

Predicting Abstinence Self-Efficacy among Patients Undergoing Methadone Maintenance Therapy based on Psychological Capital, Sleep Disturbance, and Coping Strategies

Alireza Babajafari-Esfandabadi¹, Sajad Aminimanesh^{2*}

1. Master of General Psychology.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, College of Economics and Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

***Corresponding Author:** Sajad Aminimanesh, Department of Psychology, College of Economics and Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

Email: aminimanesh@iaushiraz.ac.ir

Received: 13 December 2020

Accepted: 19 January 2021

Published: 24 January 2022

How to cite this article:

Babajafari-Esfandabadi A, Aminimanesh S. Predicting Abstinence Self-Efficacy among Patients Undergoing Methadone Maintenance Therapy based on Psychological Capital, Sleep Disturbance, and Coping Strategies. *Salāmat-i ijtimāi (Community Health)*. 2022; 9(1):5-14. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v9i1.31328>.

Abstract

Background and Objective: Drug avoidance self-efficacy is an essential factor in substance abuse treatment and relapse prevention. The aim of this study was to predict the self-efficacy of drug avoidance among people with addiction undergoing treatment with methadone based on psychological capital, sleep disorders, and coping strategies.

Materials and Methods: The research method was among the correlation schemes. The statistical population of the study included all people with addiction who were being treated with methadone in addiction treatment centers of Shiraz in 2019. As many as 175 addicts were selected by the available sampling method for the study. The research measuring instruments included the Luthans Psychological Capital Questionnaire, the Questionnaire on Automated Material Avoidance, the Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire, and the Short Form of Stressful List. Data analysis was performed using SPSS software at both descriptive and inferential levels, and Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis tests were used to test the research hypotheses.

Results: The components of psychological capital, the component of hope, optimism, and the component of flexibility could positively and significantly predict the self-efficacy of substance abuse ($P < 0.01$). In addition, sleep disturbances could negatively and significantly predict the self-efficacy of substance abuse ($P < 0.001$). Concerning coping strategies, the problem-oriented strategy could predict the self-efficacy of substance abuse prevention positively and significantly. However, emotion-oriented strategy and avoidance strategy negatively and significantly could predict drug self-efficacy prediction ($P < 0.01$).

Conclusion: Psychological capital and problem-focused strategy were positively, and sleep disorder, emotional and avoidant strategy were negatively associated with the score of abstinence self-efficacy.

Keywords: Coping guides; Psychological capital; Self-efficacy; Sleep disorders; Substance abuse.

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose.

Ethical publication statement: We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.IAU.SHIRAZ.REC.1399.020.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

پیش‌بینی خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد در بیماران تحت درمان با متادون بر اساس سرمایه روانشناختی، اختلال خواب و راهبردهای مقابله‌ای

علیرضا باباجعفری اسفندآبادی^۱، سجاد امینی‌منش^{۲*}

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده اقتصاد و مدیریت، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

* نویسنده مسئول: سجاد امینی‌منش، گروه روانشناسی، دانشکده اقتصاد و مدیریت، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

Email: aminimanesh@iaushiraz.ac.ir

تاریخ دریافت: دی ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: بهمن ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد از عوامل مهم در زمینه ترک اعتیاد و عدم بازگشت آن است. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد در افراد معتاد تحت درمان با متادون بر اساس سرمایه‌های روانشناختی، اختلال خواب و راهبردهای مقابله‌ای انجام شد.

روش و مواد: این مطالعه به صورت همبستگی انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه معتادانی بود که در سال ۱۳۹۸ در مراکز ترک اعتیاد شهر شیراز تحت درمان با متادون قرار گرفتند. نمونه مورد مطالعه ۱۷۵ نفر از معتادان بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس جهت انجام پژوهش گزینش شدند. ابزار اندازه‌گیری پژوهش شامل پرسشنامه‌های سرمایه روانشناختی Luthans، سنجش میزان خودکارآمدی پرهیز از مواد، کیفیت خواب Pittsburgh و فرم کوتاه سیاهه مقابله با شرایط استرس آور بود. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش، از نرم افزار SPSS-21 و ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها: افزایش مؤلفه‌های سرمایه‌های روانشناختی شامل امیدواری با میانگین (انحراف معیار) (۴/۸) (۲۱/۵)، خوش بینی با (۵/۵) (۳۲/۵) و انعطاف‌پذیری با (۸/۵) (۴۵/۵) با افزایش خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد با (۷/۹) (۴۶/۷) همراه بود ($P < 0/01$). افزایش اختلال خواب با میانگین (انحراف معیار) (۶/۸) (۳۲/۶) با کاهش خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد همراهی داشت ($P < 0/001$). با افزایش نمره راهبرد مساله‌مدار با میانگین (۸/۷) (۴۳/۴) و با کاهش راهبردهای هیجان‌مدار با (۶/۵) (۳۱/۵) و اجتنابی با میانگین (۸/۶) (۴۵/۷) نیز خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد افزایش یافت ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: مطالعه نشان داد که خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد با افزایش سرمایه‌های روانشناختی و راهبرد مساله‌مدار، افزایش و با بیشتر شدن اختلال خواب و راهبردهای هیجان‌مدار و اجتنابی کاهش یافت.

واژگان کلیدی: خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد، سرمایه روانشناختی، اختلال خواب، راهبردهای مقابله.

مقدمه

خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد یک منبع درون فردی است که به معنی میزان پای بندی فرد به رفتارها و راهبردهایی است که به حفظ پرهیز از سوءمصرف مواد منجر می‌شوند. لذا خودکارآمدی پرهیز را می‌توان به عنوان یکی از عوامل مهم در پیشگیری از عود در نظر گرفت (۱). پژوهش‌های متعددی در زمینه نقش خودکارآمدی در پیش بینی پیامدهای درمان انجام شده است و در آنها بر اهمیت این عامل تاکید شده است. همچنین از آن جا که خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد در رابطه بین مداخله و پیامدهای آن، به عنوان یک متغیر میانجی عمل می‌کند، در بسیاری از مداخلات درمانی، خودکارآمدی پرهیز از مواد به‌عنوان یکی از پیامدهای درمان و شاخصی برای بهبودی در نظر گرفته می‌شود (۲). براساس نظر Bandura سوءمصرف مواد از یک سو به وسیله الگوبرداری، تقلید و تقویت در حوزه روابط بین فردی آموخته می‌شود و از سوی دیگر تحت تأثیر عوامل درون فردی همچون خودکارآمدی، شناخت و باورهای فرد قرار می‌گیرد. خودکارآمدی، درجه‌ای از احساس تسلط فرد در مورد توانایی‌اش برای انجام فعالیت‌های خاص است. نظریه خودکارآمدی Bandura به نقش اعتماد و اطمینان و عزت نفس فرد نسبت به توانایی‌اش در انجام رفتار خواسته شده از وی تأکید دارد. خودکارآمدی اطمینانی است که شخص، رفتار خاص را با موقعیت به اجرا می‌گذارد و انتظار نتایج به دست آمده را دارد. سوءمصرف مواد از جمله رفتارهایی است که کاملاً تحت کنترل اراده فرد نبوده و افراد در آن با عامل کنترل مواجه هستند، زیرا در این رفتار عوامل داخلی و خارجی متعددی می‌توانند مؤثر واقع شوند، لذا وجود سازه ای مانند، خودکارآمدی که از جمله سازه‌های کارآمد در زمینه کنترل رفتار است قدرت پیش‌بینی رفتار را افزایش خواهد داد. Bandura به عنوان مطرح کننده مفهوم خودکارآمدی، معتقد است که این سازه نسبت به سازه کنترل رفتاری درک شده، مفهوم متفاوتی دارد. خودکارآمدی به معنای اطمینان فرد از توانایی‌اش در انجام یک کار با غلبه بر موانع، رفتار مورد نظر، درک شناختی کنترل براساس عوامل کنترل داخلی است، در حالی که کنترل رفتاری درک شده، بازتابی از عوامل خارجی نیز می‌باشد و مفهوم آن عام‌تر است (۳).

یکی از متغیرهایی که با خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد ارتباط دارد راهبردهای مقابله‌ای است. مطالعات نشان می‌دهند که خودکارآمدی می‌تواند بر رفتارهای وابسته به موقعیت که بر سلامت روانشناختی اثرگذار هستند تأثیر بگذارد و به این شکل در مقابل بروز مشکلاتی همچون سوءمصرف مواد از فرد محافظت کند. شکست در مقابله مؤثر می‌تواند به کاهش خودکارآمدی و افزایش احتمال گرایش فرد به سوءمصرف مواد یا عود اعتیاد شود. این رابطه می‌تواند دوسویه باشد. اگر افراد بتوانند با موقعیت‌های پرخطر مقابله مؤثری داشته باشند، حس خودکارآمدی افراد افزایش می‌یابد و به این ترتیب احتمال سوءمصرف مواد کاهش می‌یابد (۴). سرمایه روانشناختی نیز از متغیرهایی است که در ادبیات پژوهشی به اثرگذاری آن بر سوءمصرف مواد و پرهیز از آن اشاره شده است. برای مثال Krasikova و همکاران با مرور پژوهش‌های انجام شده، گزارش کردند که سرمایه روانشناختی می‌تواند به شکل مستقیم و یا از طریق کاهش استرس، افزایش روابط اجتماعی و ورزش بر کاهش احتمال سوءمصرف مواد تأثیر بگذارد. به عبارت دیگر سرمایه اجتماعی می‌تواند منجر به بهبود سلامت فرد در ابعاد مختلف شده و به این شکل بر سوءمصرف مواد مؤثر واقع شود (۵). اختلال خواب نیز از دیگر عوامل مرتبط با پرهیز از سوءمصرف مواد است. شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که کیفیت پایین خواب که امری شایع در افراد تحت درمان است، می‌تواند سبب کاهش بهبودی و افزایش احتمال بازگشت به سوءمصرف مواد شود (۶). پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهند اختلالات خواب می‌توانند در دوره‌های پرهیز طولانی مدت از سوءمصرف مواد سبب افزایش احتمال عود شوند و به همین دلیل لازم است در برنامه‌های پیشگیری از عود مورد توجه قرار گیرند (۷). با توجه به تعداد بالای معتادان تحت درمان با متادون و درصد بالای عود در یک سال پس از درمان، بررسی عوامل اثرگذار بر خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد ضروری به نظر می‌رسد. لذا پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد در بیماران تحت درمان با متادون بر اساس سرمایه روانشناختی، اختلال خواب و راهبردهای مقابله‌ای انجام شده است.

روش و مواد

پژوهش حاضر در زمره طرح‌های همبستگی قرار دارد و جامعه آماری آن همه افراد تحت درمان با متادون در مرکز آموزشی پژوهشی درمانی امام حسین (ع) شهر شیراز در سال ۱۳۹۸ بودند. حجم نمونه به ازای هر خرده‌مقیاس ۲۵ نفر تعیین شد که در مجموع، تعداد ۱۷۵ نفر از آنها با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل سطح تحصیلات حداقل راهنمایی و سن بالای ۱۸ سال بود. ملاک خروج از مطالعه هم عدم تمایل به شرکت در پژوهش و تکمیل نکردن پرسشنامه‌ها بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به این صورت بود که کلیه شرکت‌کنندگان به صورت شفاهی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش شرکت کردند. همچنین علاوه بر ثبت نشدن نام شرکت‌کنندگان، این اطمینان به آن‌ها داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و صرفاً برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت. روش اجرای پرسشنامه‌ها به این صورت بود که پس از هماهنگی‌های لازم و ارائه توضیحات مربوط به پژوهش، پرسشنامه‌ها توسط محقق در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت و هر فرد ابزارهای زیر را تکمیل کرد:

پرسشنامه سرمایه روانشناختی Luthans: این پرسشنامه توسط Luthans و همکاران در سال ۲۰۰۷ تهیه و تدوین گردید. در این پرسشنامه از مقادیر استاندارد شده که بطور وسیعی ساختارهایی که امیدواری، خوشبینی و انعطاف‌پذیری را می‌سنجد استفاده شده است. قابلیت اعتبار و پایایی این خرده‌مقیاس‌ها نیز اثبات شده است (۸). این پرسشنامه شامل ۲۴ گویه و هر خرده‌مقیاس دارای هشت گویه است و مشارکت‌کنندگان به هر گویه در مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) پاسخ می‌دهند. نمره بالاتر به معنای سرمایه روانشناختی بالاتر است. همچنین در پژوهشی میزان پایایی آن براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد (۹). رجایی و همکاران در پژوهشی به محاسبه روایی این پرسشنامه پرداختند. ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس سرمایه روان‌شناختی برابر ۰/۸۹ و برای خرده‌مقیاس‌های خوش‌بینی، امید، تاب‌آوری به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۳، ۰/۷۳ به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی تک عاملی و سه عاملی مبتنی بر مدل نظری Luthans و همکاران نشان داد که مدل سه عاملی از شاخص‌های برازندگی مطلوب‌تری نسبت به مدل تک عاملی برخوردار است. شاخص‌های برازش مطلوب می‌باشند. همبستگی بین کل مقیاس سرمایه روان‌شناختی مثبت با عامل‌های خوش‌بینی، امید، تاب‌آوری به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۷، ۰/۷۸ است که روایی مطلوبی را نشان می‌دهد (۹). در پژوهش حاضر نیز پایایی ابزار محاسبه شد و آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های خوش‌بینی، امید و تاب‌آوری به ترتیب برابر ۰/۷۷، ۰/۸۳ و ۰/۷۶ به دست آمد.

پرسشنامه سنجش میزان خودکارآمدی پرهیز از مواد: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۰ برای سنجش خودکارآمدی پرهیز از مواد در سنین نوجوانی ساخته شده و ۲۰ ماده دارد که توانایی اجتناب از موقعیت‌های هیجانی (۱۳ گویه)، اجتماعی (۴ گویه) و سوگ برانگیزاننده مصرف مواد (۳ گویه) را می‌سنجد و با توجه به مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. نمره این آزمون بین ۲۰ تا ۱۰۰ می‌باشد. این مقیاس یک پرسشنامه عینی بوده و می‌توان از آن در راستای پژوهش یا به عنوان یک ابزار بالینی یا آموزشی استفاده نمود. از این ابزار، روان‌شناسی بالینی، متخصصان تعلیم و تربیت و کارکنان سازمان‌ها می‌توانند استفاده نمایند. مؤلف این پرسشنامه، آلفای کرونباخ را در یک مطالعه در حدود ۰/۹۱ گزارش داده و روایی آن را در ارتباط با زیر گروه‌هایی از نمونه‌های مورد مطالعه ارزیابی کرده و آن را برای سنجش خودکارآمدی پرهیز از مواد، معتبر گزارش کرده است (۸). این پرسشنامه توسط جعفری در ۱۳۸۷ ترجمه و ویژگی‌های روان‌سنجی آن ابتدا بر روی نمونه دانشجویان ایرانی محاسبه شد. روایی آزمون از طریق نظرسنجی از روان‌شناسانی که در حیطه اعتیاد تخصص داشتند محاسبه شد که جهت سنجش روائی از روش دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ استفاده شد که به ترتیب مقادیر ۰/۵۴ و ۰/۷۸ بدست آمد. همچنین پایایی مقیاس با استفاده از روش آزمون-بازآزمون بعد از گذشت دو ماه برای زیرمقیاس‌های موقعیت‌های هیجانی، اجتماعی و سوگ به ترتیب ۰/۵۲، ۰/۶۱ و ۰/۴۹ درصد به دست آمد (۸). پایایی ابزار در مطالعه حاضر به روش همسانی درونی محاسبه شد و آلفای کرونباخ ۰/۶۹ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت خواب Pittsburgh: این پرسشنامه خودگزارشی با هدف بررسی کیفیت خواب توسط بایسه و همکاران ساخته شده است. پرسشنامه شامل: هجده عبارت است و بسیاری از مطالعات انجام شده میزان اعتبار و روایی بالای این پرسشنامه را گزارش کرده‌اند. عنوان شده است که این پرسشنامه کیفیت خواب بد را از خواب خوب متمایز می‌کند. هفت زیر مقیاس تشکیل دهنده این مقیاس شامل: ۱- کیفیت ذهنی خواب ۲- تأخیر در به خواب رفتن ۳- مدت زمان خواب ۴- خواب مفید ۵- اختلال‌های خواب ۶- مصرف داروهای خواب آور ۷- اختلال عملکرد روزانه می‌باشد. هر یک از زیر مقیاس‌های هفت‌گانه، میزان اعتبار و سطح اطمینان داخلی حدود ۰/۸۲ و ۰/۷۸ قابل قبولی دارند. برای هر یک از هفت زیر مقیاس پرسشنامه، برای هیچ مرتبه، نمره صفر، برای کمتر از یک بار در طول هفته، نمره ۱ و برای یک یا دو بار در طول هفته، نمره ۲ و برای سه مرتبه یا بیشتر در طول هفته، نمره سه داده می‌شود. از این رو، دامنه نمره کل پرسشنامه از صفر تا ۵۴ در نوسان است و هر چه نمره به دست آمده بیشتر باشد، کیفیت خواب بدتر است. اجرای آن، هم به صورت گروهی و هم انفرادی است. در این پرسشنامه سوالات ۱، ۲، ۳، مربوط به خرده مقیاس کیفیت ذهنی خواب می‌باشد. سوالات ۴، ۵، ۶، ۷ مربوط به تأخیر در به خواب رفتن، سوالات ۸، ۹ و ۱۰ مربوط به مدت زمان خواب، سوالات ۱۱، ۱۲، مربوط به خواب مفید، سوالات ۱۳، ۱۴ مربوط به اختلال‌های خواب، سوالات ۱۵ و ۱۶ مربوط به مصرف داروهای خواب آور و در نهایت سوالات ۱۷ و ۱۸ مربوط به اختلال عملکرد روزانه می‌باشد (۱۰). پایایی این ابزار در پژوهش حاضر به روش همسانی درونی محاسبه شود و آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

فرم کوتاه سیاهه مقابله با شرایط استرس آور: این پرسشنامه یک آزمون مداد-کاغذی است که توسط Parker و Endler به منظور سنجش روش‌های مقابله‌ای افراد (نوجوانان و بزرگسالان) تهیه شده. این پرسشنامه دارای فرم بزرگسالان و نوجوانان بوده که سه زمینه اصلی رفتارهای مقابله‌ای را در برمی‌گیرد: مقابله مسأله‌مدارانه یا برخورد با مسأله در جهت مدیریت و حل آن. مقابله هیجان‌مدارانه یا مرکز بر پاسخهای هیجانی با مسأله. Parker و Endler ضریب همسانی درونی کل را برای این مقیاس ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. این ضریب برای مقابله مسأله مدار برای پسران و دختران به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۲، مقابله هیجان مدار به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۲ و برای مقابله اجتنابی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۵ گزارش شده است. (۱۱). پرسشنامه شیوه مقابله با استرس دارای ۴۸ ماده است در این پرسشنامه هر یک از مقیاس‌های مقابله با استرس دارای چندین ماده است که مجموع نمرات ماده‌های هر یک از مقیاس‌ها جداگانه محاسبه می‌شود و فاقد نمره کلی است. مدت زمان لازم برای تکمیل این پرسشنامه ۱۵ دقیقه است. نمره دهی این پرسشنامه بر اساس امتیاز گزینه‌ها هرگز ۱، هرگز ۲، گاهی اوقات ۳، اکثر اوقات ۴ و بسیار زیاد ۵ انجام می‌گیرد. آزمودنی در هر یک از خرده مقیاس‌ها نمره‌ای بین ۱۶ تا ۸۰ کسب می‌کند. سبک هر فرد بر اساس اینکه در کدام خرده مقیاس نمره بالاتری کسب می‌کند مشخص می‌شود و نمره بالاتر به معنای شدت بالای هر سبک است. در مطالعه‌ای که توسط تقی لو انجام شد میزان پایایی به ترتیب برای خرده مقیاس‌های مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی در دو گروه بزهکار و عادی به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۵-۰/۸۵ و ۰/۸۵-۰/۶۸ و ۰/۸۲ بوده است (۱۲). در پژوهش حاضر نیز پایایی ابزار به روش همسانی درونی محاسبه شد و برای سبک‌های مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به ترتیب آلفای کرونباخ ۰/۸۱، ۰/۷۶ و ۰/۷۹ به دست آمد.

از مجموع ۱۷۵ نفر شرکت کننده، پرسشنامه‌های ۱۵۷ جهت انجام تحلیل‌های آماری مورد استفاده قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار SPSS-21 و در سطح استنباطی با آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه به آزمون فرضیه‌های پژوهش پرداخته شد.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن مشارکت کنندگان به ترتیب (۹/۲) ۳۳/۷ سال بود. سن ۲۴ (۱۵/۳) نفر از مشارکت کنندگان بین ۱۸ تا ۲۵ سال، ۶۴ (۴۰/۸) نفر بین ۲۵ تا ۳۵ سال و ۸۸ (۴۳/۹) نفر نیز بالای ۳۵ سال بود. سطح تحصیلات ۹۲ (۵۸/۶) نفر از مشارکت کنندگان دیپلم و زیر دیپلم بود و ۶۵ (۴۱/۴) نفر کارشناسی و بالاتر از آن بود. ۶۸ (۴۳/۳) نفر از مشارکت کنندگان مجرد و ۸۹ (۵۶/۷) نفر متاهل بودند.

جدول شماره ۱ ضریب همبستگی پیرسون را برای بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد. همان گونه که مشاهده می‌شود بین کلیه ابعاد سرمایه‌های روانشناختی راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار با خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین بین راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی و اختلال خواب با خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد رابطه منفی و معناداری وجود دارد.

جدول شماره ۱- جدول ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	(انحراف معیار) میانگین	
						۱	۲۱/۵ (۴/۸)	۱- امیدواری
					۱	۰/۴۳۲**	۳۲/۵ (۵/۴)	۲- خوش بینی
				۱	۰/۳۲۸**	۰/۳۴۲**	۴۵/۵ (۸/۵)	۳- انعطاف پذیری
			۱	۰/۳۱۸**	۰/۲۶۵**	۰/۳۱۷**	۴۳/۵ (۸/۷)	۴- مساله‌مدار
		۱	-۰/۲۶۱**	-۰/۳۲۸**	-۰/۴۳۲**	-۰/۳۲۷**	۳۱/۵ (۶/۵)	۵- هیجان‌مدار
	۱	-۰/۲۶۴**	-۰/۲۷۸**	-۰/۲۱۱**	-۰/۴۲۶**	-۰/۲۹۰**	۴۵/۷ (۸/۶)	۶- اجتنابی
۱	۰/۳۴۷**	۰/۲۳۵**	-۰/۲۲۵**	-۰/۴۳۲**	-۰/۲۴۶**	-۰/۲۳۵**	۳۲/۶ (۶/۷)	۷- اختلال خواب
-۰/۳۰۱**	-۰/۳۲۵**	-۰/۳۴۷**	۰/۴۳۷**	۰/۲۹۸**	۰/۴۳۶**	۰/۲۳۸**	۴۶/۷ (۷/۹)	۸- خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد

**P<۰/۰۱ *P<۰/۰۵

به منظور پیش‌بینی خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد بر اساس سرمایه‌های روانشناختی از آزمون رگرسیون چندگانه همزمان استفاده شد. با توجه به جدول شماره ۲ همان گونه که مشاهده می‌شود میزان R برابر ۰/۵۲ و میزان R² برابر ۰/۲۷ می‌باشد. به عبارتی سرمایه‌های روانشناختی در کل ۲۷ درصد از واریانس نمرات خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد را تبیین می‌کند.

همچنین با افزایش مؤلفه امیدواری با میانگین (انحراف معیار) ۲۱/۵ (۴/۸)، خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد با (۷/۹) ۴۶/۷ افزایش می‌یابد (P=۰/۰۰۱، β=۰/۳۲۵). همچنین افزایش مؤلفه خوش بینی با میانگین (انحراف معیار) ۳۲/۵ (۵/۴) نیز با افزایش خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد همراه است (P=۰/۰۰۱، β=۰/۲۹۸). افزایش مؤلفه انعطاف‌پذیری با میانگین (انحراف معیار) ۴۵/۵ (۸/۵) نیز با افزایش خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد همراه است (P=۰/۰۰۵، β=۰/۲۴۴).

جدول شماره ۲- آزمون رگرسیون چندگانه جهت پیش‌بینی خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد

بر اساس سرمایه‌های روانشناختی

P	T	β	P	F	R ²	R	متغیر پیش بین
۰/۰۰۱	۴/۹۸۷	۰/۳۲۵	۰/۰۰۱	۳۱/۶۵۲	۰/۲۷۰	۰/۵۲۰	امیدواری
۰/۰۰۱	۳/۶۴۹	۰/۲۹۸					خوش بینی
۰/۰۰۵	۲/۹۸۰	۰/۲۴۴					انعطاف‌پذیری

متغیر ملاک: خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد

به منظور پیش‌بینی خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد بر اساس اختلال خواب از آزمون رگرسیون تک متغیره استفاده شد. با توجه به جدول شماره ۳ همان گونه که مشاهده می‌شود میزان R برابر ۰/۳۰۱ و میزان R² برابر ۰/۰۹۰ می‌باشد. به عبارتی اختلال خواب در کل ۹ درصد از واریانس نمرات خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد را تبیین می‌کند. همچنین افزایش اختلال خواب با میانگین (انحراف معیار) ۳۲/۶ (۶/۷) با کاهش خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد همراه می‌باشد (P=۰/۰۰۱، β=-۰/۳۰۱).

جدول شماره ۳- آزمون رگرسیون تک متغیره جهت پیش‌بینی خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد بر اساس اختلال خواب

P	T	β	P	F	R ²	R	متغیر پیش بین
۰/۰۰۱	۴/۰۹۶	-۰/۳۰۱	۰/۰۰۱	۱۹/۷۶۴	۰/۰۹۰	۰/۳۰۱	اختلال خواب

متغیر ملاک: خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد

به منظور پیش‌بینی خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد بر اساس راهبردهای مقابله‌ای از آزمون رگرسیون چندگانه همزمان استفاده شد. با توجه به جدول شماره ۴ همان گونه که مشاهده می‌شود میزان R برابر $0/549$ و میزان R^2 برابر $0/301$ می‌باشد. به عبارتی راهبردهای مقابله‌ای در کل 30% از واریانس نمرات خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد را تبیین می‌کند. همچنین افزایش نمره راهبرد مساله‌مدار با میانگین (انحراف معیار) $(8/7)$ $43/4$ منجر به افزایش خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد می‌شود ($P=0/001$, $\beta=0/309$). افزایش راهبرد هیجان‌مدار با میانگین (انحراف معیار) $(6/5)$ $31/5$ نیز با کاهش خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد همراه است ($P=0/001$, $\beta=-0/414$) و با افزایش راهبرد اجتنابی با میانگین (انحراف معیار) $(8/6)$ $45/7$ نیز خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد کاهش می‌یابد ($P=0/009$, $\beta=-0/194$).

جدول شماره ۴- آزمون رگرسیون چندگانه جهت پیش‌بینی خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد
بر اساس راهبردهای مقابله‌ای

متغیر پیش بین	R	R ²	F	P	β	T	P
مساله‌مدار	0/549	0/301	34/678	0/001	0/309	3/876	0/001
هیجان‌مدار					-0/414	5/098	0/001
اجتنابی					-0/194	2/657	0/009

متغیر ملاک: خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد

بحث

مطالعه نشان داد که افزایش مؤلفه‌های سرمایه‌های روانشناختی شامل امیدواری با میانگین (انحراف معیار) $(4/8)$ $21/5$ ، خوش بینی با $(5/4)$ $32/5$ و انعطاف‌پذیری با $(8/5)$ $45/5$ با افزایش خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد با $(7/9)$ $46/7$ همراه بود. همچنین افزایش اختلال خواب با میانگین (انحراف معیار) $(6/7)$ $32/6$ با کاهش خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد همراهی داشت. با افزایش نمره راهبرد مساله‌مدار با میانگین (انحراف معیار) $(8/7)$ $43/4$ و با کاهش راهبردهای هیجان‌مدار با $(6/5)$ $31/5$ و اجتنابی با $(8/6)$ $45/7$ نیز خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد افزایش یافت. نتایج پژوهش حاضر در زمینه رابطه امیدواری و خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد با نتایج تحقیقات May و همکاران (۱۳) و Koehn و Cutcliffe (۱۴) همسو می‌باشد. در این راستا می‌توان گفت که این فرض نظریه خودکارآمدی Bandura که «نتیجه‌ای که معطوف به هدف باشد ارزش کافی را برای جلب توجه فرد دارد» با نظریه امید شبیه است. همین طور، این عقیده Bandura که پردازش شناختی براه‌داف وابسته به موقعیت تمرکز است، با نظریه امید در یک ردیف قرار می‌گیرد، اما با نظریه امید که دارای افکار هدف‌مدار، منطقی و موقعیتی است، متفاوت است. بنابراین، افکار خودکارآمد موقعیتی کلید مدل Bandura است، در حالی که در نظریه امید، هم بر تفکر پایور و هم بر تفکر رهیاب تأکید می‌شود. امید نوعی طرز فکر آموختنی درباره خود در رابطه با اهداف است و یک موهبت ارثی نیست. اما هوش مبنای ارثی دارد. هرچند که تصور بر این است که امید اساساً بر سابقه موقعیت فرد مبتنی باشد اما امید صرفاً باتوانایی هوشی یا سابقه موفقیت مترادف نیست، بلکه فراتر از آنهاست. یعنی امید زیاد ممکن است افراد را قرین موفقیت در رسیدن به اهدافشان کند اما هوش زیاد یا سابقه موفقیت فقط به افراد مجال و فرصت می‌دهد.

در توضیح رابطه خوش‌بینی و خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد، Shurke Tucanlou و همکاران معتقدند خوش‌بینی با تمایل به سوءمصرف مواد رابطه دارد (۱۵). می‌توان گفت خوش بین ها اعتماد به نفس بیشتری در مورد آینده دارند و به دلیل تلاش برای حفظ روابط خود با دیگران و دریافت حمایت اجتماعی بیشتر، پریشانی روانی کمتری را تجربه می‌کنند. این عوامل باعث می‌شود این افراد کمتر به سمت مواد بروند. همچنین افراد امیدوار دارای مهارت‌های مسأله‌گشایی، احساس شایستگی و کفایت، روابط صمیمانه و دلبستگی ایمن هستند. این افراد هنگام مواجهه با سختی‌ها و ناملایمات زندگی از این مهارت‌ها و توانایی‌های خود بهره گرفته و از ارتباط‌های سازنده با دیگران استفاده می‌کنند (۱۶). در رابطه با انعطاف‌پذیری نیز Rosen و همکاران معتقدند که سطوح پایین انعطاف‌پذیری روانشناختی با احتمال شکست درمان و

بازگشت به مصرف مواد در ارتباط است. همچنین، انعطاف‌پذیری به واسطه کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش پذیرش، به انطباق‌پذیری مثبت منتهی می‌شود (۱۷). بنابراین آسیب‌پذیری روانشناختی و گرایش به مصرف مواد از پیامدهای منفی ضعف انعطاف‌پذیری است.

همچنین نتایج نشان داد اختلال خواب به صورت منفی و معناداری قادر به پیش‌بینی خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد می‌باشد. این یافته با نتایج پژوهش Peles، Scriber و Adelson (۱۸) همسو است. همچنین در مطالعه Bolla و همکاران (۱۹) مشاهده شد که مدت زمان خواب و کیفیت آن در دوره پرهیز از سوءمصرف مواد کاهش می‌یابد و میزان بیدار شدن در حین خواب نیز با افزایش همراه است. همچنین خواب نامناسب به واسطه اثرگذاری بر کارکردهای شناختی فرد می‌تواند در افزایش احتمال شکست درمان مؤثر باشد. Conroy و Arnedt (۲۰) نیز با مرور پژوهش‌های انجام شده این نتیجه را گزارش کردند که اختلالات خواب در دوره پرهیز از سوءمصرف مواد با افزایش احتمال عود همراه است. خواب بر روی ترشح بسیاری از مواد شیمیایی و میانجی‌های عصبی در بدن تأثیر می‌گذارد که یکی از آنها سروتونین است. محرومیت از خواب منجر به کاهش سروتونین می‌شود. افرادی که دچار کمبود سروتونین هستند، با احتمال بیشتری به افسردگی مبتلا می‌شوند. مطالعات نشان داده‌اند افرادی که به میزان کافی نمی‌خوابند، معمولاً افسرده‌تر، مضطرب‌تر، عصبی‌تر و زودرنج‌تر از آنانی می‌شوند که کمیت و کیفیت خواب شان در حد مطلوب است (۲۱). اختلال خواب به واسطه اثرگذاری بر کارکردهای شناختی می‌تواند در تشدید سوءمصرف مواد و افزایش احتمال عود نیز نقش داشته باشد. اهمیت این مساله با در نظر گرفتن این که سه‌چهارم افراد تحت درمان نگهدارنده متادون و بوپرنورفین از کیفیت پایین خواب خود شکایت می‌کنند بیشتر می‌شود (۲۲). بنابراین درمان اختلالات خواب به عنوان یک هدف بالقوه در مدیریت سوءمصرف مواد مطرح است، چراکه کیفیت پایین خواب می‌تواند در شکست درمان در سوءمصرف کنندگان مواد نقش داشته باشد (۱۹).

از دیگر نتایج پژوهش حاضر این بود که راهبرد مساله‌مدار به صورت مثبت و راهبردهای هیجان‌مدار و اجتنابی به صورت منفی قادر به پیش‌بینی خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد بودند. این نتیجه با یافته‌های Adan (۲۳) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت راهبرد مقابله‌ای مساله‌مدار که شامل اقدامات سازنده فرد در رابطه با شرایط تنش‌زا است، سعی دارد تا منبع تنیدگی را حذف کرده یا تغییر دهد. در راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار فرد بر مساله تمرکز می‌کند و سعی در حل آن دارد. در واقع، فرد به جمع‌آوری اطلاعات مربوط به حادثه فشارزا می‌پردازد و با استفاده از منابع، طرح و نقشه‌ای را برای حل مساله به کار می‌برد. به این ترتیب، فرد عملکرد بهتری در موقعیت‌ها نشان می‌دهد و حس کارآمدی او افزایش می‌یابد (۴). در تبیین این یافته که راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار، خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد را به صورت منفی و معنادار پیش‌بینی می‌کند، می‌توان گفت راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار شیوه‌ای را توصیف می‌کنند که بر اساس آن فرد بر خود متمرکز می‌شود و تمام تلاش او متوجه کاهش احساسات منفی خویش است. افرادی که در مقابله با مشکلات، راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار را انتخاب می‌کنند، به حل مشکل نایل می‌آیند و این موفقیت به عزت نفس بالا منجر می‌شود (۲۴). فردی که از راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کند، به جای تمرکز بر مشکل و حل آن، بیشتر در پی آن است تا پیامدهای هیجان منفی عامل استرس‌زا را مهار کند. گرچه این گونه راهبردها در کوتاه مدت برای کاهش تنش مؤثر هستند، اما در بلندمدت اثرات منفی دارند. در تبیین این یافته که راهبرد مقابله‌ای اجتنابی، خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد را به صورت منفی و معناداری پیش‌بینی می‌کند می‌توان گفت راهبرد مقابله‌ای اجتنابی معمولاً به شکل روی آوردن و درگیر شدن در یک فعالیت تازه و یا به شکل روی آوردن به اجتماع و افراد دیگر ظاهر می‌شود. به عبارتی، فرد با فاصله گرفتن از مشکل، اقدام به فرار و اجتناب از آن می‌کند. افرادی که از این راهبرد استفاده می‌کنند، ترجیح می‌دهند به جای مواجه شدن با مساله، از آن اجتناب کنند و پیدا کردن راه حل را به تعویق اندازند (۲۳). استفاده از این دو راهبرد نامناسب، به حل مشکل منجر نمی‌شود و عزت نفس پایین را در پی دارد (۲۵).

مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که از آن جمله می‌توان به خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهش و نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد. همچنین با توجه به این که طرح مطالعه حاضر از نوع همبستگی بود، امکان استنباط علی از نتایج

پژوهش حاضر وجود ندارد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از مدل یابی معادلات ساختاری با هدف استنباط علی استفاده شود. همچنین از آنجایی که آموزش مهارت‌های سرمایه روانشناختی منجر به ارتقای مهارت‌های عملکردی می‌شود و نهایتاً می‌تواند از مشکلات بکاهد، پیشنهاد می‌شود چنین مهارت‌هایی به نوجوانان آموزش داده شود، از سویی پیشنهاد می‌شود جهت بالا بردن میزان احساس خودکارآمدی، جنبه‌های شخصیتی آنها شناخته شود و سعی شود به فراخور ویژگی‌های آنان با آنها برخورد شود. زیرا چنین مهارت‌هایی می‌تواند باعث کاهش گرایش به مصرف مواد می‌شود.

نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد که خودکارآمدی پرهیز از مصرف مواد با افزایش سرمایه‌های روانشناختی و راهبرد مسأله مدار، افزایش و با بیشتر شدن اختلال خواب و راهبردهای هیجان مدار و اجتنابی کاهش یافت. اختلال خواب، راهبردهای مقابله‌ای و سرمایه‌های روانشناختی را می‌توان به عنوان عوامل اثرگذار بر خودکارآمدی پرهیز از سوءمصرف مواد در نظر گرفت. لذا با توجه به بالا بودن شیوع میزان اعتیاد در جامعه، توجه به نقش این متغیرها در امر درمان اعتیاد و پیشگیری از بازگشت به سوءمصرف مواد ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع ارشد روانشناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی - واحد شیراز مصوب شده و با شناسه اخلاق IR.IAU.SHIRAZ.REC.1399.020 می‌باشد. از کلیه کسانی که در امر تحقق این پژوهش ما را یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Majer JM. Motivation Among Exoffenders Exiting Treatment: The Role of Abstinence Self-Efficacy. *Journal of Offender Rehabilitation*. 2015; 54:161-74.
2. Kadden RM, Litt MD. Metacognition and substance abuse. *Addictive Behavior*. 2011; 36: 1120-26.
3. Kaiser AJ, Milich R, Lynam DR, Charnigo RJ. Negative Urgency, Distress Tolerance, substance abuse among college students. *Addictive Behaviors*. 2010; 37(10):75-83.
4. Fathiandastgerdi Z, Eslami AA, Ghofranipour F, Mostafavi F, Ebrahimi AA. The relationship between self-efficacy, coping skill and substance use in adolescent: based on structural equation modeling. *Journal of Substance Use*. 2015; 21(3): 87-93.
5. Krasikova DV, Lester PB, Harms PD. Effects of Psychological Capital on Mental Health and Substance Abuse. *Journal of Leadership and Organizational Studies*. 2015; 22(3): 280-91.
6. Ancol S, Cole R, Alessi C, Chambers M, Moorcroft W, pollack p. the role of actigraphy in the study of sleep and circadian rhythms sleep. 2014; 26: 342-392.
7. Roehrs TA, Roth T. Sleep Disturbance in Substance Use Disorders. *The Psychiatric clinics of North America*. 2015; 38(4): 793-803.
8. Görgens-Ekermans G & Herbert M. Psychological capital: Internal and external validity of the Psychological Capital Questionnaire (PCQ-24) on a South African sample. *SA Journal of Industrial Psychology*. 2013; 39 (2): 1-12.
9. Rajaei A, Nadi MA, Jafari A. Psychometric Properties of Positive Psychological Capital Scale among The Staff of Isfahan Education Headquarters, *Journal of Applied Psychology*. 2017; 18(3) :111 -122. (full text in Persian)
10. Mollayeva T, Thurairajah P, Burtonc K, Mollayeva S, Shapiro CM, Colantonio A. The Pittsburgh sleep quality index as a screening tool for sleep dysfunction in clinical and non-clinical samples: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*. 2016; 25: 52-73.
11. Ghoreyshi Rad F., Validation of Endler & Parker coping scale of stressful situations. *International Journal of Behavioral Sciences*, 2010; 4(1): 1-7.

12. Taghilo S. Factor structure and psychosocial characteristics Persian version of the questionnaire to deal with stressful situations, cognitive sciences. 2009; 39 (12): 22-33. (full text in Persian)
13. May, E.M., Hunter, B.A., Ferrari, J. et al. Hope and Abstinence Self-Efficacy: Positive Predictors of Negative Affect in Substance Abuse Recovery. *Community Ment Health J.* 2015; 51, 695–700.
14. Koehn C, Cutcliffe KR. The Inspiration of Hope in Substance Abuse Counseling. *The Journal of Humanistic Counseling.* 2012; 51: 78-98.
15. Shurke Tucanlou A, Hooshangi Salanghooch M, Asghari Ebrahimabad M J. Investigating the role of Myers-Briggs personality dimensions in predicting the rate of drug use by mediatin capital psychological and self control in drug addicts. *Etiadpajohi.* 2019; 13 (51) :275-94 (full text in Persian).
16. Alterman AI, Cacciola JS, Dugosh KL, Ivey MA & Coviello D. Measurement of mental health in substance use disorder outpatients. *Journal of Substance Abuse Treatment.* 2010; 39(4), 408-414.
17. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist.* 2001; 56: 218-226.
18. Brower KJ, Perron BE. Sleep disturbance as a universal risk factor for relapse in addictions to psychoactive substances. 2010; 74 (5): 928- 933.
19. Bolla KI, Lesage SR, Gamaldo CE, Neubauer DN, Wang N, Funderburk FR, Richard P. Allen RP, David PM, Cadet JL. Polysomnogram changes in marijuana users who report sleep disturbances during prior abstinence. *Sleep Medicine.* 2010; 11: 882–9.
20. Conroy DA, & Arnedt JT. Sleep and Substance Use Disorders: An Update. *Current Psychiatry Report.* 2014; 16 (487): 1-9.
21. Patel Q, Natarajan V, Pavlova M, Kawasaki S, Gleason R, Koff E. Sleep debt and depression in female college students. *Psychiatry Research.* 2010; 176 (1): 34-39.
22. Chakravorty S, Vandrey RG, He S, Stein MD. Sleep Management Among Patients with Substance Use Disorders. *Medical Clinics of North America* 2018; 102 (4):733-43.
23. Adan A, Antúnez JM, Navarro JF. Coping strategies related to treatment in substance use disorder patients with and without comorbid depression. *Psychiatry Research.* 2017; 251: 325-332.
24. Bahadori Khosroshahi J, Khanjani Z. Relationship of Coping Strategies and Self-Efficacy with Substance Abuse Tendency among Students. *Knowledge & Research in Applied Psychology,* 2017; 14(53): 80-90. (full text in Persian)
25. Kiamarsi A, Abolghasemi A. The Relationship of Self-Efficacy, Sensation Seeking and Coping Sterategies with Aptitude of Substance Use in University Students. *etiadpajohi.* 2012; 5 (20) :7-24. (full text in Persian)