



<https://jacp.scu.ac.ir/>

ISSN (P): 2538-5755

ISSN (E): 2588-6126

Received: 06 March 2023

Accepted: 09 June 2023

Research Article

<https://doi.org/10.22055/jacp.2024.46286.1355>

The Role of Perceived Stress, Childhood Trauma, Interpersonal Motivations and Perceived Social Support in Predicting Opioid-Related Slip

Zahra Ahmadi¹, Parinaz Sadat Sajjadian^{2*}

1. MA of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

Citation: Ahmadi, Z., & Sajjadian, P. S. (2023). The role of perceived stress, childhood trauma, interpersonal motivations and perceived social support in predicting opioid-related slip. *Clinical Psychology Achievements*, 9(2), 1-18.

Abstract

The aim of the present study was to investigate the role of perceived stress, childhood trauma, interpersonal motivations, and perceived social support in predicting the slip of opioid-related referring to addiction treatment centers. The descriptive research method was correlation type. The statistical population of the research included all the people who were referred to addiction treatment centers in Isfahan city in 2022. The statistical sample includes 130 people who were selected by the available sampling method. Perceived Tension Scale Research Tool; Childhood Trauma Questionnaire; Questionnaire of Interpersonal Motivations Related to Injury and Scale of Perceived Social Support. The data was analyzed by SPSS25 software. showed that between perceived stress ($\beta=0.419$), childhood trauma ($\beta=0.207$), interpersonal motivation ($\beta=0.212$), and perceived social support ($\beta=0.185$) with slip There is a significant relationship between people addicted to opioids who refer to addiction treatment centers in Isfahan city ($p<0.05$). Also, the data of this research showed that about 31.1% of the changes in the slippage of opioid addicts were caused by perceived stress (17.6%), perceived social support (9.6%), and interpersonal motivation (3.9%) can be explained. By teaching stress reduction strategies, reducing emotions caused by childhood trauma, teaching forgiveness strategies, and expanding social support networks in medical centers, it is possible to prevent the slippage of opioid-dependent people who refer to addiction treatment centers.

Keywords: perceived stress, childhood trauma, interpersonal motivations, perceived social support, slippage, opioids

* Corresponding Author: Parinaz Sadat Sajjadian

E-mail: p.sajjadian@yahoo.com



© 2023 The Author(s). Published by Shahid Chamran University of Ahvaz. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.



نقش استرس ادراک‌شده، ترومای دوران کودکی، انگیزه‌های بین فردی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در پیش‌بینی لغزش افراد وابسته به مواد افیونی

زهرا احمدی^۱، پریناز سادات سجادیان^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش استرس ادراک‌شده، ترومای دوران کودکی، انگیزه‌های بین فردی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در پیش‌بینی لغزش افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد بود. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه آماری شامل ۱۳۰ نفر که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش مقیاس تنیدگی ادراک‌شده؛ پرسشنامه ترومای دوران کودکی؛ پرسشنامه انگیزه‌های بین فردی مرتبط با آسیب و مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده بود. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS-25 تجزیه و تحلیل شد. نشان داد که بین استرس ادراک‌شده ($\beta=0/419$)، ترومای کودکی ($\beta=0/207$)، انگیزه‌های بین فردی ($\beta=-0/212$) و حمایت اجتماعی ادراک‌شده ($\beta=-0/185$) با لغزش افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان رابطه معنی‌داری وجود دارد ($p<0/05$). همچنین داده‌های این پژوهش نشان داد که حدود ۳۱/۱ درصد از تغییرات در لغزش افراد وابسته به مواد افیونی توسط استرس ادراک‌شده (۱۷/۶ درصد)، حمایت اجتماعی ادراک‌شده (۹/۶ درصد) و انگیزه‌های بین فردی (۳/۹ درصد) قابل تبیین است. با آموزش راهبردهای کاهش استرس، کاهش هیجانات ناشی از ترومای کودکی، آموزش راهبردهای بخشش و گسترش شبکه‌های حمایت اجتماعی در مراکز درمانی می‌توان از لغزش افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد جلوگیری کرد.

کلیدواژه‌ها: استرس ادراک‌شده، ترومای کودکی، انگیزه‌های بین فردی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، لغزش، مواد افیونی

مقدمه

اعتیاد (addiction) مسمومیت حاد یا مزمن با دارویی طبیعی یا مصنوعی به شمار می‌رود، به نحوی که شخص در نتیجه استعمال آن دچار مقاومت اکتسابی می‌شود و به دلیل کاسته شدن تدریجی تأثیرات آن، مقادیر بیشتری از دارو را بدون بروز ناراحتی مصرف می‌کند و این مصرف مکرر ماده مخدر موجب وابستگی به آن می‌شود. اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است که بر همه ابعاد زندگی، اثر گذاشته و سلامتی فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد (Galanter, 2020; Buelga et al., 2020). اعتیاد به مواد مخدر، یکی از چهار بحران جهانی هزاره سوم و در صدر تهدیدها و آسیب‌های اجتماعی و از غم‌انگیزترین معضلات جوامع امروزی است که اکثر جوامع مختلف را به چالش کشانده است و تأثیر آن در ظهور سایر آسیب‌های اجتماعی نمود عینی دارد (Waldrop et al., 2010). اهداف درمانی اعتیاد بر سه ایده تأکید دارند که در ابتدا «قطع وابستگی جسمی به مواد»، دوم «قطع وابستگی روانی و کاهش پیامدهای غیر جسمی ناشی از ترک مصرف مواد و مشکلات وابسته با آن» و در نهایت «پیشگیری از عود مجدد بیماری» را شامل می‌شود. لغزش (lapse)، مصرف مجدد مواد مخدر بعد از یک دوره زمانی بعد از ترک مواد مخدر است. مطالعات قبلی انجام شده میزان برگشت به مصرف مواد (return to stimulant consumption) در سال اول بعد از ترک مواد مخدر را بیش از ۵۰ تا ۸۰ درصد عنوان می‌کنند. بدین جهت مسئله بازگشت به مصرف مواد بسیار مهم و حائز اهمیت است. از این رو با شناسایی عوامل مؤثر در لغزش به سمت مصرف مواد مخدر و آگاهی از عوامل زمینه‌ساز در سوق دادن افراد به شروع مجدد اعتیاد (اسدی و پرزور، ۱۳۹۹)، می‌توان با اجرای سیاست‌ها و اقدامات پیشگیرانه و کنترل کننده این درصد بالای بازگشت به مواد را کاهش داد (احمدی و رستمی، ۱۳۹۷؛ بدیع و همکاران، ۱۴۰۱). کرنی (Kearne, 1997) این میزان را ۵۰ درصد در طول یک سال مطرح می‌کند. براون (Brown, 1998) گزارش می‌دهد که تنها ۱۹ درصد مصرف‌کنندگان دارو پس از درمان قادرند قطع مصرف را برای ۶ سال ادامه دهند. (Nurco et al., 1998) مسئله عود را در سه ماهه اول مراجعه جهت درمان نشان دادند و میزان آن را ۶۶ درصد در عرض شش ماه مطرح کردند (کوهستانی و همکاران، ۱۳۹۲). در مطالعات که به صورت کمی و بر روی علل عود اعتیاد در معتادین مراکز ترک اعتیاد انجام شده دلایلی همچون اختلافات خانوادگی، شرایط بد کمپ، بیکاری (خمرنیا و پیوند، ۱۳۹۷)، محیط زندگی آلوده، دوستان معتاد، ناکارآمدی جلسات روان‌درمانی (ناستی‌زایی و همکاران، ۱۳۸۹) و عوامل تداعی‌کننده عود فردی (صفری حاجت‌آقایی و همکاران، ۱۳۹۱) شناسایی شده‌اند. اما با توجه به پیچیدگی و گستردگی علل بازگشت به اعتیاد، این احتمال وجود دارد که دلایل پنهان دیگری نیز وجود داشته باشند که مورد ارزیابی قرار نگرفته‌اند.

از جمله عوامل مهمی که می‌توان در افراد بازگشت به مواد بررسی نمود پاسخ به استرس این افراد است. استرس، محرک‌های محیطی ناخوشایندی است که می‌تواند جنبه جسمانی یا روان‌شناختی داشته باشد (محمودپور و همکاران، ۱۳۹۶؛ پورسید موسایی و همکاران، ۱۳۹۱؛ حسینی‌المدنی و همکاران، ۱۳۹۰). Holmes معتقد بود تغییرات زندگی می‌تواند برای فرد استرس ایجاد کند و روبه‌رو شدن با تعداد زیادی موقعیت استرس‌زا در یک زمان کوتاه، فرد را از نظر روانی تحت تأثیر قرار می‌دهد. ارزیابی از فشارهای محیطی خاص، منابع مقابله‌ای و گزینه‌های در دسترس، همگی منجر به تعیین ماهیت و اندازه‌ی تجربه‌ی استرس‌زا می‌شوند. استرس ادراک شده (perceived stress) می‌تواند به‌عنوان درجه‌ای که یک موقعیت در زندگی فرد استرس‌زا ادراک می‌شود، تعریف شود. به عبارتی دیگر استرس ادراک شده حالتی است که منعکس‌کننده‌ی ارزیابی کلی از اهمیت و سختی چالش‌های محیطی و شخصی است (طالقانی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۸). رویارویی و مقابله با استرس نیز از جمله مسائلی است که با توجه به منبع استرس و میزان استرس ادراک‌شده فرد در هر دوره‌ای از زندگی از اهمیت خاصی برخوردار است. نوجوانان و جوانان در مسیر زندگی خود با مشکلات مهمی مواجه بوده و سعی در کسب مهارت برای مقابله با آن‌ها دارند (اصغری و همکاران، ۱۳۹۵). مطالعات همه‌گیرشناسی و بالینی بر نقش استرس به عنوان یک عامل خطر مهم اختلافات جسمانی و روانی تأکید می‌کند. به عنوان نمونه در پژوهشی که ارتباط بین استرس ادراک شده و شدت وابستگی به مواد و الکل را مورد بررسی قرار دادند به این نتیجه رسیدند که استرس ادراک‌شده به صورت معنادار و مثبت با شدت وابستگی به مواد مرتبط است (عبادی و همکاران، ۱۳۹۷؛ فرنام و محمود زهی، ۱۳۹۷؛ پورسید موسایی و همکاران، ۱۳۹۱؛ Goeders, 2004; Arevalo et al., 2008; Erb, 2010). در پژوهشی که توسط (Waldrop et al., 2010) در زمینه استرس‌زها (درون فردی و

میان فردی و محیطی) در افراد وابسته به کوکائین انجام گرفت، مشاهده شد این استرس‌ها در مصرف مواد و یا عود به سمت مواد دخالت دارند. (Hyman et al., 2007) نیز در پژوهش خود نشان داد که تجربه‌های استرس‌زای زندگی با افزایش عود سوءمصرف مواد مرتبط است و همبودی معناداری بین بیماری‌های روانی و سوءمصرف مواد وجود دارد.

از دیگر عوامل دخیل در بازگشت به مواد ترومای دوران کودکی است. منظور از تجارب ناخوشایند کودکی یا ترومای دوران کودکی (childhood trauma) وقایع آسیب‌زای زندگی که قبل از سن ۱۸ سالگی رخ می‌دهند و این رویدادهای تروماتیک شامل سوءاستفاده (فیزیکی، عاطفی و جنسی) و غفلت می‌باشند (Tang et al., 2020؛ Weiss et al., 2013). تجارب نامطلوب کودکی برای اولین بار در ارتباط با سلامتی به وسیله‌ی یک مطالعه‌ی بزرگ توسط (Kaiser, 1998) توصیف شدند. وی ترومای دوران کودکی را شامل سوءاستفاده عاطفی والدین، پدرخوانده و مادرخوانده یا بزرگسال، ناسزا گفتن، توهین کردن، تحقیر کردن و آسیب فیزیکی و ترساندن می‌داند (Blair & Boullier, 2018). همچنین شواهد رو به رشدی از این که چگونه استرس سمی و یا تجربیات مذکور می‌تواند باعث آسیب دائمی به مغز در حال رشد شود و همچنین عملکرد سیستم ایمنی، عصبی و غدد درون‌ریز فرد را تغییر دهد، وجود دارد (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۲). قرار گرفتن در معرض این تجارب بسیار شایع است (حسن اصفهانی و همکاران، ۱۴۰۱). یک مطالعه مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها (CDC) با آنالیز ۲۶۲۲۹ بزرگسال در پنج ایالت، نشان داد که اکثر بزرگسالان (۵۹/۴ درصد) حداقل یکی از انواع تجارب ناخوشایند کودکی را پیش از سن ۱۸ سالگی تجربه کرده‌اند، در حالی که (۸/۷ درصد) از شرکت‌کنندگان گزارش دادند که پنج مورد یا بیشتر را تجربه کرده‌اند (Bynum et al., 2010). مطالعات متعدد نشان داده‌اند که بدرفتاری در دوران کودکی و عوامل استرس‌زای اولیه زندگی با افزایش آسیب‌پذیری برای ایجاد آسیب‌شناسی روانی از جمله سوءمصرف مواد مخدر و الکل مرتبط است (Cattane et al., 2019؛ Carliner, 2016). وو و همکاران (Wu et al., 2010) و رضازاده عسگری (۱۴۰۲) دریافتند که بیشتر بیماران سوءاستفاده از مواد در معرض حوادث تروماتیک دوران کودکی قرار گرفته‌اند.

از دیگر عواملی که می‌توان در ارتباط با افراد درگیر اعتیاد مورد بررسی قرار داد، انگیزه‌ی بین فردی مرتبط با آسیب (Transgression-Related Interpersonal Motivations) است، که به انگیزه انتقام (Revenge) و اجتناب (Avoidance) اشاره دارد. در روابط باثبات مانند روابط صمیمانه بین زوج‌ها، اعضای خانواده یا دوستان، احتمال دارد که آسیب‌های جزئی بیشتری نسبت به سایر روابط بین فردی رخ دهد؛ چرا که ویژگی این روابط، طولانی بودن آن‌ها است. وقوع این آسیب‌های جزئی فراوان می‌تواند موجب فرسایش در روابط باثبات شود. در ارتباط افراد با یکدیگر، تخطی از محدوده‌های اخلاقی، جسمانی و روانی اجتناب‌ناپذیر است (Fincham et al., 2002). نحوه برخورد افراد با این آسیب‌ها متفاوت می‌باشد؛ عدالت‌خواهی از طریق انتقام گرفتن، تفسیرهای مخالف از واقعیت حوادث، فراموش کردن، استفاده از مکانیزم‌های روانی مانند انکار یا فرافکنی آسیب‌ها، پذیرش آسیب و یا گذشت کردن نمونه‌هایی از این رفتارهای متفاوت است در واقع در توضیح این مفهوم باید به مفهوم بخشش توجه شود. بخشش مستلزم تغییر اجتماعی در رابطه با آسیب‌زنده از سوی گیرنده آسیب است. در واقع، تقریباً هر نظریه‌پردازی موافق است که وقتی مردم می‌بخشند، پاسخ‌هایشان (مثلاً افکار، احساسات، تمایلات رفتاری یا رفتارهای واقعی) نسبت به یک آسیب‌زنده مثبت‌تر و/یا کمتر منفی می‌شود (خجسته‌فر و همکاران، ۱۳۸۹). در مرکز همه نظریه‌هایی که در مورد گذشت و بخشش ارائه شده است، یک ایده مهم وجود دارد که در آن انگیزه فرد آسیب‌دیده برای انتقام‌گیری و یا اجتناب از تماس با آسیب‌رسان کمتر شده، انگیزه‌های جامعه‌پسندانه نسبت به آسیب‌رسان زیاد می‌شود (Worthington, 2001). (McCullough et al., 2006) با توجه به نتایج گاتمن دو حالت هیجانی را مشخص کرده‌اند که پاسخ‌های عاطفی افراد را نسبت به آسیب‌های بین‌فردی معین می‌کند؛ احساس حمله نسبت به آسیب ادراک‌شده که مشابه انگیزه اجتناب از تماس روانی و شخصی با فرد آسیب‌رسان است و احساس خشم مستحق که مشابه انگیزه انتقام‌جویانه یا تصور آسیب‌زدن به فرد آسیب‌رسان است. این دو انگیزه مجزا با هم یک موقعیت عاطفی به نام «گذشت» را می‌سازند. زمانی که فرد آسیب‌دیده اظهار می‌کند که فرد آسیب‌رسان خود را «بخشیده» است، ادراک او از آسیب و آسیب‌رسان با دو هیجان انگیزه بالا برای اجتناب از تماس با آسیب‌رسان و انگیزه بالا برای انتقام‌جویی همراه است. برعکس، زمانی که فرد آسیب‌دیده اظهار می‌کند که فرد آسیب‌رسان خود را «بخشیده» است، ادراک او از آسیب و آسیب‌رسان فاقد انگیزه‌های اجتناب و انتقام‌جویی است (McCullough et al., 1998).

سرانجام، عامل احتمالی مرتبط با لغزش افراد وابسته به مواد افیونی حمایت اجتماعی ادراک شده است. منابع حمایتی شخص مواردی همچون خانواده، دوستان و همسالان، افراد آشنا و نزدیک معلمان و حمایت عمومی را شامل می‌شود. (Kaplan einzerman, 998)، حمایت اجتماعی را حمایت آگاهی‌دهنده، حمایت عاطفی و حمایت ابزاری که در عمل از منابع حمایتی مانند خانواده، دوستان، غریبه و حیوانات دریافت شده است، تعریف کرده‌اند (فرهمنند ثابت و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است. نکته قابل تأمل در این تعاریف این است که تمام روابطی که فرد با دیگران دارد حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شود. به بیان دیگر روابط منبع حمایت اجتماعی نیستند مگر آنکه فرد آن‌ها را به‌عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیاز خود ادراک کند (جنابآبادی و همکاران، ۱۳۹۶). حمایت اجتماعی به دو صورت حمایت اجتماعی دریافت شده و حمایت اجتماعی ادراک‌شده (perceived social support) مورد مطالعه قرار می‌گیرد. در حمایت اجتماعی دریافت شده، میزان حمایت‌های کسب شده توسط فرد مورد تأکید است و در حمایت اجتماعی ادراک شده، ارزیابی‌های فرد از در دسترس بودن حمایت‌ها در مواقع ضروری و مورد نیاز بررسی می‌شود (Lee et al., 2007). محققین ادعا نموده‌اند که ارائه حمایت اجتماعی روی سلامت روانی، فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی اثرات مثبتی داشته و باعث ارتقای کیفیت زندگی و نوعی احساس خوب نسبت به زندگی می‌شود (صدری دمیرچی و همکاران، ۱۳۹۵). کسانی که از حمایت اجتماعی برخوردارند، احساس می‌کنند کسی دوست‌شان دارد، به آن‌ها اهمیت داده می‌شود، دیگران آنان را افرادی محترم می‌شمارند و خود را بخشی از شبکه‌ی اجتماعی خانواده، دوستان یا سازمان‌های اجتماعی می‌دانند که می‌تواند منبع کمک‌های مادی، معنوی و خدمات دوجانبه هنگام نیاز باشد و در نتیجه بهتر قادر خواهند بود در رویارویی با رخدادهای فشارزای زندگی ایستادگی کنند (مقتدری و همکاران، ۱۳۹۹؛ Sarafino, 2002)، به طور موثرتری با آن‌ها مقابله نمایند و نشانه‌های کمتری از افسردگی یا آشفتگی روانی را نشان دهند. در واقع حمایت اجتماعی همچون سپری در برابر عوامل استرس‌زا عمل می‌نماید که موجب افزایش خود ارزشمندی در شخص شده و این احترام به خویشتن از طریق بازخورد اطلاعات به دست می‌آید؛ موجب مقابله مؤثر با عوامل فشارزا شده و تعادل قوا را به نفع عوامل ضد فشار تغییر می‌دهد (Jesse et al., 2010).

مطالعاتی که بتواند رابطه‌ی میان متغیرهای بیان شده را با لغزش افراد وابسته به مواد افیونی پیش‌بینی نماید، بسیار حیاتی و سازنده خواهد بود. زیرا یافته‌های آن می‌تواند مورد استفاده‌ی فعالان در عرصه‌ی درمان وابستگان به مواد و جلوگیری از لغزش آن‌ها قرار گیرد. بنابراین تمامی تلاش‌ها و شواهد نشان می‌دهد که صاحب‌نظران، پژوهشگران و فعالان عرصه کنترل و درمان اعتیاد تلاش‌های فراوانی داشته‌اند تا زمینه‌های مهار، پیشگیری و بازگشت به زندگی طبیعی را در مصرف‌کنندگان مواد فراهم آورند. لذا شناخت عوامل درونی و بیرونی مؤثر در اعتیاد، راهکارهای متنوعی را در اختیار فعالان در این عرصه قرار داده است. این پژوهش نیز بر همین اساس در دستور کار قرار گرفته است. نتایج این پژوهش می‌تواند در عمل به کار گرفته شود و افزون بر اشاعه‌ی یافته‌های پژوهشی که جنبه‌ی پیشگیری از مواد افیونی دارند، می‌تواند در سطح جامعه به اشاعه‌ی فرهنگ خودداری از مصرف مواد بیانجامد و به ارتقای دانش عمومی والدین، معلمان، کارگزاران در دستگاه‌های دولتی برای مشارکت در فعالیت‌های پیشگیرانه و کاهش معضلات دامن‌گیر جامعه و خانواده ناشی از مصرف مواد گردد. بنابراین پژوهش حاضر در پی پاسخ به سؤال که آیا استرس ادراک‌شده، ترومای کودکی، انگیزه‌های بین فردی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در پیش‌بینی لغزش افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان نقش دارد؟. به این اساس یک هدف اصلی و چهار هدف فرعی جهت بررسی این سؤال مطرح شد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه افراد مذکر مراجعه‌کننده به ۴۰ مرکز ترک اعتیاد شهر اصفهان در زمستان ۱۴۰۱ بود. حداقل حجم نمونه ۱۳۰ نفر (انفعال و همکاران، ۱۴۰۰؛ عبادی و همکاران، ۱۳۹۷؛ فرهمنند ثابت و همکاران، ۱۳۹۴) بود که از بین آن‌ها مراکز ترک اعتیاد اندیشه مثبت، رویش دوباره و طنین دوباره به صورت

در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل لغزش در بازه‌ی ۶ ماهه پس از ترک (انیسی و همکاران، ۱۳۸۹)، تمایل به همکاری، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۶۵ سال، سنجش با مقیاس خودسنجی پیش‌بینی بازگشت، رایت (Whright, 1993) و عدم ابتلا به بیماری جسمانی و روانی هم‌زمان انتخاب شدند. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. شرکت‌کنندگان با آگاهی و رضایت کامل وارد مطالعه شده و به آن‌ها اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آن‌ها به صورت محرمانه نزد گروه تحقیق محفوظ خواهد ماند. به‌منظور تحلیل داده‌ها از تحلیل همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تحلیل استفاده شد.

ابزار سنجش

مقیاس پیش‌بینی بازگشت به مواد: این مقیاس توسط (Whright, 1993) ارائه و یک مقیاس خودسنجی ۴۵ سؤالی است و هر سؤال در بردارنده موقعیت‌ها یا حالت‌هایی است که برای یک فرد وابسته به مواد که در دوران ترک مواد قرار دارد، می‌تواند باعث ایجاد وسوسه و به تبع آن، میل به مصرف مواد گردد. این مقیاس شامل دو قسمت می‌شود؛ شدت نیرومندی میل در موقعیت خاص و احتمال مصرف در آن موقعیت. همه سؤالات در یک مقیاس پنج درجه‌ای شامل هیچ=۰، تا ۴= خیلی قوی نمره‌گذاری می‌شوند. پرسشنامه توسط گودرزی (۱۳۸۰) ترجمه شده است. در پژوهش مهرابی و همکاران (۱۳۸۳) اعتبار محاسبه شده برای این مقیاس با اجرا بر روی ۴۰ بیمار وابسته به مواد در دوره بهبود اولیه و با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس میزان وسوسه ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس میزان میل ۰/۹۷ محاسبه شده است، همبستگی به دست آمده بین دو خرده مقیاس مذکور با استفاده از روش همبستگی پیرسون ($r=0/85$) نیز از لحاظ آماری، رابطه معناداری را نشان می‌دهد ($p=0/001$). مهرابی، نشاط دوست و مولوی (۱۳۸۳) در هنجاریابی مقیاس حاضر با اجرا بر روی بیماران وابسته به مواد در دوره بهبودی روایی مناسب را با تحلیل عاملی تأیید کردند و آلفای کرونباخ را برای دو خرده مقیاس مذکور با استفاده از روش همبستگی پیرسون معنادار گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس میل به مصرف ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس احتمال مصرف ۰/۸۷ به دست آمد.

مقیاس تنیدگی ادراک‌شده (Perceived tension scale): این مقیاس در سال ۱۹۸۳ توسط Cohen, Kamarck & Mermelstein تهیه شد و استرس عمومی ادراک‌شده در طی یک ماه گذشته و نیز افکار و احساسات درباره حوادث تنش‌زا، مهارگری، غلبه و کنار آمدن با استرس‌های تجربه شده را می‌سنجد. همچنین عوامل خطرزا در اختلال‌های رفتاری را بررسی می‌کند و فرایند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (هیچ=۰، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد=۴) است. در کل دامنه نمرات بین صفر و ۶۴ است. ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ در دو گروه از دانشجویان و یک گروه از افراد سیگاری در برنامه ترک به دست آمده است (Cohen, Kamarck & Mermelstein). در پژوهش احمدیان (۱۳۹۱) ضرایب پایایی همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های ادراک مثبت از تنیدگی، ۰/۷۱ و ادراک منفی از تنیدگی ۰/۷۵ به دست آمد. ضمن این‌که ضریب آلفا برای کل نمرات پرسشنامه ۰/۸۴ مشخص گردید. همچنین در این پژوهش احمدیان (۱۳۹۱) با استفاده از روش تحلیل مواد ضرایب همبستگی به دست آمده برای ادراک مثبت از تنیدگی در دامنه‌ی ۰/۴۹ تا ۰/۷۰ و ادراک منفی از تنیدگی در دامنه‌ی ۰/۵۲ تا ۰/۷۷ و ضرایب همبستگی مواد مقیاس ادراک تنیدگی کل در دامنه‌ی ۰/۵۱ تا ۰/۷۸ قرار داشت. در پژوهش حاضر، ضرایب پایایی همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های ادراک مثبت از تنیدگی، ۰/۷۲ و ادراک منفی از تنیدگی ۰/۷۶ به دست آمد. ضمن اینکه ضریب آلفا برای کل نمرات پرسشنامه ۰/۸۱ مشخص گردید. همچنین ضریب روایی سازه این پرسشنامه با استفاده از محاسبه همبستگی ساده با یک سؤال ملاک پژوهشگر ساخته ۰/۶۷ به دست آمد.

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ) (Childhood Trauma Questi): این پرسشنامه توسط (Bernstein, 2003) تهیه شد و دارای ۲۸ سؤال دارد که ۲۵ سؤال آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسشنامه بکار می‌رود و ۳ سؤال آن برای تشخیص

افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند، بکار می‌رود. پاسخگویی بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) و با سؤالاتی مانند (یکی از اعضای خانواده‌ام من را به قدری زده بود که من مجبور شدم به پزشک مراجعه کنم یا در بیمارستان بستری شوم) صورت می‌گیرد. در این مقیاس حداقل و حداکثر نمرات برای هریک از زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۵ و ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ و ۱۲۵ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده‌ی تروما یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر نشانه آسیب یا ترومای کمتر در دوران کودکی است. (Bernstein et al., 2003) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را برای ابعاد سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ گزارش کردند. اعتبار یا روایی در پژوهش انفعال و همکاران (۱۴۰۰) روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. قابلیت اعتماد یا پایایی در ایران نیز ابراهیمی و همکاران آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج‌گانه آن گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش انفعال و همکاران (۱۴۰۰) برای این پرسشنامه ۰/۸۹ برآورد شد. گزارش آلفای این پژوهش برای مؤلفه‌های سوء استفاده عاطفی مقدار ۰/۷۹، برای سوءاستفاده فیزیکی ۰/۸۰، برای سوء استفاده جنسی ۰/۹۱، غفلت عاطفی ۰/۸۶ و برای غفلت جسمی مقدار ۰/۶۴ به دست آمد لازم به ذکر است که مقدار آلفای کرونباخ کل این پرسشنامه ۰/۹۱ به دست آمد.

پرسشنامه انگیزه‌های بین فردی مرتبط با آسیب (Transgression-Related Interpersonal Motivations Scale): این پرسشنامه توسط (McCullough et al., 1998) طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۱۲ سؤال و ۲ مؤلفه شامل انگیزه انتقام و انگیزه اجتناب می‌باشد، که در اعتباریابی نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران سؤالات ۷ و ۸ آن حذف شده است و سؤالات پرسشنامه دارای ۱۰ سؤال و دو مؤلفه انگیزه انتقام و انگیزه اجتناب می‌باشد. پاسخگویی بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی و از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) با سؤالاتی مانند "من تا آنجا که ممکن است فاصله بین خودمان را حفظ می‌کنم" به سنجش انگیزه‌های بین فردی مرتبط با آسیب می‌پردازد. نمره‌ی کل دو خرده مقیاس نشان‌دهنده‌ی میزان بخشش فرد است. پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای عامل انتقام‌جویی ۰/۹۰ و برای عامل دوری‌گزینی ۰/۹۴ به دست آمد. همچنین رابطه‌ی این دو عامل با مقیاس صمیمیت رابطه پیش از خطاکاری برای بعد انتقام‌جویی ۰/۳۸- و بعد دوری‌گزینی ۰/۱۳- با مقیاس عذرخواهی برای بعد انتقام‌جویی ۰/۵۱ و بعد دوری‌گزینی ۰/۳۲ و با مقیاس همدلی برای بعد انتقام‌جویی ۰/۸۰ و بعد دوری‌گزینی ۰/۴۶ گزارش شد (McCullough et al., 1998). در ایران، پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای بعد انتقام‌جویی ۰/۸۵، بعد دوری‌گزینی ۰/۹۱ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ و روایی سازه آن از طریق همبسته نمودن آن با مقیاس گذشت صفت برای ابعاد انتقام‌جویی و دوری‌گزینی ۰/۵۷۹- و ۰/۵۹۵- گزارش شده است. همچنین با استفاده از روش تحلیل عاملی مؤلفه‌های اصلی، دو عامل برای پرسشنامه استخراج گردید (خجسته مهر و همکاران، ۱۳۸۹). در این پژوهش، پایایی پرسشنامه بر روی نمونه ۱۷۴ نفری به شیوه‌ی آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ و برای ابعاد انتقام‌جویی ۰/۷۸، دوری‌گزینی ۰/۹۱ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش خجسته‌مهر و همکاران (۱۳۸۹) برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه به شیوه‌ی آلفای برای بعد انتقام ۰/۹۱ و برای بعد اجتناب ۰/۸۴ به دست آمد.

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS): مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده چندبعدی یک ابزار ۱۲ گوی‌های است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی توسط (Zimet et al., 1998) تهیه شده است. این مقیاس میزان حمایت اجتماعی ادراک شده‌ی فرد را در هر یک از سه حیطه‌ی مذکور در طیف ۷ گزینیه‌ای "کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم" می‌سنجد. بنابراین نمره کل برای هر خرده مقیاس از ۴ تا ۲۸ و برای کل مقیاس از ۱۲ تا ۸۴ می‌باشد. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده حمایت اجتماعی ادراک شده‌ی بالاتر در فرد است. روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران (Zimet et al., 1998) در حد مطلوب گزارش شده است. رستمی و همکاران (۱۳۸۹) ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های

حمایت اجتماعی را بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ به دست آورده‌اند. سلیمی، جوکار و نیک‌پور (۱۳۸۸) پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ 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 کرده‌اند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۷۹ به دست آمد.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیتی شرکت‌کنندگان در جدول‌های ۱ درج شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی گروه نمونه بر حسب سن و تحصیلات

سن	فراوانی	درصد فراوانی	سطح تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
کمتر از ۲۰ سال	۳	۲/۳	زیر دیپلم	۳۲	۲۴/۶
۲۰ تا ۳۰ سال	۲۸	۲۱/۵	دیپلم	۵۰	۳۸/۵
۳۰ تا ۴۰ سال	۴۲	۳۲/۳	کاردانی	۷	۵/۴
۴۰ تا ۵۰ سال	۳۵	۲۶/۹	کارشناسی	۲۶	۲۰
۵۰ سال و بالاتر	۱۳	۱۰	کارشناسی ارشد و بالاتر	۴	۳/۱
بی‌پاسخ	۹	۶/۹	بی‌پاسخ	۱۱	۸/۵
کل	۱۳۰	۱۰۰	کل	۱۳۰	۱۰۰

بر اساس نتایج به دست آمده بیشترین افراد نمونه آماری در محدوده سنی ۳۰-۴۰ سال (۳۲/۳٪) و کمترین افراد در رده سنی زیر ۲۰ سال (۲/۳٪) بودند. از نظر تحصیلات افراد دارای مدرک دیپلم و کارشناسی ارشد و بالاتر به ترتیب ۳۸/۵ و ۴ درصد نمونه آماری بودند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کمترین مقدار	بیشترین مقدار	چولگی	کشیدگی
سترس ادراک شده	۲/۸۰	۰/۴۸	۱/۸۱	۴/۰۶	۰/۰۹	-۰/۳۱
ترومای کودکی	۲/۲۶	۰/۵۶	۱/۲۱	۴/۲۰	۱/۰۰	۱/۸۹
انگیزه‌های بین فردی	۳/۳۰	۰/۵۷	۱/۳۳	۵/۰	-۰/۴۳	۱/۰۹
حمایت اجتماعی ادراک شده	۳/۱۶	۰/۸۱	۱/۰۸	۴/۶۷	-۰/۲۹	-۰/۸۴
غزش افراد وابسته به مواد افیونی	۲/۱۵	۰/۵۳	۰/۴۲	۳/۵۰	-۰/۲۸	۰/۸۱

در جدول ۲ اطلاعات توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه و چولگی و کشیدگی نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای استرس ادراک شده، ترومای کودکی، انگیزه‌های بین فردی، حمایت اجتماعی ادراک شده و لغزش افراد وابسته به مواد افیونی آورده شده است.

قبل از انجام روش‌های آماری پیرسون و رگرسیون گام‌به‌گام، پیش‌فرض‌های اساسی مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. روابط بین متغیرهای پژوهش در ماتریس ضرایب همبستگی

ردیف	متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱	لغزش افراد وابسته به مواد افیونی	۱				
۲	استرس ادراک شده	۰/۳۰**	۱			
۳	ترومای کودکی	۰/۱۲	۰/۲۹*	۱		
۴	انگیزه‌های بین فردی	۰/۲۶*	-۰/۰۳	-۰/۱۰	۱	
۵	حمایت اجتماعی ادراک شده	-۰/۳۹**	-۰/۲۵*	-۰/۲۱*	۰/۴۲**	۱

بر اساس جدول ۳، معناداری ارتباط تعدادی متغیرها با یکدیگر پذیرفته می‌گردد. لغزش افراد وابسته به مواد افیونی با استرس ادراک شده و انگیزه‌های بین‌فردی رابطه معنادار و مثبت و با حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه معنادار ($p < 0/05$) و منفی دارد، اما با ترومای کودکی رابطه معنادار وجود ندارد ($p > 0/05$). همان‌طور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود ضریب همبستگی هیچ کدام از متغیرهای پیش‌بین بیشتر از $0/85$ نیست. بنابراین می‌توان گفت مفروضه هم‌خطی بودن رخ نداده است. این یافته زمینه را برای آزمون سؤال پژوهش فراهم می‌کند. پیش از بررسی آزمون آماره‌های شاخص تحمل و عامل تورم واریانس که برای بررسی هم‌خطی بررسی و نشان داد که شاخص تحمل در متغیرهای پیش‌بین در محدوده $0/81$ تا $0/94$ بود که بیشتر از مقدار $0/1$ بود. همچنین، عامل تورم واریانس نیز در متغیرهای پیش‌بین در محدوده $1/14$ تا $1/29$ بود که از مقدار 2 کمتر بود. بنابراین عدم وجود هم‌خطی چندگانه تأیید شد. آماره دوربین واتسون نیز برابر با $2/27$ بود که با توجه به اینکه این مقدار در فاصله بین $1/5$ تا $2/5$ قرار نداشت، حاکی از استقلال خطاها بود (رسولی مقام و صالحی، ۱۴۰۲). نتایج حاصل از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نشان داد که سطح معناداری متغیرهای پژوهش از سطح $0/05$ بیشتر بود ($p > 0/05$)، بنابراین توزیع نمرات متغیرها نرمال بود. بدین ترتیب پس از تأیید پیش‌فرض‌های رگرسیون، از این روش برای پاسخ به این سؤال که آیا استرس ادراک شده، ترومای کودکی، انگیزه‌های بین‌فردی و حمایت اجتماعی ادراک شده می‌تواند لغزش افراد وابسته به مواد افیونی را پیش‌بینی کند، استفاده گردید. در ادامه نتایج رگرسیون گام‌به‌گام ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون معناداری مدل رگرسیونی (گام‌به‌گام) برای تعیین نقش استرس ادراک شده، ترومای کودکی، انگیزه‌های بین فردی و حمایت اجتماعی ادراک شده با لغزش افراد وابسته به مواد افیونی

معناداری	ضریب F	R ² تعدیل شده	R ²	R	متغیر پیش‌بین	گام	لغزش افراد وابسته به مواد افیونی
0/001	27/30	0/16	0/176	0/41	استرس ادراک شده	گام اول	
0/001	23/72	0/26	0/272	0/52	حمایت اجتماعی ادراک شده	گام دوم	
0/001	18/94	0/29	0/311	0/55	انگیزه‌های بین فردی	گام سوم	

$p < 0/01$

در جدول ۵ استرس ادراک شده توان تبیین حدود $17/6$ درصد از لغزش افراد را داشته، بعد از طی شدن گام دوم و اضافه شدن سهم تبیین‌کننده حمایت اجتماعی ادراک شده به مدل ($9/6$ درصد)، مدل پژوهش حاضر توانست $27/2$ درصد از لغزش افراد را تبیین کند. پس از آن با اضافه شدن انگیزه‌های بین فردی به مدل ($3/9$ درصد)، مدل حاضر توانست $31/1$ درصد از لغزش افراد را تبیین کند. درکل می‌توان حدود $31/1$ درصد از تغییرات در لغزش افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان توسط سه متغیر استرس ادراک شده، حمایت اجتماعی ادراک شده و انگیزه‌های بین فردی قابل تبیین است.

جدول ۵. نتایج آزمون معناداری مدل رگرسیونی (گام‌به‌گام) برای تعیین نقش استرس ادراک شده، ترومای کودکی، انگیزه‌های بین فردی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی لغزش افراد وابسته به مواد افیونی

معناداری	t	β	SEB	B	متغیر پیش‌بین	گام	افراد وابسته به مواد افیونی
0/001	3/40	-	0/25	0/85	عدد ثابت	گام اول	
0/001	5/26	0/419	0/108	0/46	استرس ادراک شده		
0/001	4/88	-	0/25	1/25	عدد ثابت	گام دوم	
0/001	6/44	0/50	0/108	0/55	استرس ادراک شده		
0/001	-4/09	-0/32	0/105	-0/21	حمایت اجتماعی ادراک شده		
0/001	5/21	-	0/39	2/07	عدد ثابت	گام سوم	
0/001	6/09	0/474	0/108	0/52	استرس ادراک شده		
0/001	-4/67	-0/368	0/105	-0/24	حمایت اجتماعی ادراک شده		
0/009	-2/66	-0/207	0/107	-0/19	انگیزه‌های بین فردی		

$p < .01$

یافته‌ها در جدول ۵ حاکی از آن است که ضریب بتا به ازای یک واحد افزایش در استرس ادراک شده، لغزش افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان را $0/474$ واحد افزایش، ضریب بتا به ازای یک واحد افزایش در حمایت اجتماعی ادراک شده، لغزش افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان را $0/368$ واحد کاهش و ضریب بتا به ازای یک واحد افزایش در انگیزه‌های بین فردی، لغزش افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان را $0/207$ واحد کاهش می‌دهد. جهت بررسی فرضیه‌های فرعی پژوهش و تعیین ضریب تأثیر هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه و در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. ضریب تأثیر استرس ادراک شده، ترومای کودکی، انگیزه‌های بین فردی و حمایت اجتماعی ادراک شده بر لغزش افراد وابسته به مواد افیونی

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	R	R2	معناداری
لغزش افراد وابسته به مواد افیونی	استرس ادراک شده	$0/419^{**}$	$0/176$	$0/001$
	ترومای کودکی	$0/207^*$	$0/043$	$0/018$
	انگیزه‌های بین فردی	$-0/212^*$	$0/045$	$0/016$
	حمایت اجتماعی ادراک شده	$-0/185^*$	$0/034$	$0/035$

یافته‌های جدول ۶ نشان می‌دهد ضریب تأثیر استرس ادراک شده بر لغزش افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان معنی‌دار است یعنی استرس ادراک شده بر لغزش افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان $(\beta = 0/419)$ تأثیر معنی‌دار دارد و بر اساس ضریب تعیین، $17/6$ درصد واریانس استرس ادراک شده با لغزش افراد وابسته به مواد افیونی مشترک است. ضریب تأثیر ترومای کودکی بر لغزش افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان معنی‌دار است یعنی ترومای کودکی بر لغزش افراد وابسته به مواد $(\beta = 0/207)$ تأثیر معنی‌دار دارد و بر اساس ضریب تعیین، $4/3$ درصد واریانس ترومای کودکی با لغزش افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان مشترک است. ضریب تأثیر انگیزه‌های بین فردی بر لغزش افراد وابسته به مواد افیونی معنی‌دار است یعنی انگیزه‌های بین فردی بر لغزش افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان $(\beta = -0/212)$ تأثیر معنی‌دار دارد و بر اساس ضریب تعیین، $4/5$ درصد واریانس انگیزه‌های بین فردی با لغزش افراد وابسته به مواد افیونی مشترک است. ضریب تأثیر حمایت اجتماعی ادراک شده بر لغزش افراد وابسته به مواد افیونی معنی‌دار است یعنی حمایت اجتماعی ادراک شده بر لغزش افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان $(\beta = -0/185)$ تأثیر معنی‌دار دارد و بر اساس ضریب تعیین، $3/4$ درصد واریانس حمایت اجتماعی ادراک شده با لغزش افراد وابسته به مواد افیونی مشترک است. لذا هر چهار فرضیه چهارم مبنی بر این که استرس ادراک شده، ترومای کودکی، انگیزه‌های بین فردی و حمایت اجتماعی ادراک شده بر لغزش افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان تأثیر دارند، تأیید گردید.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور تعیین نقش استرس ادراک شده، ترومای دوران کودکی، انگیزه‌های بین فردی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی لغزش افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان انجام شده است. تحلیل رگرسیون با روش گام‌به‌گام نشان داد که متغیرهای پژوهش توان پیش‌بینی $31/1$ درصد از واریانس لغزش افراد وابسته به مواد افیونی را دارند.

نتایج به دست آمده در ارتباط با پیش‌بینی لغزش افراد وابسته به مواد افیونی توسط استرس ادراک‌شده با نتایج یافته‌های (Goeders (2004؛ Arevalo et al. (2008؛ Hyman et al. (2007؛ Waldrop et al. (2010 و پورسیدموسایی و همکاران (۱۳۹۱) همسو است. Rubonis & Caligos (1994) در پژوهشی نشان داده‌اند که استرس و تجارب استرس‌زا در زندگی با اولین مصرف الکل، مشکلات ناشی از الکل، مصرف سیگار و در نهایت وابستگی به مواد مخدر ارتباط معنی‌دار دارد. در واقع می‌توان نتیجه گرفت که محیط پرفشار ممکن است در استفاده مفرط از الکل و مواد، وابستگی به مواد، میل مصرف مواد و عود دخیل باشد. بنا به نظریه شناختی آرون بک (۲۰۱۰) قضاوت‌ها و ادراک افرادی که مستعد تجربه استرس هستند، جنبه افراطی و یک جانبه‌نگر و منفی دارد، این افراد علت وقوع رویدادهای استرس‌زا را به خود نسبت می‌دهند و خودشان را مسئول واقعه می‌دانند و در رویارویی با وقایع تحریف‌های شناختی را به کار می‌برند و حساسیت‌های غیرمنطقی این افراد ساختار شناختی و عاطفی‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. طبق این دیدگاه، مصرف مواد راه‌انداز زنجیره‌ای از عوامل از جمله محرک‌های فعال‌کننده می‌باشد. این محرک‌های فعال‌کننده درونی مثل حالت‌های خلقی، افسردگی و اضطراب سبب فعال شدن عقاید انتظاری می‌شود که پیش‌بینی‌کننده احساس اثربخشی مواد است، به این معنی که وقتی در حالت استرس و اضطراب مواد مصرف کنم شادترم و این عقاید فعال شده و سبب فراخوانی افکار خودآیند می‌شوند. این افکار به طور خودکار به ذهن فرد خطور کرده و بیشتر در مورد خود عمل مصرف مواد است و بر جنبه‌های مثبت و لذت‌بخش مصرف مواد تأکید دارد. این افکار خودآیند سبب پیدایش وسوسه و به تبع آن میل مصرف می‌گردد. همچنین طبق مدل شناختی- رفتاری مارلات نشان می‌دهند که افراد معتاد در مهارت‌های ضروری جهت رویارویی با مشکلات نقایصی دارند و افراد دچار ادراک منفی از تنیدگی به سوءمصرف مواد به عنوان روشی برای مقابله و حل مشکلات استفاده می‌کنند، تا بتوانند هیجان‌نا مطلوب ناشی از موقعیت‌های دشوار درون فردی یا برون فردی را کاهش دهند که منجر به مصرف طولانی مدت و افزایش خطر استعمال مواد غیرقانونی توسط آن‌ها می‌شود (متین‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۴). (Waldrop & et al., 2010) در زمینه استرس‌زها در افراد وابسته به مواد، مشاهده کرد که استرس‌زها در مصرف مواد و با عود به سمت مواد دخالت دارند. همچنین در بررسی (Hyman et al., 2007)، تصویرسازی استرس‌های مهم زندگی در بیماران نشان داد که ولع یا میل شدید شبه افیونی در بیماران وابسته به افیون که مورد درمان نالتروکسون قرار دارند، افزایش پیدا کرد (عبادی و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین بنا بر فرضیه خوددرمانی (Goeders, 2004) شخص اغلب از مواد برای غلبه برکنش‌های مرتبط با عوامل فشارزای زندگی یا کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی حاصل از رخداد آسیب‌زننده استفاده می‌کند.

نتایج به دست‌آمده در ارتباط با پیش‌بینی لغزش افراد وابسته به مواد افیونی توسط ترومای کودکی با نتایج پژوهش‌های انفعال و همکاران (۱۴۰۰)؛ سلطانی عظمت و همکاران (۱۳۹۶)؛ حسن اصفهانی و همکاران (۱۴۰۱)؛ Cattane et al. (2019)؛ Antypa et al. (2010)؛ Weiss et al. (2013) همسو است. ترومای کودکی اغلب در بافت آشفته خانواده رخ می‌دهد که در آن والدین مشکلات روانی دارند و از تأمین محیطی امن و قابل پیش‌بینی و پیشگیری از تروما عاجز هستند. این افراد دچار آسیب‌های روانی شدید می‌شوند و جهان را به‌عنوان یک مکان ترسناک و خطرناک می‌بینند. بدرفتاری جسمانی خشم زیادی را در کودک به وجود می‌آورد که باعث اضطراب کودک می‌شود و در بزرگسالی فرد با پناه بردن به مواد افیونی و الکل با احساسات حقارت و اضطراب خود مقابله می‌کند (سلطانی عظمت و همکاران، ۱۳۹۶)؛ کاتن و همکاران (Cattane et al., 2019). (Ben Horo Cook, 2016) در مطالعه‌ی خود روی افراد مبتلا به اعتیاد دریافت این اختلال اغلب با تجارب دردآور دوران کودکی مرتبط است و این بیماران تروماهای دوران کودکی بیشتری را نسبت به افراد عادی تجربه کرده‌اند (انفعال و همکاران، ۱۴۰۰). بدرفتاری جسمی ناشی از تنبیه‌های شدید جسمی، حمله‌ی آگاهانه و عمدی به کودک مثل سوزاندن، گاز گرفتن، بریدن، هل دادن، تابیدن اندام‌ها، شکنجه، ضربات، زخم‌ها و شکستگی‌ها ممکن است به صورت تغییر در ساختار مغز و الگوهای رشد، اختلال در ترشح هورمون‌ها و ایجاد انواع دردهای جسمانی بروز یابد. افراد مورد سوء استفاده هیجان‌های منفی زیادی را تجربه کرده‌اند که مانع از تفکر و تصمیم‌گیری صحیح برای

حل مسئله و برطرف کردن آن می‌شود که در نهایت موجب می‌شود فرد احساس درماندگی و ناامیدی داشته باشد و تصور کند هیچ کنترلی بر موقعیت خویش ندارد، زندگی برایش پوچ و بی‌معنا شود و ممکن است به افزایش ناامیدی، افسردگی، تکانشوری و خطرپذیری، اعتیاد و کاهش سروتونین منجر می‌شود (انفعال و همکاران، ۱۴۰۰؛ سلطانی عظمت و همکاران، ۱۳۹۶). در واقع سوءاستفاده جسمی، هیجانی، غفلت و آزار فیزیکی می‌تواند بر شناخت افراد تأثیر بگذارد، بدین شکل که به شکل‌گیری تحریف‌ها و خطاهای شناختی منجر شود و این تحریف‌های شناختی در نهایت منجر به بروز افسردگی شود، که از پیامدهای آن اقدام به اعتیاد است. سوءاستفاده‌ی هیجانی، جسمی و جنسی ممکن است موجب راه‌اندازی سیستم‌های استرس محور (مثل محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال) شود. بنابراین این عامل رهاسازی، بی‌توجهی به نیازهای اولیه و آزارهای جسمی در دوران کودکی در حکم یک کاتالیزور در بزرگسالی عمل می‌کند (بگیان و همکاران، ۱۳۹۸؛ Antypa & et al., 2010).

نتایج به‌دست‌آمده در ارتباط با پیش‌بینی لغزش افراد وابسته به مواد افیونی توسط انگیزه‌های بین‌فردی نشان می‌دهد که افراد وابسته به مواد افیونی درگیر انگیزه اجتناب هستند که با نتایج پژوهش‌های لوف‌پورنوری و همکاران، (۱۳۹۳)؛ شیرین‌کار و همکاران، (۱۳۹۴)؛ McCullough & Worthington, 1999؛ McCullough et al., 1998؛ Worthington, 2006؛ Fincham et al., 2002) همسو است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، در واقع صرفاً تصور نمودن خطاکاری‌ها یا فکر کردن به شخصی که موجب رنجش آن‌ها شده است برای آن‌ها پاسخ‌های استرس‌زا به همراه دارد. این پاسخ‌ها همسو با پژوهش (Maltby & Day, 2004) در ارتباط با رابطه‌ی بین سبک‌های دفاعی و بخشش که به این نتیجه رسیدند که سبک‌های دفاعی نوروتیک و نابالغ که دربردارنده‌ی مکانیزم‌هایی مانند سرکوبی، انکار، دلیل‌تراشی و فرافکنی می‌باشد با بخشش رابطه‌ی معکوس دارند. بنابراین می‌توان انتظار داشت که افراد در واکنش به خطاکاری انگیزه‌ی اجتناب پیدا کنند. در مقابل بخشش می‌تواند به عنوان راهبرد مقابله‌ای متمرکز بر روی‌آوری توصیف شود؛ بدین نحو که باعث می‌شود فرد قربانی که نابخشودگی را تجربه می‌کند به منبع استرس روی آورد و به واسطه‌ی جایگزینی احساسات، افکار، و رفتارهای منفی با اشکال مثبت آن، وضعیت را در جهت مثبت تغییر دهد (Worthington, 2006). در مقابل راهبرد مقابله‌ای متمرکز بر اجتناب از نوع فاصله‌گیری شناختی نشان داده است که رفتارهای اضطرابی را در افراد درگیر مواد افیونی تشدید خواهد ساخت. به دلیل اینکه حل تعارض نمونه‌ای از راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر روی‌آوری است و با پیامدهای مثبت همراه است، می‌توان انتظار داشت که سطوح بالای بخشش که می‌تواند بنا به تعریف به صورت یک راهبرد مقابله‌ای متمرکز بر روی‌آوری عمل کند، پیامدهای مثبتی در پی داشته باشد (لوف‌پورنوری و همکاران، ۱۳۹۳).

در واقع در تبیین معناداری رابطه لغزش با انگیزه‌های بین فردی همسو با نظریه (Worthington 2006) می‌توان به این موضوع اشاره کرد که این افراد قادر به ارائه راه‌کارهایی در جهت کاهش احساسات منفی و ایجاد همدلی نسبت به شخص خطاکار ندارند و به جای انگیزه انتقام به انگیزه اجتناب روی می‌آورند. انزایت معتقد است افراد، پس از آن که منطقاً تعیین می‌کنند به صورت غیرمنصفانه با آن‌ها برخورد شده است، زمانی گذشت پیشه می‌کنند که آزادانه از انزجار و پاسخ‌های مرتبط با آن (که حق برخورداری از آن را دارند) دست کشیده و تلاش کنند بر اساس اصل اخلاقی نیک‌خواهی که ممکن است شامل دلسوزی، ارزش نامشروط، سخاوت، و عشق اخلاقی (که فرد خاطی به واسطه‌ی ماهیت آزارنده‌ی عمل یا اعمالش، حق برخورداری از آن را ندارد) باشد، نسبت به فرد خطاکار واکنش نشان دهند. متعاقباً این تجربه چرخه معیوب وقایعی را که با تعارض‌های بین فردی مثل (افکار طرد بین فردی و افسردگی) همراه است، ادامه می‌یابد و ممکن است برای مقابله با آن به اعتیاد روی می‌آورند (شیرین‌کار و همکاران، ۱۳۹۴).

نتایج به دست آمده در ارتباط با پیش‌بینی لغزش افراد وابسته به مواد افیونی توسط حمایت اجتماعی ادراک شده با نتایج پژوهش‌های (Cole et al. (2011)؛ Warren & Colleagues (2007)؛ Davis & Jason (2005)؛ فرنام و محمود زهی (۱۳۹۷)؛ و بیرامی و همکاران (۱۳۹۳)؛ دشت‌بشی پودنک و همکاران (۱۳۹۷) همسو است. در تبیین نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت افرادی که درزمینه‌ی حمایت اجتماعی نمرات پایینی را حاصل کرده‌اند و همچنین نمرات بالای در ارتباط با

استرس ادراک شده کسب کرده‌اند به احتمال بیشتری مبتلا به سوءمصرف مواد مخدر، می‌شوند. از آنجاکه انسان موجودی اجتماعی است که با جامعه و افراد آن متقابلاً در ارتباط است و همواره تأثیراتی از محیط می‌گیرد نیازمند کمک و حمایت دیگران بوده است. حمایت اجتماعی ادراک‌شده با افزایش سلامت روان‌شناختی فرد، همانند سپری‌علیه بازگشت پس از درمان عمل می‌کنند (فرنام و محمدزهی، ۱۳۹۷). چراکه صمیمیت، محبت و اعتماد از عوامل مهم و تأثیرگذاری هستند که باید بین شخص و اطرافیان او از جمله خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی او وجود داشته باشد و در صورت عدم ادراک وجود آن‌ها، اعتماد به مواد افیونی می‌تواند یکی از بهترین گزینه‌ها برای جایگزینی این کمبود باشد (دشت‌بشی و همکاران، ۱۳۹۷). بنا بر نظریه شبکه می‌توان گفت پیوندهای بین افراد باید دارای ماهیت متقابل، مبتنی بر اعتماد و دارای هیجان‌های مثبت باشد. اعتماد به این معناست که افراد از موفقیت‌های گروهی یا نهادی برای منافع خود بهره‌برداری نمی‌کنند. طرفداران نظریه شبکه بر این باورند که وجود شبکه‌های اجتماعی به عنوان حایلی در مقابل عامل فشارزای درونی نقش مثبتی بر جابه‌جایی و حرکت افراد ایفا می‌کند؛ به گونه‌ای که با فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی، دوستی‌ها و فرصت‌هایی برای اعمال اجتماعی معنادار در قالب سرمایه اجتماعی، اثر بسیار مهم و مؤثری بر عزت‌نفس افراد معنادار، افزایش توان مقابله آن‌ها با مشکلات زندگی و افسردگی‌ها داشته، در نهایت، به احساس سلامت روانی منجر آن‌ها می‌شود. به نظر می‌رسد شبکه‌های اجتماعی، نوعی سرمایه اجتماعی را برای معنادار فراهم می‌آورند؛ به این معنا که در این شبکه‌ها از حمایت، اعتماد و روابط عاطفی با سایر افراد برخوردار می‌شوند (کجباف و همکاران، ۱۳۹۰). همچنین در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت وقتی افراد توسط والدین و دوستان خود مورد حمایت قرار نگیرند، ممکن است به مصرف مواد گرایش پیدا کنند. از آنجایی که فرایند توقف سوءمصرف مواد و پایان دادن به روابط با همسالان معنادار به شدت استرس‌آور است، نیازمند منابع و روابط حمایتی جدید است. یکی از راه‌های کمک به این افراد حمایت اجتماعی است، یعنی قابلیت و کیفیت ارتباط با دیگران که منابعی را در مواقع مورد نیاز فراهم می‌کنند. حمایت اجتماعی به عنوان پی بردن به اینکه از طرف دیگران به اعتقادات، احساسات او اهمیت داده و به عنوان شخص ارزشمند در نظر گرفته می‌شود، تعریف می‌کنند (Baqutayan, 2011). (Davis & Jason (2005) نیز به این نتیجه رسیدند که پرهیز از مصرف مواد به‌طور مثبت با دریافت حمایت اجتماعی در ارتباط است. نشان داده شده است که در مراحل ابتدایی درمان، حمایت دیگران جهت ترک مصرف مواد از اهمیت زیادی برخوردار است (Warren et al., 2007). افرادی که گرایش به مصرف و سوءمصرف مواد دارند، از سوی اطرافیان طرد می‌شوند. این افراد حمایت اندکی از خانواده دریافت می‌کنند، از حمایت اجتماعی کمتری برخوردارند و از محرومیت‌های اجتماعی رنج می‌برند (Cole et al., 2011). فعالیت‌های سازنده و حمایت‌های اجتماعی بعد از دوره درمان موجب کاهش بازگشت به مصرف مواد می‌شود. برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوب، با کاهش نشانه‌های هیجان‌های منفی همراه است و فرد را به بهزیستی جسمانی و روان‌شناختی هدایت می‌کند (فرنام و محمود زهی، ۱۳۹۷).

حمایت اجتماعی به‌ویژه زمانی که افراد با چالش‌های نامطلوب زندگی روبرو هستند، می‌تواند به‌صورت یک سپر محافظتی قوی در برابر استرس‌های روان‌شناختی عمل کرده و به‌گونه‌ای غیرمستقیم، مانع از اقدام به مصرف مواد می‌گردد. (Everitt et al., 1985) بر این باورند که فرد بر اساس تجارب پیشین ممکن است نتیجه‌گیری نماید که از حمایت اجتماعی برخوردار است یا نه، و چنانچه پاسخ مثبت باشد، تعامل با شبکه‌ی اجتماعی افزایش یافته و اثر منفی رویدادهای زندگی کاهش می‌یابد. افزون بر آن، پیوندهای گسترده‌تر اجتماعی در بستر حمایت اجتماعی افزایش می‌یابد. در این زمینه می‌توان با آموزش مهارت ارتباطی و پیوستن به منابع حمایتی به افراد بزرگسال، توانایی آن‌ها را در دستیابی به منابع اجتماعی مورد نیاز برای حفظ سلامتی روانی و مقاومت در برابر عود اعتیاد افزایش داد. افزون بر آن، فعال کردن نظام حمایتی (خانواده، دوستان و همسایگان) و مربوط کردن افراد با گروه‌های اجتماعی و گروه‌هایی که دارای مشکل مشابه هستند، می‌توان موجب افزایش رفتارهای حمایت‌گر اجتماعی شود (فرهمند ثابت و همکاران، ۱۳۹۴).

افراد مبتلا به اعتیاد، خواسته یا ناخواسته دچار طرد اجتماعی می‌شوند. یکی از مسائل مهم این است که به دلیل مصرف قبلی مواد، بخشی از حمایت‌های اجتماعی، کمک‌رسانی، همدلی و احساس نوع‌دوستی را از دست داده‌اند و از طرف

گروه‌های مختلفی از اعضای خانواده، دوستان و دیگر افراد در اجتماع غالباً طرد یا نادیده گرفته شده‌اند، به طوری که در اغلب مواقع برچسب اجتماعی نامناسبی را با خود به همراه دارند. لذا این افراد تحت درمان، از جایگاه اجتماعی مطلوبی برخوردار نیستند و همین انزوا، عدم پذیرش از طرف اعضای خانواده، دوستان و اجتماع می‌تواند احتمال بازگشت و عود مصرف را در این افراد بالا ببرد (دشت‌بشی و همکاران، ۱۳۹۷). پژوهش‌ها نشان داده است که افرادی که از مراقبت‌های چندجانبه و حمایت خانواده‌هایشان برخوردارند، کیفیت زندگی مطلوب‌تری دارند و اثرات مثبت‌تری بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آن‌ها دارد. خانواده‌هایی که روابط بین افراد آن بر اساس عشق، اعتماد و اطمینان است، بهترین مکان برای حمایت از افراد تحت درمان برای ترک اعتیاد هستند. حمایت اجتماعی و از جمله حمایت عاطفی، اثر فشارها و استرس‌های زندگی را کم می‌کند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبرو بود، از آنجا که روش پژوهش از نوع همبستگی بود، نتیجه‌گیری علی امکان‌پذیر نیست. همچنین، استفاده از مقیاس‌های خودگزارش‌دهی در این پژوهش می‌تواند سوگیری، مقبولیت اجتماعی، تأثیرات موقعیتی و بی‌دقتی در پاسخ دادن را در پی داشته باشد. محدود بودن جامعه آماری پژوهش به افراد وابسته به مواد شهر اصفهان، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و تک جنسیتی بودن آزمودنی‌ها که تعمیم‌دهی نتایج را با مشکل روبرو می‌کند، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش محسوب می‌شود. با توجه تنوع فرهنگی در ایران پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در دیگر نقاط کشور نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، پیشنهاد می‌شود متغیرهای این پژوهش در نمونه زنان وابسته به مواد نیز انجام شده و نتایج با پژوهش حاضر مقایسه گردد.

سیاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند از تمامی بیماران تحت درمان و مسئولین دلسوز بیماران مراکز ترک اعتیاد اندیشه مثبت، رویش دوباره و طنین دوباره شهر اصفهان به پاس همکاری صمیمانه آن‌ها در اجرا و انجام این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- ابراهیمی، حجت‌الله؛ دژکام، محمود و ثقه الاسلام، طاهره (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۹ (۴)، ۲۷۵-۲۸۲.
- احمدی، ساعد و رستمی، امیرمسعود (۱۳۹۷). *روان‌شناسی اعتیاد بر اساس DSM-5*. تهران: علم.
- اسدی، سید محمدرضا و پرزور، پرویز (۱۳۹۹). بررسی علل گرایش به مصرف مواد مخدر (اعتیاد) در شهر اردبیل. *اعتیاد پژوهی*، ۱۴ (۵۶)، ۱۶۹-۱۹۸.
- اصغری، فرهاد؛ دهقانی، یوسف؛ اصلانی، خالد و عباسی، مسلم (۱۳۹۵). بررسی همبستگی بین منابع استرس، استرس ادراک‌شده و سبک‌های مقابله‌ای در دانش‌آموزان دبیرستانی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۰ (۵)، ۸۴-۹۲.
- انفعال، نوید؛ امیدوار، بنفشه؛ و زارع‌نژاد، محمد (۱۴۰۰). پیش‌بینی صفات سازمان شخصیت مرزی بر اساس ترومای دوران کودکی و جو عاطفی خانواده در افراد معتاد به مواد مخدر. *پژوهان*، ۱۹ (۳)، ۱-۱۱.
- انیسی، جعفر؛ اسکندری، محسن؛ قربانی، زهره و عبدالمحمدی، الهه (۱۳۸۹). عوامل فردی و سازمانی مرتبط با فرسودگی شغلی در کارکنان نیروی دریایی. *علوم رفتاری*، ۴ (۳)، ۲۴۹-۲۵۳.
- بدیع، علی؛ مکوندی، بهنام؛ بختیارپور، سعید و پاشا، رضا (۱۴۰۱). نقش الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و استرس در پیش‌بینی خودکارآمدی ترک اعتیاد. *اعتیاد پژوهی*، ۱۶ (۶۳)، ۱۴۵-۱۶۶.

- پورسید موسایی، سیده فاطمه؛ موسوی، سید ولی‌الله و کافی، سید موسی (۱۳۹۱). مقایسه و رابطه استرس با ولع مصرف در وابستگان به مواد افیونی و صنعتی. *اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۴)، ۹-۲۶.
- جنابآبادی، حسین؛ ناستی‌زایی، ناصر و مرزیه، افسانه (۱۳۹۶). نقش حمایت اجتماعی ادراشده و احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی در عود اعتیاد. *اعتیاد پژوهشی*، ۱۱(۴۴)، ۹۱-۱۰۶.
- حسن اصفهانی، مصطفی؛ برجعلی، احمد؛ قدمی، ابوالفضل؛ کریمی، محمد و اکبری، محدثه (۱۴۰۱). بررسی رابطه ترومای کودکی و احساس خشم با میزان افسردگی در افراد بالای ۱۸ سال شهر تهران. *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۷(۶۵)، ۷۵-۸۱.
- حسینی‌المدنی، سید علی؛ احدی، حسن؛ کریمی، یوسف؛ بهرامی هادی و معاضدیان، آمنه (۱۳۹۱). مقایسه تاب‌آوری، سبک‌های هویتی، معنویت و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد معتاد، غیر معتاد و بهبود یافته. *اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۱)، ۴۷-۶۴.
- خجسته‌مهر، رضا؛ کرایبی، امیر و عباس‌پور، ذبیح‌الله (۱۳۸۹). ارزشیابی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه انگیزه‌های بین فردی مرتبط با آسیب. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱(۱)، ۱-۱۰.
- خمرنیا، محمد و پیوند، مصطفی (۱۳۹۷). علل بازگشت به اعتیاد به مواد مخدر و راهکارهای پیشنهادی در مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۷(۶)، ۵۳۸-۵۲۳.
- دشت‌بشی پودنک، مجتبی؛ خسروی، صدرالله و طاهری، محمد (۱۳۹۷). مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده در مصرف‌کنندگان مواد مخدر تحت درمان متادون مبتلا و غیر مبتلا به ایدز. *سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۵(۲۰)، ۹۱-۱۰۲.
- رسولی مقام، زهرا و صالحی، سمیه (۱۴۰۲). نقش واسطه‌ای اضطراب مرگ و اضطراب کرونا در رابطه بین تاب‌آوری و اضطراب بیماری در پرستاران شهر تهران: یک مطالعه توصیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۲، ۱۱۱-۱۲۸.
- 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)، ۱-۱۲.
- سلطانی عظمت، ابراهیم؛ محمدیان، ابوالفضل؛ عزیزی، سولماز؛ گلزار پور، مجید و یارمحمدی اصل، مصیب (۱۳۹۶). آزمون مقایسه‌ای تروماهای کودکی در معتادان جنسی و افراد سالم. *شفای خاتم*، ۵(۲)، ۴۳-۵۱.
- صدری دمیچی اسماعیل، فیاضی مینا، محمدی و نسیم (۱۳۹۵). بررسی رابطه خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با آمادگی به اعتیاد در سربازان خدمت وظیفه. *طب نظامی*، ۱۸(۴)، ۳۱۶-۳۲۴.
- صفری حاجت‌آقایی، سعیده؛ کمالی، ایوب؛ دهقانی فیروزآبادی، سمیره و اصفهانی، مهدی (۱۳۹۱). فراتحلیل مقایسه عوامل فردی و محیطی مؤثر بر بازگشت مجدد به اعتیاد بعد از ترک مواد مخدر. *اعتیاد پژوهی*، ۱(۳۰)، ۳۵-۵۲.
- طالقانی‌نژاد، محمدعلی؛ داوری، رحیم و لطفی کاشانی، فرح (۱۳۹۸). پیش‌بینی گرایش به سوءمصرف مواد و اعتیاد به اینترنت بر اساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سبک‌های کنار آمدن با استرس با میانجی‌گری هوش هیجانی در دانش‌آموزان. *پژوهش روان‌شناسی اجتماعی*، ۳۵، ۱۰۷-۱۲۵.
- عبادی، الهه؛ بیگدلی، ایماالله؛ و کیان‌ارثی، فرحناز (۱۳۹۷). رابطه استرس ادراک‌شده و شدت وابستگی به مواد: نقش واسطه‌ای معنویت، حس انسجام و راهبردهای مقابله‌ای. *اعتیاد پژوهشی*، ۱۲(۴۵)، ۱۳۱-۱۵۰.
- عقدکی، فریده و صدیقی ارفعی، فریبرز (۱۴۰۲). نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده و خشم در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد نوجوانان. *اعتیاد پژوهی*، ۱۷(۶۷)، ۲۴۴-۲۲۹.

فرنام، علی و محمودزهی، شهنواز (۱۳۹۷). رابطه هیجان‌های منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) با وسوسه و احتمال مصرف افراد وابسته به مواد دارای بازگشت: نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۳۳، ۱-۱۸.

فرهمنند ثابت، مجید؛ ایزدی، شیرین و بهرامی، عفت (۱۳۹۴). رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای با عود اعتیاد. *مطالعات فرهنگی پلیس*، ۲(۴)، ۱۳۰-۱۰۷.

کجباف، محمد باقر و رحیمی، فاطمه (۱۳۹۰) مقایسه انگیزه‌های فردی/اجتماعی و سرمایه اجتماعی معتادان در گروه‌های درمانی شهر اصفهان. *رویکردهای نوین آموزشی*، ۶(۱۳)، ۱۴۸-۱۲۵.

کوهستانی، زینب؛ شجاع، محمد؛ نبوی، سید حمید و شجاع، محمد (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان بررسی عوامل مؤثر بر لغزش در بیماران تحت درمان در مراکز ترک اعتیاد شهر اسفراین. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۵، ۱۱۴۵-۱۱۵۱.

لوف پورنوری، فرشاد؛ زهراکار، کیانوش و آذرهوش فتیده، زهرا (۱۳۹۳). تبیین نقش اثربخشی مداخله‌ی بخشش فرایندمحور در کاهش انگیزه‌های انتقام‌جویی و دوری‌گزینی دانش‌آموزان پسر دوره‌ی راهنمایی. *روان‌شناسی مدرسه*، ۳(۲)، ۱۷۰-۱۸۵.

متین‌زاد، سیده اعظم؛ موسوی، سید علی‌محمد و شمس اسفندآباد، حسن (۱۳۹۴). مقایسه شیوه‌های حل مسأله و سبک‌های تفکر در افراد مصرف‌کننده مواد و افراد غیر معتاد. *اعتیاد پژوهی*، ۳(۱۱)، ۱-۲۴.

محرابی، حسینعلی؛ نشاط دوست، حمیدطاهر، و مولوی، حسین (۲۰۰۵). بررسی اثربخشی گروه درمانی ساختار یافته و آموزش خانواده در کاهش عود بیماران وابسته به مواد شهر اصفهان. *علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۴(۴۵)، ۵۵-۴۰.

محمودپور، عبدالباسط؛ برزگر دهج، ابوالفضل؛ سلیمی بجستانی، حسین و یوسفی، ناصر (۱۳۹۶). پیش‌بینی استرس ادراک شده براساس تنظیم هیجان، اجتناب تجربی و حساسیت اضطرابی افراد وابسته به مواد. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱(۳۰)، ۱۸۹-۲۰۶.

نابدل، یونس (۱۳۹۸). *اختلالات وابسته به مواد، تشخیص و درمان بر مبنای DSM-5*. تهران: ارجمند.

ناستی‌زایی، ناصر؛ هزاره مقدم، مهدیه و ملازهی، اسماء (۱۳۸۹). عوامل مؤثر بر عود اعتیاد در معتادان خودمعرف به مراکز ترک اعتیاد شهر زاهدان. *فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۸(۳)، ۱۷۴-۱۶۹.

Antypa, N., & Van der Does, A. J. W. (2010). Serotonin transporter gene, childhood emotional abuse and cognitive vulnerability to depression. *Genes, Brain and Behaviour*, 9, 615-620.

Arevalo, S., Prado, G., & Amaro, H. (2008). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and Program Planning*, 31(1), 113-123.

Baqutayan, S. (2011). Stress and social support. *Indian Journal of Psychology Medicine*, 33(1), 29-34.

Beck, S. (2005). *Efficacy of forgiveness group intervention for aggressive victims*. Unpublished Doctoral dissertation. Capella University.

Boullier, M., & Blair, M. (2018). *Adverse childhood experiences*. SOCIAL PAEDIATRICS.

Buelga, S., Ravenna, M., Musitu, G., & Lila, M. (2020). Epidemiology and psychosocial risk factors associated with adolescent drug consumption. In *Handbook of adolescent development* (pp. 337-364). London, England, United Kingdom: Psychology Press.

- Bynum, L., Griffin, T., Riding, D., Wynkoop, K., Anda, R., Edwards, V., ... & Croft, J. (2010). Adverse childhood experiences reported by adults-five states, 2009. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59(49), 1609-1613.
- Carliner, H., Keyes, K. M., McLaughlin, K. A., Meyers, J. L., Dunn, E. C., & Martins, S. S. (2016). Childhood trauma and illicit drug use in adolescence: A population-based national comorbidity survey replication-adolescent supplement study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(8), 701-708.
- Cattane, N., Rossi, R., Lanfredi, M., & Cattaneo, A. (2017). Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-4.
- Davis, M., & Jason, L. (2005). Sex differences in social support and self-efficacy within a recovery community. *American Journal of Community Psychology*, 36(3), 254-259.
- Erb, S. (2010). Evaluation of the relationship between anxiety during withdrawal and stress induced reinstatement of cocaine seeking. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 34(5), 798-807.
- Fincham, F. D., Paleari, G., & Regalia, C. (2002). Forgiveness in marriage: The role of relationship quality, attributions, and empathy. *Personal Relationships*, 9, 27-37.
- Galanter, M. (2006). Innovations: Alcohol and drug abuse: Spirituality in alcoholics anonymous: A valuable adjunct to psychiatric services. *Psychiatric Services*, 5(3), 307-309.
- Goeders, N. E. (2004). Stress, motivation, and drug addiction. current direction in psychological science. *American Psychological Society*, 13(1), 33-35.
- Hyman, S. M., Fox, H., Hong, K. I., Doebrick, C., & Sinha, R. (2007). Stress and cue-induced craving in opioid-dependent individuals in naltrexone treatment. *Experimental & Clinical Psychopharmacology*, 15, 134-143.
- Jesse, S. M., Jacqueline, K. M., Shaun, P., & Kristin, L. C. (2010). Clarifying relationships among work and family social support, stressors, and work-family conflict. *Journal Vocational Behavior*, 76(1), 91-104.
- Lee, J., Pomeroy, E. C., & Bohman, T. M. (2007). Intimate partner violence and psychological health in a sample of Asian and Caucasian women: The roles of social support and coping. *Journal of Family Violence*, 22(8), 709-720.
- McCullough, M. E., Rachal, K. C., Sandage, S. J., Worthington Jr, E. L., Brown, S. W., & Hight, T. L. (1998). Interpersonal forgiving in close relationships: II. Theoretical elaboration and measurement. *Journal of personality and social psychology*, 75(6), 1586-1603.
- Tang, S., Ports, K. A., Zhang, K., & Lin, H. C. (2020). Adverse childhood experiences, internalizing/externalizing symptoms, and associated prescription opioid misuse: A mediation analysis. *Preventive medicine*, 134, 106034.
- Waldrop, A. E., Price, K. L., DeSantis, S. M., Simpson, A. N., Back, S. E., McRae, A. L., ... & Brady, K. T. (2010). Community-dwelling cocaine-dependent men and women respond differently to social stressors versus cocaine cues. *Psychoneuroendocrinology*, 35(6), 798-806.
- Warren, J. I., Stein, J. A., & Grella, C. E. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(2-3), 267-274.
- Weiss, N. H., Tull, M. T., Lavender, J., & Gratz, K. L. (2013). Role of emotion dysregulation in the relationship between childhood abuse and probable PTSD in a sample of substance abusers. *Child abuse & neglect*, 37(11), 944-954.
- Worthington, E. L. (2001). *Five steps to forgiveness*. New York: Crown Publishers.

Worthington, E. L. Jr. (2006). *Forgiveness and reconciliation: Theory and application*. New York: Routledge.

Wu, N. S., Schairer, L. C., Dellor, E., & Grella, C. (2010). Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addictive behaviors*, 35(1), 68-71.