارتزاق خانواده به اجبار ترک تحصیل نموده و به نواحی شهری مهاجرت نمودند. ماحصل این مهاجرت‌ها آشنایی جوانان روستایی با انواع مواد مخدر صنعتی و سنتی و افزایش نرخ اعتیاد به مواد مخدر بود. به طوری که، استفاده از مواد مخدر در بسیاری از خانواده‌ها اکنون به یک سنت تبدیل شده و زن و بچه‌ها هیچ مقاومتی از خود نشان نمی‌دهند. همچنین، قاچاق مواد مخدر به دلیل مرزی بودن استان آذربایجان غربی، گسترده نشدن صنعت و کارخانه‌های صنعتی، فعالیت خرده و عمده‌فروشان مواد مخدر و غیره روند افزایش استفاده از مواد مخدر را تسریع بخشیده و با وجود فعالیت‌های مسئولین ارشد استانی، شهرستانی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان و گروه‌های مردم‌نهاد (گروه‌های AN) برای مقابله با آن به یکی از بحران‌های اجتماعی در سطح استان تبدیل شده است. لذا، یکی از مسائل مهم در زمینه اعتیاد و ترک آن در نواحی روستایی استان آذربایجان غربی که قابل بحث و بررسی است، بازگشت و عود مکرر و مصرف

مجدد مواد مخدر توسط این افراد می‌باشد. در نتیجه، شناسایی پیشران‌های مؤثر در این زمینه و آگاهی‌افزایی از عوامل مخاطره‌آمیز در بازگشت و مصرف مجدد از جمله مسائل مهمی است که نیازمند پژوهش‌های علمی و برنامه‌ریزی‌های اجتماعی و فرهنگی دقیقی می‌باشد. لذا، برای این منظور بایستی با یک دیدگاه جامع و چندوجهی و در نظر گرفتن همه جوانب به درمان اعتیاد به خصوص در نواحی روستایی پرداخته شود. به این ترتیب، هدف از این پژوهش تحلیل پیشران‌های مؤثر بر بازگشت چرخه اعتیاد در نقاط روستایی استان آذربایجان غربی بود و در تلاش بود برای این سوال پاسخ مناسبی ارائه نمایید: مهم‌ترین پیشران‌های مؤثر بر بازگشت به چرخه اعتیاد در نقاط روستایی استان آذربایجان غربی کدامند؟

اعتیاد با انحراف و جرم رابطه بسیار تنگاتنگی دارد و بررسی اعتیاد شاید امری صرفاً اجتماعی یا روانی باشد، اما به دلیل ریشه در جرم و به ویژه با وجود ابعاد فضایی در قالب جغرافیای جرم، قابل بررسی است. دانشمندان و محققان عرصه علوم اجتماعی از دیرباز علاقه خاصی در توصیف جغرافیای جرم داشته‌اند (ویزبورد[1] و همکاران، ۲۰۰۹). مکتب جغرافیایی جرم که با اندیشه‌های کتلهٔ[2] بلژیکی و گری[3] فرانسوی به‌صورت مدون مطرح شد یکی از مکاتب مهم در حوزهٔ آسیب‌شناسی اجتماعی است (شام[4] و همکاران، ۲۰۱۳). جغرافیای جرم مدت زیادی هست که به رسمیت شناخته شده، اما تنها در سال‌های اخیر به عنوان بخش مهمی از پدیده جرم‌شناسی جایگاه مرکزی‌تر یافته است (هربرت[5]، ۲۰۱۵). جغرافیای جرم شامل مطالعه روابط بین جرم، فضا و جامعه از طریق تحلیل انتقادی قربانیان و مجرمان و تأثیر جرم بر جامعه است. این رشته فرعی فرصت‌هایی را برای بررسی دیدگاه‌های نظری مختلف در مورد بعد فضایی یا جغرافیایی جرم، با تأکید بر چرایی و چگونگی اهمیت فضا در شرطی‌شدن و وقوع جرم و همچنین سایر پیامدهای جرم‌زا فراهم می‌کند. جغرافیای جرم دیدگاه میان رشته‌ای مطالعات جنایی را به منصه ظهور می‌رساند و فرصت‌هایی را برای نظریه‌پردازی و مشارکت روش‌شناختی برای درک بهتر از

1. Weisburd
2. Kotelh
3. Garri
4. Sham
5. Herbert

دیدگاه‌های چند مقیاسی برجسته می‌کند. در واقع، محققان استدلال کرده‌اند که فراتر از رویکرد سنتی ایجاد ارتباط بین شرایط محیط فیزیکی و اجتماعی و وقوع جرم، جغرافی‌دانان جرم می‌توانند معنای ادراکی را که مردم به محیط نزدیک خود می‌دهند و این که چگونه تفسیر آنها از جرم را شکل می‌دهد، بررسی کنند (کیچهین و تریفت[1]، ۲۰۲۰).

یکی از پدیده‌های که در غالب جغرافیای جرم قابل بررسی است گسترش فضایی اعتیاد در فضاهای جغرافیایی است. اعتیاد به مواد مخدر که معمولاً به عنوان جستجوی اجباری و مصرف مواد، علی‌رغم پیامدهای مضر تعریف می‌شود، یک اختلال مغزی پیچیده است که بر انگیزه، حافظه و سیستم‌های مغزی مرتبط تأثیر می‌گذارد (یو[2] و همکاران، همکاران، ۲۰۲۴). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که بین نرخ جرم و بزهکاری با نرخ بیکاری، سرانه تولید ناخالص داخلی، فقر، نابرابری، فساد و تورم رابطه مستقیمی برقرار است. به این معنا که نرخ‌های وقوع جرم و بزه در اجتماعات فقیر نسبت به محله‌های محل زیست طبقات متوسط و مرفه بسیار بالاتر است (آجیموتوکین[3] و همکاران، ۲۰۱۵). از طرف دیگر، توزیع جرم در زمان و فضا به صورت تصادفی اتفاق نمی‌افتد. نظریه فعالیت‌های روزمره و نظریه الگوی جرم به خوبی این موضوع را تبیین نموده‌اند (زیاری و همکاران، ۱۴۰۰). همین‌طور، اندیشمندانی مانند دورکیم، مرتن، پارسونز، پارک و برگس[4] که در زمینه انحرافات اجتماعی نظریه‌ها و پژوهش‌هایی دارند نیز بر این نظرند که میان جرم و بزهکاری و عواملی چون سن، جنس، تراکم، جمعیت و رشد جمعیت شهرنشین و روستانشین همبستگی وجود دارد. بر اساس نظریه‌های آنها افراد توسط عوامل اجتماعی کنترل می‌شوند، یعنی ساختار اجتماعی با سازوکارهای نظارتی خود از رفتار انحرافی جلوگیری می‌کنند. بر این مبنا، این فقدان ثبات در ساختار اجتماعی است که باعث به وجود آمدن انحرافات در جامعه می‌شود (مرجایی و غلامرضا کاشی، ۱۳۹۶).

1. Kitchin & Thrift
2. Yu
3. Ajimotokin
4. Durkheim, Merton, Parsons, Parke, & Burgess

طبق تعریف دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد[1] (۲۰۲۳)، اعتیاد به مواد مخدر یک اختلال مغزی مداوم و تکرار شونده است که ناشی از میل شدید به مواد مخدر و مصرف آن است که منجر به تداخل در توانایی فرد برای کسب رضایت در سایر زمینه‌های زندگی و در نتیجه آن می‌شود. انجام رفتارهای عادی مواد مخدر مورد بحث، مواد مخدر و روانگردان کنترل شده تحت کنوانسیون‌های بین‌المللی کنترل مواد مخدر هستند که باعث اعتیاد می‌شوند. در گزارش جهانی مواد مخدر در سال ۲۰۲۳، دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد بیان می‌کند که در سطح جهان، در سال ۲۰۲۱ از هر ۱۷ نفر ۱۵ تا ۶۴ ساله ۱ نفر در سال گذشته مواد مخدر مصرف کرده‌اند. همین طور از سال ۲۰۱۱ تعداد افراد مصرف کننده مواد مخدر از ۲۴۰ میلیون به ۲۹۶ میلیون نفر در سال ۲۰۲۱ افزایش یافته که نشان‌دهنده ۵/۸ درصد از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله جهان است (دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۲۳؛ یو و همکاران، ۲۰۲۴). همان طوری که از آمارها نیز مشخص است بیشترین افرادی که تمایل به مصرف مواد مخدر در سطح جهان دارند جوانان هستند. جوانان منبع اساسی توسعه و پیشرفت هر ملتی هستند که به‌دلیل عدم توجه گاهی اوقات آنها درگیر فعالیت‌های غیرقانونی مانند مصرف مواد مخدر می‌شوند که مانعی برای پیشرفت و ترقی جوانان ایجاد می‌کند (احمد و همکاران، ۲۰۲۰). در این زمینه می‌توان گفت که یکی از عوامل مؤثر در فرایند رفتارهای پرخطر جوانان (گرایش به مواد مخدر) هیجان‌خواهی است که در کنار عوامل میانجی اقتصادی، اجتماعی، روانی، فرهنگی و خانوادگی دیگر مانند زندگی در محیط ناسالم، ضعف در مهارت‌های زندگی و تطابق با شرایط، سبب گرایش برخی از آنان به مصرف مواد می‌شود (میرزائی‌مقدم و همکاران، ۱۴۰۲). ضمناً، اندیشمندان معتقدند که در شرایط کنونی جامعه برخی از جلوه‌های شرایط آنومیک را می‌توان در گرایش جوانان به مصرف مواد اعتیادآور دید که ممکن است ناشی از احساس بی‌عدالتی در توزیع منابع اقتصادی، اجتماعی و کم‌رنگ شدن اخلاق و به بیان گئورک زمیل[2] (۱۸۵۸–۱۹۱۸) حاکمیت فسلفه پول باشد و

1. United Nations Office on Drugs and Crime
2. Georg Simmel

آنچه که نگرانی‌ها را درباره گسترش مصرف مواد مخدر در قشر جوان بیشتر می‌کند تبدیل آن به سبک زندگی و روال عادی روزمره است (میرزائی‌مقدم و همکاران، ۱۴۰۳).

اختلالات مصرف مواد یک مشکل جدی بالینی و اجتماعی بوده و آن یک پدیده ارثی شناخته نمی‌شود و فقط حساسیت به مصرف مواد روان‌گردان و استعداد ابتلا به اعتیاد ارثی است. بررسی‌ها نشان می‌دهد که در سال ۲۰۱۹ حدود ۲۷۵ میلیون نفر در معرض مصرف مواد مخدر قرار گرفته‌اند و شیوع این پدیده در مردان ۲/۳ تا ۱/۵ برابر بیشتر از زنان است (کامنینسکی[1] و همکاران، ۲۰۲۴). لذا، وابستگی به مواد مخدر مساله‌ای اجتماعی است. اعتیاد در واقع عامل ظهور بسیاری از آسیب‌های اجتماعی و نابسامانی‌های خانوادگی و فردی می‌باشد. پدیده اعتیاد و به خصوص افزایش مصرف و وابستگی به مواد مخدر صنعتی با توجه به تأثیرات روحی، روانی، اخلاقی و اجتماعی، خانواده و جامعه را تهدید می‌کند و به رفتارهای آسیب‌زایی مانند تنش در نقش‌های خانوادگی، ولگردی و دیگر رفتارهای کج‌روانه منجر می‌شود. به همین خاطر، از مهمترین مسائل اجتماعی جهان امروز و یکی از عوامل تأثیرگذار در بسیاری از آسیب‌های اجتماعی به شمار می‌رود. اعتیاد یک بیماری اجتماعی است که به عنوان یک پدیده مهلک و مخرب در هر جامعه‌ای مطرح می‌باشد. تا زمانی که به ویژگی‌های فرد وابسته به مواد و علل گرایش او به اعتیاد توجه نشود، درمان جسمی و روانی فقط برای مدتی کوتاه، اثر بخش خواهد بود و فرد وابسته به مواد دوباره گرفتار مواد مخدر خواهد شد (احدی و همکاران، ۱۴۰۱). بنابراین، درک ما از علل زمینه‌ای گسترش اعتیاد بسیار محدود بوده و روش‌های مؤثر و کاملاً اطمینان‌بخش برای درمان افراد وابسته به مواد هنوز وجود ندارد و شواهد متعددی نشان می‌دهد که اعتیاد به عنوان بیماری ذهنی شناخته شده و هزینه درمان آن بسیار بالاست (لیو[2] و همکاران، ۲۰۲۳). کارشناسان و صاحب‌نظران اجتماعی عقیده دارند که اعتیاد علل مختلفی دارد که از آن جمله می‌توان به ارضای هوس‌ها، زیاده‌خواهی، گرفتن انگیزه‌های احساسی، احساس یکنواختی، بیکاری، وقت گذرانی، فقر، ثروت بی‌حساب، عدم آگاهی علمی - اجتماعی و غیره اشاره کرد (فیضی و همکاران، ۱۳۹۴). عوامل گسترش اعتیاد زمینه‌ساز برخی

1. Kamiński
2. Liu

پیامدهای مهم در جامعه هستند. چنانچه، در گستره اقتصادی برخی پیامدهای ناشی از اعتیاد به مواد مخدر عبارتند از: بیکاری، ضعف مالی در ازای خرید و مصرف مواد، لطمه به اقتصاد، و جامعه و خانواده. اما عوارض روانی و شخصیتی ناشی از اعتیاد به مواد مخدر فراوانند، از جمله: ضعف اراده، بی‌توجهی به مسئولیت‌های فردی، ضعف شخصیت، ضعف عاطفه، عصبی بودن، به هم خوردن تعادل روانی، شخصیت نامتعادل و متزلزل و ضعف اعتماد به نفس. همین‌طور در زمینه اجتماعی می‌توان به عوارضی مانند بی‌توجهی به مقرّرات جامعه، ضعف نیروی کار جامعه، بی‌نظمی و بی‌اعتمادی در جامعه، ضعف بنیاد خانواده، افزایش انحرافات اجتماعی (دزدی، فحشا و تکدی‌گری) اشاره کرد (کریمی و جابری، ۱۴۰۱). در زمینه موضوع مورد بحث مطالعات گسترده‌ای در داخل و خارج از کشور انجام شده که در جدول شماره ۱ به تعدادی از آن پژوهش‌ها اشاره شده است.

جدول ۱: پژوهش‌های صورت گرفته درباره بازگشت به چرخه اعتیاد یا عود مصرف موارد مخدر

محققان	نتیجه
صفری حاجت آقایی و همکاران (۱۳۹۳)	میزان اندازه اثر عوامل محیطی و عوامل فردی در عود مجدد اعتیاد به ترتیب ۰/۶۴ و ۴۱ /۰ به‌دست آمد. لذا، میزان اندازه اثر عوامل فردی در عود مجدد اعتیاد متوسط و عوامل محیطی بالا ارزیابی می‌شود.
خمیرنیا و پیوند (۱۳۹۷)	یافته‌ها حاکی از آن است که اکثریت شرکت‌کنندگان اختلافات خانوادگی، شرایط بد کمپ، بیکاری، وسوسه فردی را علل اصلی بازگشت به اعتیاد می‌دانستند. از دیدگاه افراد مورد مطالعه، انتخاب کمپ ترک اعتیاد مناسب، حمایت و نظارت بیشتر خانواده، عدم تنبیه توسط خانواده، حمایت عاطفی، تغذیه‌ای و شغلی پس از ترک از مهم‌ترین راهکارها جهت پیشگیری از بازگشت به مواد مخدر بود.
نعمتی و خالدیان (۱۴۰۱)	عوامل تأثیرگذار در عود مجدد به مصرف مواد مخدر و اعتیاد شامل: الف) عوامل زمینه‌ساز شامل عوامل فردی، روانی و بین‌فردی؛ ب) عوامل آشکارساز شامل عوامل خانوادگی؛ ج) عوامل تداوم‌بخش شامل عوامل اجتماعی، فرهنگی و عوامل محیطی؛ و د) عوامل تشدیدکننده شامل عوامل درمانی، شناسایی و استخراج گردید.
بیاتی و همکاران (۱۴۰۲)	از تحلیل تجارب زیسته جوانان از نقش حمایت اجتماعی در عود اعتیاد ۵ مضمون اصلی و ۳۸ مضمون فرعی بدست آمد. مضمون های اصلی عبارت بودند از: دوستان ناباب، حمایت و پشتوانه ناکافی خانوادگی، کنترل ضعیف خانواده، اجبار خانواده و ناسازگاری

جدول ۱: پژوهش‌های صورت گرفته درباره بازگشت به چرخه اعتیاد یا عود مصرف موارد مخدر

محققان	نتیجه
	زناشویی. حمایت اجتماعی در پیشگیری از اعتیاد از اهمیت زیادی برخوردار است و توجه ویژه ای را به خصوص از سوی خانواده ها طلب می کند.
کیهانی و همکاران (۱۴۰۲)	نتایج نشان می‌دهد که عوامل فرهنگی مؤثر بر بازگشت را می‌توان شامل مؤلفه‌های تشویق دوستان مصرف‌کننده به استعمال مجدد مواد، گذراندن اوقات فراغت با تفریحات ناسالم، برچسب‌زنی، عدم پیگیری دستگاه‌های ذی‌ربط، عدم اختصاص برنامه جهت گذراندن اوقات فراغت، باورهای مثبت در استفاده از مواد مخدر جهت تسکین و درمان بیماری‌ها، و عدم آگاهی نسبت به ماهیت مواد مخدر جدید دانست.
فولادیان و محمدی (۱۴۰۲)	با توجه به اینکه در زمینه بازگشت به اعتیاد عوامل اجتماعی نقش کلیدی دارند، داشتن دیدگاهی جامعه‌شناسی نسبت به نقش اساسی عوامل اجتماعی در کنار خدمات مراکز درمانی جهت اثربخش کردن برنامه‌ها و خدمات ارائه شده توسط مراکز سازمان بهزیستی و جلوگیری از عود مجدد لازم و ضروری است.
نوروزی و همکاران (۱۴۰۴)	یافته‌های پژوهش نشانگر این بودند که متغیرهای مستقل میزان دینداری فرد، حمایت اجتماعی، مشارکت اجتماعی، یادگیری اجتماعی، مدت مصرف مواد، و نوع مواد مصرفی در میزان بازگشت افراد وابسته به مواد به مصرف مجدد مواد مخدر تأثیر معنی‌داری دارند.
یزدانی و همکاران (۱۴۰۲)	برای شناخت و تبیین مسئله و همچنین مداخله در جهت کاهش میزان عود، توجه به پدیدهٔ افول ارتباطات درون خانوادگی در بستر و شرایط مطرح شده ضروری است و غفلت از این مهم بر چالش‌ها و مشکلات عود و پیامدهای ناشی از آن خواهد افزود.
داتسون[1] و همکاران (۲۰۱۸)	مصرف مواد روستایی می‌تواند اثرات مخربی بر افراد، خانواده‌های آنها و جامعه داشته باشد. پزشکان در مناطق روستایی که سعی در رسیدگی به مصرف مواد دارند با موانع پیچیده‌ای مانند دوردست بودن، منابع مالی محدود، تعداد کم متخصصان برای درمان اعتیاد و تعداد کم ارائه‌دهندگان پزشکی که قادر به تجویز داروهایی برای کاهش مصرف مواد هستند و سایر امکانات مواجه هستند.
آرلپا[2] و همکاران (۲۰۱۹)	در نتایج خود بازگشت به اعتیاد را شامل سه مرحله تغییر تمرکز به سمت مواد مخدر، لغزش جزئی و در نهایت بازگشت کامل تلقی می‌نمایند.

1. Dotson
2. Arlappa

جدول ۱: پژوهش‌های صورت گرفته درباره بازگشت به چرخه اعتیاد یا عود مصرف موارد مخدر

محققان	نتیجه
موسعلی و همکاران (۲۰۲۱)	عود مصرف مواد پس از درمان یکی از مهم‌ترین جنبه‌های اعتیاد است. مطالعه حاضر تأثیر عوامل متعددی (یعنی جمعیت‌شناختی، فردی، بین‌فردی، محیطی و رفتاری) را بر عود مصرف موثر می‌داند. بر این اساس، طراحی و اجرای برخی مداخلات بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند به پیشگیری از عود مصرف مواد کمک کند.
کابسیا و همکاران (۲۰۲۱)	نتایج نشان داد ۴۰ تا ۶۰ درصد افراد به طور کلی پس از تکمیل درمان‌های سم زدایی و توانبخشی عود کردند. بازگشت مجدد به مصرف مواد پس از سم زدایی و توانبخشی موفقیت‌آمیز یک نگرانی بهداشت عمومی در سراسر جهان است.
اومو[1] و همکاران (۲۰۲۱)	نتایج نشان داد، اکثر بیماران مبتلا به عود (بازگشت به چرخه اعتیاد) را مردان و سنین بین ۲۰ تا ۲۹ سال تشکیل داده و اغلب آنها ۲ تا ۳ بار مجدداً در بیمارستان بستری شده اند. ویژگی‌های جمعیت شناختی که به طور قابل توجهی با عود در دوره مورد مطالعه مرتبط بودند عبارت بودند از: جنس، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و شغل.
سووانچاچای و همکاران (۲۰۲۴)	نتایج نشان داد اختلافات خانوادگی، دوستان وابسته به مواد، و بستگان نزدیک فرد وابسته به مواد ارتباط اصلی با عود و بازگشت به اعتیاد داشتند. بنابراین، برنامه‌های بازپروری اعتیاد براساس یافته‌های مطالعه حاضر ممکن است خطر عود مصرف مواد را کاهش داده و به پیشگیری از آن کمک کند.
مائو و همکاران (۲۰۲۴)	مکانیسم‌های شناختی و روان‌شناختی که منجر به عود مصرف مواد مخدر می‌شوند به‌طور کامل شناخته نشده‌اند، اما تجربیات استرس‌زای زندگی و محرک‌های بیرونی که با مصرف دارو درگذشته مرتبط هستند نقش اصلی را بازی می‌کنند. اما به طور کلی، عوامل استرس‌زا و خاطراتی از سرخوشی ناشی از مصرف مواد مخدر و انتظار رهایی از اضطراب فعلی زمینه‌ساز بازگشت به استفاده از مواد مخدر می‌شود.

مأخذ: مطالعات کتابخانه‌ای، ۱۴۰۳

با مطالعه و بررسی پیشینه تحقیق می‌توان گفت عواملی مختلفی در بازگشت و عود مصرف مواد مخدر تأثیرگذار هستند که مهم‌ترین آنها عبارت‌اند از: الف) عوامل فردی (سن، جنس، تأهل، تحصیلات و شغل)؛ ب) عوامل خانوادگی (اختلافات خانوادگی، افول

1. Umoh

ارتباطات درون خانوادگی، حمایت و پشتوانه ناکافی خانوادگی، کنترل ضعیف خانواده، اجبار خانواده و ناسازگاری زناشویی و غیره)؛ ج) عوامل اجتماعی (گروه همسالان، دوستان ناباب، بیکاری، عدم حمایت اجتماعی، شرایط استرس‌زا، تشویق دوستان مصرف‌کننده، گذراندن اوقات فراغت با تفریحات ناسالم و غیره)؛ و د) عوامل تشدیدکننده شامل عوامل درمانی (شرایط بد کمپ، عدم توان تأمین هزینه‌های درمان، مکانیسم‌های شناختی و روان‌شناختی و غیره). همین‌طور می‌توان گفت پژوهش خاصی در زمینه پیشران‌های مؤثر بر بازگشت به چرخه اعتیاد در نقاط روستایی استان آذربایجان غربی انجام نشده و ضرورت انجام چنین تحقیقی را دوچندان نموده است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از حیث هدف کاربردی و از نظر روش توصیفی – تحلیلی و جهت جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات از روش کتابخانه‌ای و میدانی استفاده شد. قلمرو مکانی نقاط روستایی استان آذربایجان غربی بود که طبق سرشماری سال ۱۳۹۵ دارای ۳۰۴۸۵۳ خانوار و ۱۱۲۹۰۱۶ نفر جمعیت روستایی و ۲۰ شهرستان می‌باشد (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). از نظر جغرافیایی، بین ۳۵ درجه و ۵۸ دقیقه تا ۳۹ درجه و ۴۶ دقیقه عرض شمالی و ۴۴ درجه و ۳ دقیقه تا ۴۷ درجه و ۲۳ دقیقه طول شرقی واقع شده است. آذربایجان‌غربی با ۳ کشور خارجی آذربایجان، ترکیه و عراق مرز مشترک آبی و خاکی دارد و از طرفی در هم‌جواری کشور چهارم یعنی ارمنستان بافاصله اندک ۱۵ کیلومتری قرار گرفته است. یکی از مهم‌ترین مشکلات اجتماعی افزایش مصرف مواد مخدر است و در سال ۱۳۹۰ از نظر آلودگی و شیوع مواد مخدر در رتبه ۴ کشور در بین ۳۲ استان قرار داشت. ولی برابر آخرین شیوع سنجی انجام شده سطح کشور در سال ۱۳۹۵، این استان رتبه ۱۹ از نظر میزان شیوع مصرف مواد مخدر را در سطح کشور داراست (استانداری آذربایجان غربی، ۱۴۰۱).

در این پژوهش به جهت مطالعه دقیق عقاید، نگرش‌ها، ذهنیت‌ها و رفتارهای جامعه آماری در تحلیل پیشران‌های مؤثر بر بازگشت به چرخه اعتیاد در نقاط روستایی استان آذربایجان غربی، روش ترکیبی کیو (Q) انتخاب گردید. این روش‌شناسی از نقطه نظرات

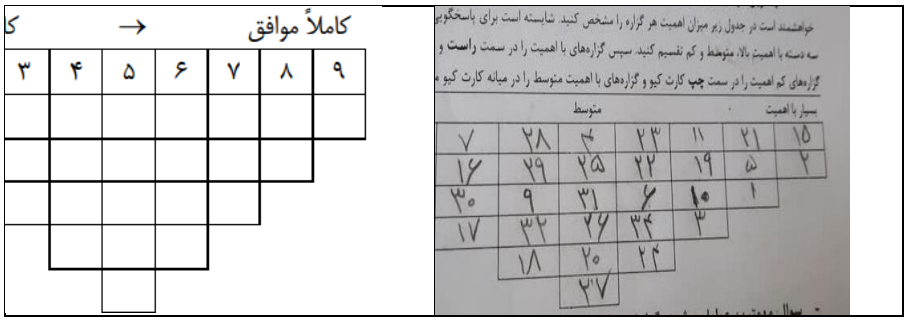
ذهنی برای ساخت گونه‌شناسی دیدگاه‌های متفاوت استفاده می‌نماید و ابزاری توانا برای درک آسان ارزش‌ها، سلیقه‌ها، نگرانی‌ها و دیدگاه‌های فردی است. فرض بنیانی روش کیو آن است که عقاید، نگرش‌ها و ادراکات ذهنی بوده و می‌تواند این احساس با دیگران در میان گذاشته شده، اندازه‌گیری شده و مورد مقایسه قرار گیرد (استیلمن و ماقاری[1]، ۱۹۹۹). هدف اصلی این روش آشکار ساختن الگوهای مختلف تفکر است، نه شمارش تعداد افرادی که تفکرات مختلفی دارند. ویژگی فوق این روش‌شناسی را به روش‌های تحقیق کیفی نزدیک می‌سازد. با وجود این، از بعد کمی نیز برخوردار است، زیرا از روش‌های آماری مانند تحلیل عاملی و تحلیل مؤلفه‌های اصلی برای دسته‌بندی افراد کمک می‌گیرد (خوشگویان فرد، ۱۳۸۶). بنابراین، روش کیو دارای جنبه‌های کمی و کیفی و منطق استدلال این روش قیاس اقترانی یا استدلال استقرایی- قیاسی است که استنتاج بهترین تبیین نیز گفته می‌شود. در روش‌شناسی کیو لازم نیست تا نمونه آماری به شکل تصادفی از جامعه آماری انتخاب شود. مزیت این روش در آن است که اجازه مطالعه سامان‌مند ذهنیت را می‌دهد و احساسات و اعتقاداتی که افراد در مورد یک موضوع دارند را بررسی می‌کند (صدر موسوی[2] و همکاران، ۲۰۱۹). لذا، جامعه آماری پژوهش شامل ۲۶ نفر از کارشناسان ادارات بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی(ره)، مسئولین گروه‌های AN، کارشناسان استانداری، اساتید دانشگاهی، کارشناسان حوزه روستایی، جامعه‌شناسان، مسئولین کمپ‌های ترک اعتیاد، فعالان اجتماعی و غیره بود. به عبارتی پس از تکمیل و مرتب‌سازی تعداد ۲۶ کارت کیو (حاوی عبارات کیو)، اشباع نظری در زمینه پیشران‌های مؤثر بر بازگشت روستاییان به چرخه اعتیاد پس از ترک آن حاصل شده و فرایند گردآوری داده‌ها و اطلاعات لازم متوقف شد. ضمناً، برای انتخاب نمونه آماری از روش نمونه‌گیری هدفمند گلوله‌برفی و متواتر نظری استفاده گردید.

ابزار

مهم‌ترین ابزار گردآوری داده‌های این تحقیق کارت‌های یا نمودارهای کیو بودند. چنانچه، با استفاده از منابع دست اول (نظرات اساتید دانشگاهی، کارشناسان، مسئولین، مشاهدات

1. Steelman & Maguire
2. Sadr Mousavi

میدانی و غیره) و منابع مدون (کتاب‌ها، مقالات، نشـــریات و غیره) گزاره‌ها یا عبارات کیو تدوین شدند (جدول ۲) و در نهایت با نظر اساتید و متخصصین، ۳۳ گزاره/عبارت تأیید و کارت‌ها یا نمودارهای کیو(Q) آماده گردید و جدول رتبه‌بندی تنظیم و در اختیار مشارکت کنندگان (جامعه آماری) جهت مرتب‌سازی قرار گرفت (شکل ۱).



شکل ۱: نمونه‌ای از کارت یا نمودار کیو مرتب شده توسط نمونه آماری

روایی این پژوهش با مرور ادبیات نظری و مصـاحبه با مشـارکت‌کنندگان تعیین شـد و سنخیت عبارات و گزاره‌های کیو توسط اساتید دانشگاهی، کارشناسان و خبرگان در این زمینه تأیید شدند. به علاوه، ضریب آزمون برای ۲۵ درصد شرکت‌کنندگان ۰/۸۹۴ درصد بدســـت آمد که نشـــانگر ســـطح خوب پایایی اســـت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های ماتریس‌های کیو (Q)، از تحلیل عاملی به روش اکتشـافی بر مبنای فرد (روش اسـتنفسـون) در نرم افزار SPSS استفاده شـد. روش تحلیل عاملی اصلی‌ترین روش آماری برای تحلیل ماتریس داده‌های کیو است (ولایی، ۱۳۹۸؛ صدر موسوی و همکاران، ۲۰۱۹).

جدول ۲: گزاره‌های پژوهش در زمینه پیشران‌های مؤثر بر بازگشت به چرخه اعتیاد

گزاره‌های تحقیق (عبارات کیو)	منابع و مأخذ
۱) مهاجرت جوانان روستایی به شهرهای بزرگ و صنعتی (خارج از استان) برای اشتغال در مشاغل ساختمانی و کارگری و بازگشت به مصرف مواد مخدر به دلیل دوری از خانواده؛ ۲) افزایش فشارهای اقتصادی و تورم در جامعه و عدم تاب‌آوری برخی از افراد در مقابل این فشارها؛ ۳) پایین بودن میزان درآمد روستاییان و نبود درآمدهای مولد و پایدار در نقاط روستایی؛ ۴) کمبود زمینه‌های اشتغال در مشاغل غیرکشاورزی به خصوص برای جوانان روستایی؛ ۵) بروز خشکسالی، کم‌آبی و کاهش شدید راندمان تولیدات کشاورزی در سطح استان؛ ۶) داشتن ثروت زیاد و رفاه در خانواده و میل به بازگشت به مصرف مواد مخدر به‌صورت تفننی و تفریحی؛ ۷) نابرابری اقتصادی و شکاف عمیق در بین طبقات مختلف جامعه روستایی (طبقات کم درآمد اغلب گرایش به بازگشت به چرخه اعتیاد دارند)؛ ۸) ضعف اعتقادات و باورهای دینی در افراد و خرید و فروش مشروبات الکی و بازگشت به مواد مخدر؛ ۹) رواج باورهای غلط (مصرف برای لاغری/ بیدار ماندن در شب و غیره)، به خصوص در بین دانشجویان و دانش‌آموزان؛ ۱۰) وجود اقوام و بستگان وابسته به مواد و آشنایی با دوستان ناباب و تشویق دوستان برای گرایش به بازگشت مصرف مواد مخدر؛ ۱۱) عدم پیشگیری مناسب و سهل‌انگاری دستگاه‌های امنیتی و انتظامی؛ ۱۲) گسترش خرده و عمده‌فروشان مواد مخدر در نقاط روستایی و سهولت خرید و فروش مواد مخدر؛ ۱۳) افزایش میزان فقر روستایی و ضعف فرهنگی در افراد؛ گرایش ذاتی به ارتکاب جرم در بین بعضی از افراد (پدیده ژنتیکی)؛ ۱۴) ویژگی‌های شخصی (سن، جنس، تحصیلات فردی و غیره) و شخصیتی در بعضی از افراد؛ ۱۵) استفاده درمانی از مواد مخدر (تجویز دارو توسط برخی پزشک‌نماها برای افراد در جهت تسکین و بهبودی امراض)؛ ۱۶) شکست در ازدواج و عدم ازدواج با همسفر دلخواه و سرخوردگی و شکست؛ ۱۷) توجیه رفتار بزهکارانه بخصوص در بین جوانان روستایی و گرایش به خودنمایی و بزرگ انگاری؛ ۱۸) بروز ناامیدی، یأس و ناکامی در زندگی (مانند از دست رفتن سرمایه، حرفه، بیماری و تلف شدن دام‌ها، فوت عزیزان، سرقت، بروز جرم و غیره)؛ ۱۹) شب‌نشینی (شرکت در مجالس شبانه) و استفاده از مواد مخدر به عنوان سرگرمی؛ ۲۰) کنجکاوی و ماجراجویی و عدم توانایی نه گفتن و نگرش تفننی به مواد مخدر و بازگشت به مصرف آن؛ ۲۱) لذت‌جویی در برخی افراد (شدید و طولانی کردن لذّت جنسی و تأخیر در ارضای جنسی هنگام مقاربت)؛ ۲۲) داشتن والدین وابسته به مواد و از هم پاشیدن نظام خانواده؛ ۲۳) کم توجهی به فرزندان و مهم نبودن آینده آنها برای والدین؛ ۲۴) نبود محیط عاطفی و روابط گسسته در خانواده؛ ۲۵) رابطه نامناسب والدین با فرزندان و تشویق آنها به بازگشت چرخه اعتیاد؛ ۲۶) وجود فشارهای روانی و استرس در افراد و به خصوص جوانان روستایی؛ ۲۷) طلاق والدین و رشد فرزندان طلاق و بازگشت آنها به اعتیاد به دلیل کم توجهی؛ ۲۸) تضاد فکری فرزندان با والدین؛ ۲۹) نبود مکان‌های ورزشی و تفریحی برای جوانان و نوجوانان و نبود امکانات گذران اوقات فراغت مناسب در روستاها؛ ۳۰) زندگی در مناطق و روستاهای محروم؛ ۳۱) پایین بودن قیمت مواد مخدر و توان خرید آن توسط افراد وابسته به مواد و عود مصرف آن؛ ۳۲) وجود محیط بزهکارانه در روستاها؛ و ۳۳) ناتوانی در انجام کارهای یدی و ساختمانی و بازگشت به مصرف مواد مخدر.	احمدی و همکاران(۱۴۰۱)؛ احدی و همکاران (۱۴۰۱)؛ فیضی و همکاران (۱۳۹۴)؛ کریمی و جابری، (۱۴۰۱)؛ صفری حاجت آقایی و همکاران (۱۳۹۳)؛ خمیرنیا و پیوند (۱۳۹۷)؛ نعمتی و خالدیان (۱۴۰۱)؛ بیاتی و همکاران (۱۴۰۲)؛ کیهانی و همکاران (۱۴۰۲)؛ فولادیان و محمدی (۱۴۰۲)؛ داتسون و همکاران (۲۰۱۸)؛ موسعلی و همکاران (۲۰۲۱)؛ کابسیا و همکاران (۲۰۲۱)؛ اومو و همکاران (۲۰۲۱)؛ سووانچاچای و همکاران (۲۰۲۴)؛ مائو و همکاران (۲۰۲۴) و نظرات اساتید دانشگاهی، کارشناسان، مسئولین استانی (۱۴۰۳) و مطالعات میدانی محققان (۱۴۰۳)

مأخذ: منابع در دسترس، ۱۴۰۳

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد از میان پاسخگویان پژوهش، ۸۲ درصد مرد و ۱۸ درصد زن بودند که ۷۱/۵ درصد آنها متاهل بودند. از نظر سنی نیز ۲۱/۵ درصد زیر ۳۰ سال، ۴۶/۴ درصد بین ۴۱ الی ۴۰ سال، ۱۸/۸ درصد بین ۴۱ الی ۵۰ سال، ۷/۳ درصد بین ۵۱ الی ۶۰ سال و ۶ درصد نیز بالاتر از ۶۰ درصد بودند. از لحاظ سطح تحصیلات، ۱۶ درصد دیپلم و فوق‌دیپلم، ۴۸ درصد لیسانس، ۲۷/۸ درصد فوق‌لیسانس و ۸/۲ درصد نیز حوزی و دارای مدرک دکتری تخصصی بودند. از لحاظ درآمدی نیز، ۱۵/۶ درصد کمتر از ۱۰ میلیون تومان، ۵۹/۷ درصد بین ۱۰ الی ۲۰ میلیون تومان و ۲۴/۷ درصد نیز بالاتر از ۲۰ میلیون تومان درآمد داشتند.

در ادامه، پس از گردآوری نمودارهای مرتب شده کیو و وارد کردن داده‌های آنها به نرم‌افزار SPSS و آماده‌سازی ماتریس کیو، جهت انجام فرایند تکیک کیو با استفاده از تحلیل عاملی به روش اکتشافی بر مبنای فرد (روش استفنسون[1])، پیشران‌های مؤثر بر بازگشت به چرخه اعتیاد در نقاط روستایی استان آذربایجان غربی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج آماری حاصل از اجرای مدل تحلیل‌عاملی و معیار کایزر-میر اولکین[2] و آزمون کرویت بارتلت[3] تأییدکنندهٔ مدل تحلیل عاملی و تناسب آن برای انجام مراحل مختلف پژوهش بود. یافته‌ها نشان داد که معیار کایزر-میر اولکین برابر با ۰/۶۲۷ (بیشتر از حداقل مقدار قابل اطمینان ۰/۰۵) و مقدار آزمون کرویت بارتلت برابر ۵۶۹/۶۲۳ است که در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۰۱ بود (جدول ۳).

جدول ۳: آزمون بارتلت و سطح معناداری مجموعه پیشران‌های مؤثر بر بازگشت به تله و چرخه اعتیاد در نقاط روستایی

مجموعه مورد تحلیل	کایزر-میر اولکین	مقدار کرویت بارتلت	درجه آزادی	معناداری
تحلیل پیشران‌های مؤثر بر بازگشت به چرخه اعتیاد در نقاط روستایی استان آذربایجان غربی	۰/۶۳	۵۶۹/۶۲	۲۵۳	۰/۰۰۰*

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۴۰۳

* $p < ۰/۰۰۱$

1. Stephenson
2. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)
3. Bartlett's test of sphericity

برای شناسایی عامل‌ها، مقدار ویژه (قدرت و توانایی عامل‌های کشف شده در بیان ذهنیت‌ها) و مقدار پوشش عامل‌ها از هر نمودار کیو محاسبه شد و با نمودار سنگ‌ریزه و معیار کایزر گاتمن[1] (با ملاک ارزش ویژه بالاتر از ۱)، تعداد مهم‌ترین پیشران‌های مؤثر بر بازگشت به چرخه اعتیاد در نقاط روستایی استان آذربایجان غربی تعیین شدند. چرخش عامل‌ها با روش ریاضی و مدل واریماکس صورت گرفت و امتیازهای عاملی با روش رگرسیون بدست آمد و آرایه عاملی تشکیل شد. سپس با قیاس اقترانی (منطق استقرائی-قیاسی) تفسیر شد. عامل‌های استخراج شده بعد از چرخش مجموعاً ۷۶/۰۶ درصد واریانس کل متغیرها را تبیین کردند. یعنی ۷۶/۰۶ درصد از تغییرپذیری در ۵ عامل اصلی تشریح شدند. بنابراین، به‌طور معنی‌داری می‌توان پیچیدگی مجموعه متغیرها را با استفاده از این ۵ عامل با از دست دادن فقط ۲۳/۹۴ درصد از متغیرها کاهش داد. لازم به ذکر است که بعد از چرخش متغیرها به روش واریماکس، ۵ نفر از پاسخگویان و ۴ گزاره به دلیل پایین بودن بار عاملی (کمتر از ۰/۰۵) و در نتیجه نبودن همبستگی آنها با دیگر متغیرها از روند تحلیل عاملی کنار گذاشته شده و حذف گردیدند (جدول ۴).

جدول ٤: پیشران‌های مؤثر بر بازگشت به چرخه اعتیاد و مقدار واریانس برای هر پیشران بعد از دوران آنها

نام عامل	مقدار ویژه	درصد واریانس	واریانس تجمعی
توان‌افزایی، استطاعت مالی، جبر محیط انسانی و وجود فشارهای روانی	۵/۹۵	۲۵/۸۷	۲۵/۸۷
استفاده درمانی، مشکلات خانوادگی، فقر و دوری از خانواده	۴/۹۳	۲۱/۴۵	۴۷/۳۲
وجود دوستان ناباب، خودنمایی، کنجکاوی و عدم پیشگیری مناسب	۱/۸۳	۷/۹۵	۵۵/۲۸
مشکلات ازدواج، کم‌توجهی به فرزندان و استفاده تفننی	۱/۸۲	۷/۹۳	۶۳/۲۱
روابط خانوادگی، افزایش فشارهای اقتصادی و رواج باورهای غلط	۱/۶۶	۷/۲۵	۷۰/۴۶

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۴۰۳

1. Gottman

تجزیه و تحلیل پیشران‌ها

پیشران اول: مقدار ویژه این پیشران ۵/۹۵ بود که ۲۵/۸۷ درصد واریانس را تبیین و توضیح داد. در این عامل ۹ نمودار کیو (دیدگاه مشترک در زمینه پیشران‌های مؤثر بر بازگشت به چرخه اعتیاد در نقاط روستایی استان آذربایجان غربی) بارگذاری شد که بالاترین بار عاملی مربوط به پاسخگوی شماره ۱۹ با ۰/۸۶ و پایین‌ترین آن با ۰/۵۴ متعلق به پاسخگوی شماره ۲۳ بود (جدول ۵).

جدول ۵: نمودار کیوهای (متغیرهای) بارگذاری شده در پیشران اول

پاسخگویان	بار عاملی	پاسخگویان	بار عاملی
پاسخگوی شماره ۸	۰/۷۵۷	پاسخگوی شماره ۱۹	۰/۸۶
پاسخگوی شماره ۱۰	۰/۵۶۱	پاسخگوی شماره ۲۰	۰/۸۳
پاسخگوی شماره ۱۶	۰/۸۲۶	پاسخگوی شماره ۲۱	۰/۸۴
پاسخگوی شماره ۱۷	۰/۸۱۰	پاسخگوی شماره ۲۳	۰/۵۴
پاسخگوی شماره ۱۸	۰/۷۹۱	–	–

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۴۰۳

در پیشران اول تعداد ۷ گزاره بارگذاری شد که از بین آن‌ها متغیرهای زندگی در مناطق و روستاهای محروم با بار عاملی ۲/۰۳، پایین بودن قیمت مواد مخدر و توان خرید آن توسط افراد وابسته به مواد با بار عاملی ۲/۳۱ و ناتوانی در انجام کارهای یدی و ساختمانی و بازگشت به مصرف مواد مخدر با بار عاملی ۲/۱۶ به عنوان مؤثرترین گزاره‌ها در افزایش میزان بازگشت افراد وابسته به مواد به چرخه اعتیاد در نقاط روستایی استان آذربایجان غربی بودند. به طور کلی، یافته‌ها در این پیشران نشان می‌دهد که افزایش تعداد خرده و عمده فروشان مواد مخدر در نقاط روستایی و سهولت خرید و فروش مواد مخدر توسط افراد وابسته به مواد، زندگی در مناطق و روستاهای محروم استان و وجود فرهنگ بازگشت به مواد مخدر، گرایش ذاتی به ارتکاب جرم در بین بعضی از افراد (پدیده ژنتیکی) که به صورت ارثی در خانواده‌ها منتقل می‌شود، حتی پس از طی دوره درمان، پایین بودن قیمت بعضی از مواد مخدر و توان خرید آن توسط افراد وابسته به مواد و افراد دارای زمینه بازگشت به مصرف مواد مخدر، وجود فشارهای روانی و استرس‌زا در افراد و به خصوص جوانان به ویژه در حوزه اشتغال، سرمایه‌گذاری، ازدواج، خرید مسکن و غیره،

وجود محیط بزهکارانه در برخی از روستاها و مستعد بودن آن برای بازگشت به مصرف مواد مخدر و ناتوانی در انجام کارهای یدی، ساختمانی و بازگشت به مصرف مواد مخدر پس از دوران سم‌زدایی در راستای توان افزایی از مهمترین عوامل و پیشران‌های بازگشت به چرخه اعتیاد در نقاط روستایی استان آذربایجان غربی از دیدگاه جامعه گفتمان پژوهش بود. بنابراین این پیشران را می‌توان توان‌افزایی، استطاعت مالی، جبر محیط انسانی و وجود فشارهای روانی نام‌گذاری کرد (جدول ۶).

جدول ٦: گزاره‌های مشترک بارگذاری شده با امتیاز عاملی بالا در عامل اول

متغیر	بار عاملی	متغیر	بار عاملی
گسترش خرده و عمده‌فروشان مواد مخدر و سهولت خرید و فروش مواد مخدر توسط افراد وابسته به مواد	۰/۷۱	زندگی در مناطق و روستاهای محروم	۲/۰۳
گرایش ذاتی به ارتکاب جرم در بین بعضی از افراد (پدیده ژنتیکی) حتی پس از طی دوره درمان	۱/۰۲	پایین بودن قیمت مواد مخدر و توان خرید آن توسط افراد وابسته به مواد و بازگشت به مصرف آن	۲/۳۱
وجود فشارهای روانی و استرس‌زا در افراد و به خصوص جوانان روستایی	۰/۷۷	وجود محیط بزهکارانه در روستاها	۱/۸۶
ناتوانی در انجام کارهای یدی و ساختمانی و بازگشت به مصرف مواد مخدر	۲/۱۶	–	–

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۴۰۳

پیشران دوم: مقدار ویژه پیشران دوم ۴/۹۳ بود که قادر بود ۲۱/۴۵ درصد واریانس را تبیین و توضیح دهد. در این عامل، ۶ نمودار کیو بارگذاری شده که پاسخگویی شماره ۱۲ با مقدار بار عاملی ۰/۹۲ بالاترین مقدار و پاسخگویی شماره ۹ با مقدار ۰/۶۱ پایین‌ترین مقدار را به خود اختصاص داد (جدول ۷).

جدول ۷: نمودار کیوهای (متغیرهای) بارگذاری شده در پیشران دوم

پاسخگویان	بار عاملی	پاسخگویان	بار عاملی
پاسخگوی شماره ۹	۰/۶۱	پاسخگوی شماره ۱۲	۰/۹۲
پاسخگوی شماره ۲۴	۰/۷۰	پاسخگوی شماره ۱۳	۰/۸۳
پاسخگوی شماره ۱۱	۰/۸۵	پاسخگوی شماره ۱۴	۰/۸۸

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۴۰۳

بررسی گزاره‌های بارگذاری شده اولویت‌دار در این پیشران برای شناسایی پیشران‌های مؤثر در بازگشت به چرخه اعتیاد عمدتاً مربوط به عوامل درمانی، مهاجرت، فقر و مشکلات خانوادگی بود. در این پیشران، ۶ گزاره بارگذاری شده که گزاره‌های تضاد فکری فرزندان با والدین در زمینه بازگشت به اعتیاد با بار عاملی ۲/۲۴ و استفاده درمانی از مواد مخدر (تجویز دارو توسط برخی پزشک‌نماها برای افراد در جهت تسکین و بهبودی امراض) با بار عاملی ۱/۲۲ مهم‌ترین گزاره‌ها شناخته شدند. به طورکلی، از دیدگاه این گروه، افزایش میزان فقر روستایی و ضعف فرهنگی در افراد و جامعه روستایی، تضاد فکری فرزندان با والدین در زمینه بازگشت به اعتیاد و بروز درگیری در خانواده، استفاده درمانی از مواد مخدر، طلاق والدین، رشد فرزندان طلاق و گرایش آنها به بازگشت به مصرف مواد مخدر به دلیل کم‌توجهی خانواده‌ها و در نتیجه آن نبود محیط عاطفی و روابط گسسته در خانواده، و مهاجرت جوانان روستایی به شهرهای بزرگ و صنعتی (خارج از استان) برای اشتغال در مشاغل ساختمانی و کارگری و بازگشت به مصرف مواد مخدر به دلیل دوری از خانواده و بی‌توجهی از جمله گزاره‌های مهم در بازگشت به چرخه اعتیاد در نقاط روستایی استان آذربایجان غربی می‌باشند. لذا، این پیشران را می‌توان استفاده درمانی، مشکلات خانوادگی، فقر و دوری از خانواده نامید (جدول ۸).

جدول ۸: گزاره‌های مشترک با امتیاز عاملی بالا در پیشران دوم

متغیر	بار عاملی	متغیر	بار عاملی
افزایش میزان فقر روستایی و ضعف فرهنگی در افراد	۰/۷۵	تضاد فکری فرزندان با والدین در زمینه بازگشت به اعتیاد	۱/۲۲
استفاده درمانی از مواد مخدر (تجویز دارو توسط برخی پزشک‌نماها برای افراد در جهت تسکین و بهبودی امراض)	۲/۲۴	طلاق والدین و رشد فرزندان طلاق و گرایش آنها به اعتیاد به دلیل کم‌توجهی	۰/۸۰
نبود محیط عاطفی و روابط گسسته در خانواده و عود مصرف مواد مخدر	۰/۶۵	مهاجرت جوانان روستایی به شهرهای بزرگ و صنعتی (خارج از استان) برای اشتغال در مشاغل ساختمانی و کارگری و بازگشت به مصرف مواد مخدر به دلیل دوری از خانواده	۰/۷۲

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۴۰۳

پیشران سوم: مقدار ویژه پیشران سوم ۱/۸۳ بود که ۷/۹۵ درصد واریانس را تبیین کرد. در این پیشران، ۳ نمودار کیو بارگذاری شده که بار عاملی پاسخگویی شماره ۵ با مقدار ۰/۷۰ بیشترین مقدار در بین نمودارهای کیو را به خود اختصاص داد (جدول ۹).

جدول ۹: نمودارکیوهای (متغیرهای) بارگذاری شده در پیشران سوم

پاسخگویان	بار عاملی	پاسخگویان	بار عاملی
پاسخگوی شماره ۴	-۰/۷۲	پاسخگوی شماره ۱۵	-۰/۶۷
پاسخگوی *شماره* ۵	۰/۷۰	–	–

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۴۰۳

گزاره‌های بارگذاری شده در این پیشران نشان داد که وجود اقوام و بستگان فرد وابسته به مواد و درگیر با مواد مخدر، آشنایی با دوستان ناباب و تشویق گروه‌های همسالان جهت بازگشت به مصرف مواد مخدر و در کنار آن توجیه رفتار بزهکارانه به خصوص در بین جوانان روستایی و گرایش به خودنمایی و بزرگ‌انگاری، بروز ناامیدی، یأس و ناکامی در زندگی (مانند از دست رفتن سرمایه، حرفه، بیماری و تلف شدن دام‌ها، فوت عزیزان، سرقت، بروز جرم و غیره) و تمایل به شب‌نشینی‌های متداوم (شرکت در مجالس شبانه) و استفاده از مواد مخدر به عنوان سرگرمی، کنجکاوی، ماجراجویی و عدم توانایی نه گفتن و نگرش تفننی به مصرف مواد مخدر و در کنار آنها نبود مکان‌های ورزشی و تفریحی و نبود امکانات گذران اوقات فراغت مناسب در روستاها و ویژگی‌های شخصی افراد (سن، جنس، تحصیلات فردی و غیره) زمینه‌ساز بازگشت به مصرف مواد مخدر را فراهم می‌سازد و برخی افراد که دوره درمان را به صورت کامل طی کرده‌اند، حتی بعد از ماه‌ها و سال‌ها نیز به مصرف مواد مخدر باز می‌گردند. بنابراین، این پیشران را می‌توان پیشران وجود دوستان ناباب، خودنمایی، کنجکاوی و عدم پیشگیری مناسب نامید (جدول ۱۰).

جدول ۱۰: گزاره‌های مشترک با امتیاز عاملی بالا در پیشران سوم

متغیر	بار عاملی
وجود اقوام و بستگان فرد وابسته به مواد و آشنایی با دوستان ناباب و تشویق دوستان برای بازگشت به مصرف مواد مخدر.	۲/۰۷
عدم پیشگیری مناسب و سهل‌انگاری دستگاه‌های امنیتی و انتظامی.	۱/۳۶
ویژگی‌های شخصی (سن، جنس، تحصیلات فردی و غیره) و شخصیتی در بعضی از افراد.	۱/۱۴
توجیه رفتار بزهکارانه بخصوص در بین جوانان روستایی و گرایش به خودنمایی و بزرگ انگاری.	۱/۶۳
بروز ناامیدی، یأس و ناکامی در زندگی (مانند از دست رفتن سرمایه، حرفه، بیماری و تلف شدن دام‌ها، فوت عزیزان، سرقت، بروز جرم و غیره).	۱/۲۰
شب‌نشینی (شرکت در مجالس شبانه) و استفاده از مواد مخدر به عنوان سرگرمی و بازگشت به آن.	۱/۵۴
کنجکاوی و ماجراجویی و عدم توانایی نه گفتن و نگرش تفننی به مواد مخدر حتی پس از دوره درمان.	۱/۱۴
نبود مکان‌های ورزشی و تفریحی و نبود امکانات گذران اوقات فراغت مناسب در روستاها	۱/۱۹

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۴۰۳

پیشـــران چهارم: مقدار ویژه این پیشـــران ۱/۸۲ بود که ۷/۹۳ درصـــد واریانس را تبیین کرد. در این پیشـــران، ۳ نمودار کیو بارگذاری شـــدند که بار عاملی مربوط به پاســـخگوی شماره ۲ با ۰/۷۷ بیشترین مقدار را به خود اختصاص داد (جدول ۱۱).

جدول ۱۱: نمودار کیوهای (متغیرهای) بارگذاری شده در پیشران چهارم

پاسخگویان	بار عاملی	پاسخگویان	بار عاملی
پاسخگوی شماره ۱	۰/۵۸	پاسخگوی شماره ۲	۰/۷۷
پاسخگوی شماره ۲۶	۰/۵۳	–	–

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۴۰۳

گزاره‌های بارگذاری شـــده در این پیشـــران نشـــان داد که داشـــتن ثروت زیاد و رفاه در برخی از خانواده‌ها و میل به بازگشت به مصرف مواد مخدر به صورت تفننی و برای تفریح در برخی از جوانان روستایی زمینه‌ساز بازگشت به چرخه اعتیاد و مصرف مواد مخدر بود. همین طور عواملی مانند شـــکســـت در ازدواج و عدم ازدواج با فرد دلخواه، ســـرخوردگی، شکست و کم‌توجهی به فرزندان و مهم نبودن آینده آنها برای والدین از جمله پیشران‌های مؤثر در بازگشت به چرخه اعتیاد در نقاط روستایی مورد مطالعه به شمار می‌رود. بنابراین،

با عنایت به گزاره‌های بارگذاری شده این پیشران را می‌توان مشکلات ازدواج، کم‌توجهی به فرزندان و استفاده تفننی نام‌گذاری کرد (جدول ۱۲).

جدول ۱۲: گزاره‌های مشترک با امتیاز عاملی بالا در پیشران چهارم

متغیر	بار عاملی
بروز خشکسالی، کم‌آبی و کاهش شدید راندمان تولیدات کشاورزی در سطح استان	۰/۶۱
داشتن ثروت زیاد و رفاه در خانواده و میل به بازگشت به مصرف مواد مخدر به صورت تفننی	۱/۱۵
شکست در ازدواج و عدم ازدواج با فرد دلخواه و سرخوردگی.	۱/۸۰
کم‌توجهی به فرزندان و مهم نبودن آینده آنها برای والدین و عود مصرف مواد مخدر	۱/۳۰

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۴۰۳

پیشران پنجم: مقدار ویژه این پیشران ۱/۶۶ بود که ۷/۲۵ درصد واریانس را تبیین کرد. در این پیشران، ۳ نمودار کیو بارگذاری شده که بار عاملی مربوط به پاسخگوی شماره ۶ با ۰/۶۴ بیشترین مقدار را به خود اختصاص داد (جدول ۱۳).

جدول ۱۳: نمودارکیوهای (متغیرهای) بارگذاری شده در پیشران پنجم

پاسخگویان	بار عاملی	پاسخگویان	بار عاملی
پاسخگوی شماره ۳	۰/۶۰	پاسخگوی شماره ۶	۰/۶۴
پاسخگوی شماره ۲۲	۰/۵۸	–	–

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۴۰۳

گزاره‌های بارگذاری شده در این پیشران نشان داد که پایین بودن میزان درآمد روستاییان و نبود درآمدهای مولد و پایدار در نقاط روستایی و افزایش فشارهای اقتصادی و تورم در جامعه و عدم تاب‌آوری برخی از افراد در مقابل این فشارها زمینه‌ساز بازگشت به چرخه اعتیاد در نقاط روستایی استان آذربایجان غربی است. همین طور عواملی مانند رواج باورهای غلط (مصرف برای لاغری/ بیدار ماندن در شب و غیره)، به خصوص در بین دانشجویان و دانش‌آموزان، داشتن والدین وابسته به مواد و از هم پاشیدن نظام و بنیان خانواده، ارتباط نامناسب والدین با فرزندان و تشویق آنها به عود مصرف مواد مخدر بر شدت بازگشت روستاییان به مصرف مواد مخدر را در نقاط روستایی می‌افزاید. بنابراین با

عنایت به گزاره‌های بارگذاری شـــده، این پیشـــران را می‌توان روابط خانوادگی، افزایش فشارهای اقتصادی و رواج باورهای غلط نام‌گذاری کرد (جدول ۱۴).

جدول ١٤: گزاره‌های مشترک با امتیاز عاملی بالا در پیشران پنجم

متغیر	بار عاملی
افزایش فشارهای اقتصادی و تورم در جامعه و عدم تاب‌آوری برخی از افراد در مقابل این فشارها و بازگشت به مصرف مواد مخدر	۱/۶۹
پایین بودن میزان درآمد روستاییان و نبود درآمدهای مولد و پایدار در نقاط روستایی.	۱/۴۶
رواج باورهای غلط (مصرف برای لاغری/ بیدار ماندن در شب و غیره)، به خصوص در بین دانشجویان و دانش‌آموزان.	۰/۹۴
داشتن والدین وابسته به مواد و از هم پاشیدن نظام خانواده.	۰/۷۴
ارتباط نامناسب والدین با فرزندان و تشویق آنها به بازگشت به چرخه اعتیاد	۲/۳۷

مأخذ: یافته‌های تحقیق، ۱۴۰۳

بحث و نتیجه‌گیری

ترک مصرف مواد مخدر از جمله مسائلی است که همواره مورد توجه مسئولین و همچنین خود مبتلایان به مصـــرف مواد و خانواده‌های آنها بوده اســـت. ترک جســـمانی مواد مخدر چندان مشکل نیست بلکه مشکل اصلی بازگشت مجدد و شروع دوباره آن است. یافته‌های نظری نشان می‌دهد که مشکلات شخصیتی فرد، عدم حمایت خانواده، نبود سرگرمی بعد از ترک، عدم توانایی نه گفتن، عدم مراجعه به مراکز درمانی، نداشـــتن شـــغل، غرور، زیاده‌خواهی و مشکلات جنسی از جمله دلایل مهم بازگشت به چرخه اعتیاد می‌باشد. نکته مهم در بازگشـت به چرخه اعتیاد سـخت‌تر شـدن ترک پس از چند بار بازگشـت به اعتیاد است. لذا، تحقیق حاضر به‌منظور شناخت و تحلیل پیشران‌های مؤثر بر بازگشت به چرخه اعتیاد در نقاط روسـتایی اسـتان آذربایجان غربی تدوین شـد و نتایج حاصـله نشـان داد که مهم‌ترین پیشـران‌های مؤثر بر بازگشـت به چرخه اعتیاد در محدوده مورد مطالعه عبارت‌اند از: *۱) توان‌افزایی، استطاعت مالی، جبر محیط انسانی و وجود فشارهای روانی، ۲) استفاده درمانی، مشکلات خانوادگی، فقر و دوری از خانواده، ۳) وجود دوستان ناباب، خودنمایی، کنجکاوی و عدم پیشگیری مناسب، ۴) مشکلات ازدواج، کم‌توجهی به فرزندان و استفاده تفننی و ۵) روابط خانوادگی، افزایش فشارهای اقتصادی و رواج باورهای غلط.*

به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که در نقاط روستایی استان آذربایجان غربی پیشران‌هایی مانند توان‌افزایی، استطاعت مالی، جبر محیط انسانی و وجود فشارهای روانی و همین طور استفاده درمانی، مشکلات خانوادگی، فقر و دوری از خانواده از جمله مهم‌ترین پیشران‌های مؤثر بر بازگشت افراد به چرخه اعتیاد به شمار می‌روند. به طوری که، طی سال‌های اخیر تعداد خرده و عمده‌فروشان مواد مخدر در نقاط روستایی استان به شدت افزایش یافته و خرید و تأمین مواد مخدر مورد نیاز افراد وابسته به مواد و افرادی که دوره درمان را در مراکز درمانی و کمپ‌های ترک اعتیاد طی کرده‌اند سهولت بخشیده و آنها پس از بروز اولین مشکل یا اختلاف خانوادگی یا تحریک گروه دوستان و همسالان به مصرف مواد مخدر باز می‌گردند. نتایج این قسمت با نتایج تحقیقات صفری حاجت آقایی و همکاران (۱۳۹۳)، نعمتی و خالدیان (۱۴۰۱)، بیاتی و همکاران (۱۴۰۲)، و سووانچاچای و همکاران (۲۰۲۴) در یک راستا قرار دارد. به علاوه، با توجه به اینکه بسیاری از افرادی که دوباره به مصرف مواد مخدر باز می‌گردند در مناطق روستایی بسیار محروم استان زندگی می‌کنند و وجود محیط‌های بزهکارانه در آنها، مستعد بودن برای پخش اعتیاد، وجود فقر روستایی، ضعف فرهنگی در برخی افراد و وجود فرهنگ گرایش مجدد به مصرف مواد مخدر و در کنار آن گرایش ذاتی برخی از افراد به ارتکاب جرم به‌صورت ژنتیکی و ارثی بر سهولت کار می‌افزاید و افراد به راحتی به چرخه اعتیاد باز می‌گردند. نتایج این قسمت با نتایج تحقیقات صفری حاجت آقایی و همکاران (۱۳۹۳)، نعمتی و خالدیان (۱۴۰۱)، کیهانی و همکاران (۱۴۰۲)، نوروزی و همکاران (۱۴۰۴)، داتسون و همکاران (۲۰۱۸) و موسعلی و همکاران (۲۰۲۱) در یک راستا قرار دارد. ضمناً، از دیگر مسائلی که زمینه‌ساز بازگشت دوباره به مصرف مواد مخدر می‌شود وجود فشارهای روانی و استرس‌زا در افراد و به‌خصوص جوانان روستایی به ویژه در حوزه اشتغال، سرمایه‌گذاری، ازدواج، خرید مسکن و غیره است. به طوری که بسیاری از این افراد برای تأمین مایحتاج اولیه زندگی و تأمین هزینه‌های زندگی مجبور به اشتغال در مشاغل یدی و ساختمانی (به صورت مهاجرت فصلی به شهرهای بزرگ و صنعتی از جمله تهران، شیراز، تبریز، شهرهای بندری جنوب و غیره) می‌شوند و در راستای توان‌افزایی و

عدم ناتوانی در انجام کارهای یدی و ساختمانی و نبود نظارت خانواده به مصرف مجدد مواد مخدر روی می‌آورند. نتایج این قسمت با نتایج پژوهش‌های نعمتی و خالدیان (۱۴۰۱) و مائو و همکاران (۲۰۲۴) در یک راستا قرار دارد. همچنین، وجود مشکلات خانوادگی و بنیان خانواده از جمله پیشران‌های مهمی که در بازگشت مجدد افراد به مصرف مواد مخدر به کرات دیده می‌شود. چنانچه، تضاد فکری فرزندان با والدین و بروز درگیری در خانواده به‌خصوص خانواده‌های سست‌بنیان، افزایش میزان طلاق و جدایی والدین، رشد فرزندان طلاق و در نتیجه کم‌توجهی خانواده به فرزندانی که دوره درمان را طی کرده‌اند و در نتیجه آن نبود محیط عاطفی و روابط گسسته در خانواده زمینه بازگشت مجدد به چرخه اعتیاد را در نقاط روستایی محدوده مورد مطالعه فراهم ساخته است. نتایج این قسمت نیز با نتایج تحقیقات خمیرنیا و پیوند (۱۳۹۷)، نعمتی و خالدیان (۱۴۰۱)، بیاتی و همکاران (۱۴۰۲)، نوروزی و همکاران (۱۴۰۴)، یزدانی و همکاران (۱۴۰۲) و سووانچاچای و همکاران (۲۰۲۴) در یک راستا قرار دارد. استفاده درمانی از مواد مخدر از دیگر پیشران‌های قابل تأمل در بازگشت به چرخه اعتیاد است. برخی از پزشک‌نماها جهت تسکین، بهبودی امراض، حل مشکلات جنسی و غیره تجویز مواد مخدر را توصیه می‌کنند که کار کاملاً غیر علمی و غیرمسئولانه است و حداقل در طی صد سال اخیر که مطالعات وسیعی در مورد مواد مخدر مختلف و اثرات آن در جهان انجام شده هیچ مطالعه‌ای نشان نداده که مصرف مواد مخدر مانند تریاک جنبه درمانی داشته باشد. نتایج این قسمت نیز با نتایج تحقیقات نعمتی و خالدیان (۱۴۰۱) و کیهانی و همکاران (۱۴۰۲) و اومو و همکاران (۲۰۲۱) در یک راستا قرار دارد. در راستای بهبود وضع موجود پیشنهاداتی به شرح ذیل ارائه می‌شود: ۱) تشدید اقدامات پیشگیرانه توسط نیروی انتظامی و مقابله با عمده و خرده‌فروشان مواد مخدر در روستاها و شهرهای استان، ۳) توانافزایی (توانمندسازی) خانوارهای روستایی دارای افراد درمان شده، از طریق اعطای تسهیلات و راه‌اندازی کسب و کارهای خرد خانگی با نظارت جدی والدین و خانواده‌ها، ۴) تنوع‌بخشی به اقتصاد روستایی در راستای کاهش فقر آنها و نظارت جدی به محیط روستاهایی که مکان‌های مستعد برای گسترش اعتیاد را دارند.

منابع

احدی، رضا؛ شهرام، محمدی و حسن طغرانگار (۱۴۰۱). عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد به مواد مخدر صنعتی (مطالعه موردی: شهر زنجان). *نشریه علمی پژوهش‌های حقوقی*، *۲۱* (۴۹)، ۳۴۳-۳۱۵.

احمدی منیژه؛ کلانتری، محسن، و محمدی، مصطفی (۱۴۰۱). تحلیل فضایی عوامل اقتصادی، اجتماعی مؤثر بر سوء مصرف مواد مخدر در سکونتگاه‌های روستایی مطالعه موردی روستای دیزج آباد، شهرستان زنجان. *نشریه تحلیل فضایی مخاطرات محیطی*، ۹ (۱)، ۱۲۸-۱۱۵.

اکبریان رونیزی، سعیدرضا و صادقی، محسن (۱۳۹۶). تحلیل عوامل مؤثر بر گرایش به اعتیاد در مناطق روستایی (مورد مطالعه: دهستان رونیز). *فصلنامه علمی برنامه‌ریزی منطقه‌ای*، ۷(۲۷)، ۸۶-۷۵.

آهنگ، فرحناز؛ ایمانی، عبدالمجید و یعقوبی، نورمحمد (۱۴۰۰). کاوش پیشایندها و پسایندهای مبارزه اجتماع محور با مواد مخدر: رویکردی آمیخته. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۵* (۶۰)، ۳۶۶-۳۳۳.

بابایی، محبوبه و نجفی اصل، زهره (۱۳۹۷). مطالعهٔ علل گرایش جوانان روستایی به سوءمصرف مواد مخدر (مطالعهٔ روستاهای شهرستان دلفان، استان لرستان). *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، *۱۲* (۱)، ۲۸-۵.

بیاتی، علی؛ امیر، احمدی؛ رحمت‌الله و اسماعیلی، علیرضا (۱۴۰۲). تجارب زیسته جوانان معتاد از نقش حمایت اجتماعی در پیشگیری از عود اعتیاد. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، *۱۴* (۵۶)، ۱۰۱-۶۷.

چراغی، مهدی و محمدلو، معصومه (۱۴۰۱). تحلیل مهم‌ترین عوامل مؤثر بر گسترش اعتیاد در نواحی روستایی (مطالعه موردی: دهستان قره پشتلو بالا، شهرستان زنجان). *مطالعات برنامه‌ریزی سکونتگاه‌های انسانی*، *۱۷(۱)*، *۱۱۸-۱۰۷*.

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

خوشگویان‌فرد، علیرضا (۱۳۸۶). *روش‌شناسی کیو*، انتشارات مرکز تحقیقات صداوسیما، تهران.

رفیعی، حسن (۱۳۹۳). بررسی عوارض و تبعات اعتیاد همسر از طریق مقایسه زنان عادی و زنان دارای همسر معتاد. *مطالعات اجتماعی روان شناختی زنان*، *۱۲* (۲)، ۱۹۴-۱۷۱.

زیاری، کرامت‌اله؛ محمدی، کوروش و پرهیز، فریاد (۱۴۰۰). بررسی رابطه فضایی- مکانی تراکم جمعیت و ناهنجاری‌های اجتماعی در شهر کرمانشاه (نمونه موردی: جرم اعتیاد به مواد مخدر). *توسعه پایدار شهری*، ۲ (۴)، ۱۴-۱.

صفری حاجت آقایی، سعیده؛ کمالی، ایوب؛ دهقانی فیروزآبادی، سمیره و اصفهانی، مهدی (۱۳۹۳). فراتحلیل مقایسه عوامل فردی و محیطی مؤثر بر بازگشت مجدد به اعتیاد بعد از ترک مواد مخدر (ایران: ۱۳۹۱ — ۱۳۸۳). *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۸*(۳۰)، ۵۲-۳۵.

علی‌پور، اسدآبادی فرشته و نامدارپور، فهیمه (۱۴۰۲). شناسایی عوامل مؤثر در بازگشت مجدد زنان بهبودیافته از اعتیاد به مواد مخدر: یک مطالعه کیفی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۷* (۶۸)، ۶۸-۴۷.

فتح‌اللهی؛ محمدصادق و ایمانی جاجرمی حسین (۱۴۰۱). توسعه ناپایدار و شیوع اعتیاد در روستاها (موردمطالعه: روستای امامزاده شهرستان ارومیه). *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۶* (۶۵)، ۳۸۰-۳۵۵.

فروع‌الدین عدل اکبر؛ صدرالسادات جلال؛ بیگلریان، اکبر و محمدرضا جوادی یگانه (۱۳۸۳). تأثیر هم‌نشینی و معاشرت با گروه هنجارشکن و گرایش جوانان به اعتیاد. *رفاه اجتماعی*، *۴* (۱۵)، ۳۳۲-۳۱۹.

فولادیان، مجید و محمدی، مهلا (۱۴۰۲). مقایسه عوامل مرتبط با بازگشت به اعتیاد در بین دو گروه افراد با ترک قطعی و عود مجدد به مصرف مواد مخدر. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۷* (۶۷)، ۳۷۷-۳۵۵.

فیضی، حسین؛ ویسی رایگانی، علی‌اکبر؛ عبدی، علیرضا؛ شاکری، جلال و مردوخی مهدی (۱۳۹۴). علل گرایش به مصرف مواد از دیدگاه مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد استان کرمانشاه. *نشریه پژوهش توان‌بخشی در پرستاری*، *۲* (۲)، ۵۶-۴۷.

کریمی، محمد و جابری، هادی (۱۴۰۱). آینده‌پژوهی علل گرایش برخی از دختران و زنان به مواد مخدر و روانگردان‌ها و ارائه راهکارهای پیشگیری. *مطالعات علوم اسلامی انسانی*، *۸*(۳۲)، ۵۷-۴۴.

کیهانی، فرشید، مرادی، صادق و محمدنسل، غلامرضا (۱۴۰۲). عوامل فرهنگی بازگشت به اعتیاد در بین معتادان خودمعرف شهرستان اندیمشک. *مطالعات جامعه‌شناسی*، *۱۶* (۵۹)، ۴۴-۲۷.

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

مطیعی لنگرودی، سیدحسن؛ فرهادی، صامت و زارع، زهره (۱۳۹۲). عوامل مؤثّر بر گسترش اعتیاد در نواحی روستایی (مطالعهٔ موردی: دهستان چهاردولی غربی شهرستان قروه). *پژوهش‌های جغرافیای انسانی*، *۴۵* (۱)، ۸۵-۶۵.

میرزائی‌مقدم، داود؛ شیری، طهمورث و محسنی، رضاعلی (۱۴۰۲). بررسی تجارب زیسته جوانان مصرف‌کننده مواد در فرحزاد تهران: یک مطالعه پدیدارشناختی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۷* (۶۹)، ۶۶-۳۹.

میرزائی‌مقدم، داود؛ شیری، طهمورث و محسنی، رضاعلی (۱۴۰۳). معناکاوی سبک زندگی جوانان مصرف‌کننده مواد اعتیادآور در فرحزاد تهران: مطالعه کیفی با رویکرد نظریه زمینه‌ای. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۸* (۷۱)، ۵۵-۸۴.

نعمتی سوگلی‌تپه، فاطمه و خالدیان، محمد (۱۴۰۱). مطالعه کیفی عوامل مؤثر بر عود مجدد به سوءمصرف مواد مخدر و اعتیاد با رویکرد گراندد تئوری. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۶* (۶۴)، ۳۰۷-۲۷۹.

نوروزی، ابوالقاسم؛ بهیان، شاپور و چیت‌ساز، محمدعلی (۱۴۰۴). عوامل اجتماعی مؤثر در کاهش بازگشت معتادان به مصرف مجدد مواد مخدر. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۴ (۱۴۵)، ۲۸۱-۲۶۱.

ولایی، محمد (۱۳۹۸). *الگوسازی فضایی کاهش فقر روستایی با تأکید بر تنوع بخشی اقتصاد روستایی مطالعه موردی: شهرستان میاندوآب*. رساله دکتری، دانشگاه تبریز، دانشکده برنامه‌ریزی و علوم محیطی.

یزدانی، حمیدرضا؛ ساروخانی، باقر و وثوقی، منصور (۱۴۰۲). تحلیل جامعه‌شناختی افول ارتباطات درون خانوادگی و بازگشت به اعتیاد (شهر گرگان سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰). *مطالعات راهبردی ارتباطات*، ۳(۱)، ۵۰-۳۳.

References

Ahmed, B., Navid Yousaf, F., Saud, M., Ahmad, A. (2020). Youth at risk: The alarming issue of drug addiction in academic institutions in Pakistan. *Children and Youth Services Review*, *118*, 105385.

Ajimotokin, S., Haskins, A., & Wade, Z. (2015). *The effects of unemployment on crime rates in the US. B. Sc project,* Georgia Institute of Technology.

Arlappa, P., Jha, SH., & Jayaseeli, S. (2019). Impact of Addication on Family: An Exploratory Study With Reference to Slums in Kolkata. *Current Research of Social Science*, *2*(1), 58-71.

Dotson, J. A. W., Burduli, E., & McPherson, S. (2018). Substance Use and Abuse in Rural Communities. *Rural Nursing: Concepts, Theory, and Practice*. DOI:10.1891/9780826161710.0029.

Erskine, H. E., Moffitt, T. E., Copeland, W. E., Costello, E. J., Ferrari, A. J., Patton, G., ... & Scott, J. G. (2015). A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychological Medicine*, *45*(7), 1551-1563.

Herbert, D. (2015). *Crime, Geography of, International Encyclopedia of Human Geography*, 145-150.

Kabisa, E., Biracyaza, E., Habagusenga, J. D. A., & Umubyeyi, A. (2021). Determinants and prevalence of relapse among patients with substance use disorders: case of Icyizere Psychotherapeutic Centre. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, *16*(1), 13.

Kamiński, P., Lorek, M., Baszyński, J., Tadrowski, T., Gorzelańczyk, E. J., Feit, J., ... & Kurhaluk, N. (2024). Role of antioxidants in the neurobiology of drug addiction: an update. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, *175*, 116604.

Kitchin, R., & Thrift, N. (2009). *International encyclopedia of human geography*. Elsevier.

Liu, X., Wang, F., Le, Q., & Ma, L. (2023). Cellular and molecular basis of drug addiction: The role of neuronal ensembles in addiction. *Current Opinion in Neurobiology*, *83*, 102813.

MacLean, S. J., Caluzzi, G., Ferry, M, Bruun, A., Sundbery, J., et al (2024). Young people returning to alcohol and other drug services as incremental treatment. *Social Science & Medicine*, *357*, 117181.

Mao, S., Chou, T., & D'Orsogna, M. R. (2024). A probabilistic model of relapse in drug addiction. *Mathematical Biosciences*, *372*, 109184.

Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (Eds.). (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press

Menon, J., & Kandasamy, A. (2018). Relapse prevention. *Indian Journal of Psychiatry*, *60*(4), S473-S478.

Mousali, A. A., Bashirian, S., Barati, M., Mohammadi, Y., Moeini, B., Moradveisi, L., & Sharma, M. (2021). Factors affecting substance use relapse among Iranian addicts. *Journal of Education and Health Promotion*, *10*, 129.

Nagy, N. E. S., Ella, E. I. A., Shorab, E. M., Moneam, M. H. E. D. A., & Tohamy, A. A. (2022). Assessment of addiction management program and predictors of relapse among inpatients of the Psychiatric Institute at Ain Shams University Hospital. *Middle East Current Psychiatry*, *29*(1), 80.

Sadr Mousavi, M. S., Aghayari Hir, M., & Valaei, M. (2019). Investigating and Analyzing Factors Causing the Spreading out of Rural Poverty in Miyandoab County through the Application of Q Technique. *Journal of Research and Rural Planning*, *8*(3), 27-44.

Sham, R., Hussein, M. Z. S. M., & Ismail, H. N. (2013). A review of social structure, crime and quality of life as women travelers in Malaysian Cities. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *101*, 307-317.

Steelman, T. A., & Maguire, L. A. (1999). Understanding participant perspectives: Q-methodology in national forest management. *Journal of policy analysis and management: the journal of the association for public policy analysis and management*, *18*(3), 361-388.

Suwanchatchai, C., Buaphan, S., & Khuancharee, K. (2024). Determinants and prevalence of relapse among patients with substance use disorder in a rural population: A retrospective observational study. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, *157*, 209244.

Umoh, D., Okon, E., & Inuk, B. (2021). Prevalence of relapse amongst substance abused patients in Federal Neuro-Psychiatric Hospital Calabar, between 2015 to 2019. *International Journal of Research and Innovation in Social Science*, *5*(5), 31-41.

UNODC, World Drug Report. (2023). (United Nations publication, 2023).

Weisburd, D., Bruinsma, G. J. N., & Bernasco, W., (2009). Units of Analysis in Geographic
Criminology: Historical Development, Critical Issues, and Open Questions, Putting
Crime in its Place, Springer, PP. 3-31.

Yu, R., Kong, D. L., Liao, C., Yu, Y. J., He, Z. W., & Wang, Y. (2024). Natural products as the therapeutic strategies for addiction. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, *175*, 116687.

Contents

Title	Page
The Mediating Role of Mindfulness in the Relationship between Punitive Parent Mode with Relapse Tendency in Substance-Dependent People in Recovery Hassan Shabani, Rasol Roshan Chesli, Hamid Yaqhubi, Hojjatollah Farahani	**7-28**
An Investigation into the Mediating Role of Attitudes towards Substances in the Relationship of Critical Thinking, Media Literacy, and Socialization with the Tendency toward Substance Use in Adolescent Girls Fatemeh Beiklou, HosseinAli Mehrabi	**29-60**
Drafting a Structural Model of Adolescents' Addiction Proneness Based on Rumination and the Mediating Role of Psychological Distress Seyfollah Aghajani, Shayan Noori Lasaki, Roghayeh Khademi, Mohammad Zarei Nouroozi	**61-84**
The Structural Relationships of Perceived Social Support with Craving in Substance-Dependent Individuals Undergoing Methadone Maintenance Treatment: The Mediating Role of Anxiety Sensitivity Mohammadreza Noroozi Homayoon, Esmaeil Sadri Damirchi, Masoud Sadeghi, Mohamad Hatami Nejad	**85-106**
The Effectiveness of Virtual Reality-Based Relaxation Therapy on Perceived Stress, Resilience, and Craving in Individuals with Substance Use Disorder in Residential Centers Navid Pouyan, Maryam Esfahani Asl, Amin Einipour	**107-130**
Career Prospects of Substance-Dependent Individuals Following a Return to Work: A Qualitative Study Marziye Dorali, Yasser Rezapour Mirsaleh, Mojtaba Soltani	**131-156**
Providing the Perspectives of Recovering Substance-Dependent Individuals on the Reasons for Participating or Not Participating in Sports Activities Sakineh Lotfifard Shokrlou, Seyed Mohammad Kashef, Hossein Ali Hossein Alwan Al-Zubeidi	**157-180**
Diagnostic Analysis of Individuals with and without a Propensity for Addictive Substance Use Leila Hefazi Torghabeh, Somayeh Fekriyan Arani	**181-202**
Examining the Relationship between Identity Styles and High-Risk Behaviors in Adolescents: A Study on the Propensity for Smoking, Alcohol, and Drug Use Shahin Imani Khoshkhoo, Sajjad Rezaei, Abbas Ali Hosseinkhanzadeh	**203-228**
Analysis of the Driving Factors Influencing Relapse into Addiction in Rural Areas Afshar Kabiri, Mohammad Valaei	**229-260**

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
Sheykholeslami, A., Ph.D.	Professor of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili
Mohammadzadeh, A., Ph.D.	Professor of Psychology, Payame Noor University
Geravand, H., Ph.D.	Associate Professor of Psychology, Lorestan University
Soleimani, E., Ph.D.	Associate Professor of Psychology, Urmia University
Erfani, N., Ph.D.	Associate Professor of Psychology, Payame Noor University
Kordmirza, E., Ph.D.	Associate Professor of Psychology, Payame Noor University
Nazarzadeh Zareh, M., Ph.D.	Assistant Professor of Higher Education Management, Mlayer Universty
Mohammadi, S., Ph.D.	Assistant Professor of Educational Administration, Semnan University
Akbari Balootbangan, A., Ph.D.	Assistant Professor of Psychology, Farhangian University
Ranjbar Noushari, F., Ph.D.	Assistant Professor of Psychology, Payame Noor University
Sabzian, S., Ph.D.	Assistant Professor of Psychology, Hazrat-e Masoumeh University
Sarami Fruoshani, HR., Ph.D.	PhD in Cultural Management and Planning
Salemi, S., Ph.D.	PhD in Professor, Shahid Chamran University
Mirzaei Moghadam, D., Ph.D.	PhD in Sociology, Islamic Azad University of Central Tehran Branch
Kazemnejad, A., Ph.D.	Professor of Biostatistics, Tarbiat Modares University

In the name of God

Scientific Quarterly

Research on Addiction
Vol. 18, No. 74, Winter 2025

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 2022

The quarterly is available at DOAJ, dchq.ir, ISC, magiran.com, SID, Iranmedex, ensani.ir, Noormags.com, LinkedIn & Academia.