

مقاله

پژوهشی

Research

Article

## نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در رابطه بین تکانشگری و مقابله اجتنابی با عود مصرف مواد مخدر

محمدنقی فراهانی<sup>۱</sup>، معصومه امین اسماعیلی<sup>۲</sup>، شهاب باحشمت جویباری<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۲۰

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در رابطه بین تکانشگری و مقابله اجتنابی با عود مصرف مواد مخدر انجام شده است. **روش:** طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش در برگیرنده افراد در حال ترک سوء مصرف مواد با روش درمان نگهدارنده با متادون شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بود. ۱۲۹ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر شامل پرسش‌نامه کنترل شخصی، فرم کوتاه مقیاس تکانشگری بارت (۲۰۱۳)، زیرمقیاس مقابله اجتنابی اندلر و پارکر (۱۹۹۰) و مقیاس خودکارآمدی شوارتز (۱۹۸۱) بود. **یافته‌ها:** ارتباط معناداری بین تکانشگری، مقابله اجتنابی و خودکارآمدی با عود مصرف مواد مخدر وجود داشت. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که خودکارآمدی در رابطه بین تکانشگری و عود مصرف مواد نقش واسطه‌ای دارد. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد با طراحی مداخلات روان‌شناختی بر اساس خودکارآمدی می‌توان عود مصرف مواد مخدر را در گروه‌های در معرض خطر کاهش داد.

**کلیدواژه‌ها:** تکانشگری، مقابله اجتنابی، خودکارآمدی، عود مصرف مواد

۱. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۲. دانشیار مرکز ملی مطالعات اعتیاد، پژوهشکده کاهش رفتار پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران، پست الکترونیکی:

shahab.baheshmat@gmail.com

## مقدمه

وابستگی به مواد به عنوان اختلال مزمن و عودکننده مغزی شناخته می‌شود که به‌رغم پیامدهای زیان‌آور، با جست‌وجو و مصرف اجباری دنبال می‌شود (سینگر، ۲۰۱۶). این پیامدهای زیان‌آور که جنبه‌های فیزیکی، روان‌شناختی، اجتماعی و ماهیتی حاد و مزمن دارند، به مشکلات اجتماعی جدی همچون جرم، بیکاری، نارسا کنش‌وری خانواده و استفاده نامناسب از مراقبت‌های پزشکی منجر می‌شوند (سوا، ماخرجی، مانا و سانیل، ۲۰۱۳). مسائل و مشکلات یادشده جهان شمول بوده؛ زیرا نتایج مطالعات همه‌گیرشناسی طبق آمار منتشرشده از سوی سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) نشان می‌دهد که حدود سه درصد از جمعیت جهان به این اختلال مبتلا هستند (به نقل از واخاریا، ۲۰۱۴). اگرچه نرخ شیوع سوءمصرف مواد در سال‌های اخیر افزایش چشمگیری نداشت و این میزان متناسب با رشد جمعیت جهانی بود؛ با این حال، به خاطر ماهیت مزمن و برگشت‌پذیر بودن وابستگی به مواد و هزینه‌های احتمالی ناشی از آن برای خانواده‌ها و جوامع، نگرانی‌های این حوزه در جامعه جهانی افزایش یافته است (تام، شایک و لام، ۲۰۱۶). ماهیت برگشت‌پذیر سوءمصرف مواد و به موازات آن، آمارهای منتشرشده از مطالعات همه‌گیرشناسی مبین آن است که واکنش افراد به درمان در حوزه سوءمصرف مواد بسیار متنوع است. به همین دلیل، دوره‌های متعدد عود در مصرف‌کنندگان مواد به عنوان فرایند طبیعی توان‌بخشی این بیماران در نظر گرفته می‌شود (کیرشنباوم، اولسن و بایکل، ۲۰۰۹؛ به نقل از پانیانکو، گالوپ، کارینگتون و کولوزی، ۲۰۱۶). در نتیجه، عود مصرف مواد که به صورت بازگشت به مصرف مشکل‌زای مواد بعد از درمان تعریف می‌شود (ویتکیترز، بوئن، داگلاس و سو، ۲۰۱۳)، چالش بزرگی را برای درمانگران در حوزه وابستگی به مواد ایجاد کرده است (وایت<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). پژوهشگران و درمانگران تصدیق

1. Singer
2. Sau, Mukherjee, Manna, & Sanyal
3. World Health Organization
4. Vakharia
5. Tam, Shik, & Lam
6. Kirshenbaum, Olsen, & Bickel
7. Panebianco, Gallupe, Carrington, & Colozzi
8. Witkiewitz, Bowen, Douglas, & Hsu
9. White

می کنند که وابستگی و سوء مصرف مواد در مقابل درمان و تلاش برای پرهیز از مصرف مقاوم بوده و با وجود این که کاهش قابل ملاحظه‌ای در میزان مصرف مواد بعد از درمان مشاهده می شود، اما تلاش برای حفظ این موفقیت‌های درمانی اغلب با شکست مواجه می شود (آپیا، دانکواه، نیارکو، افوری آتا و آزیاتو، ۲۰۱۶).

تاکنون، علم روان شناسی فرایندهای روان شناختی و فیزیولوژیکی منجر به سوء مصرف مواد را به طور کامل توضیح نداده است (ماخرجی و سانیل، ۲۰۱۳). بنابراین، با توجه به نرخ بالای شیوع و ماهیت مزمن عود مصرف مواد، بررسی و درک تعامل پیچیده عوامل خطر در فرایند عود مصرف مواد جهت بهبود فرایند درمان، لازم و ضروری به نظر می رسد (موری، ۲۰۱۳). عوامل مرتبط با پیامدهای مثبت و منفی، بعد از درمان اختلال مصرف مواد برای طراحی درمان‌های اثربخش، کاهش نابهنجاری و مرگ و میر مرتبط با این اختلال، ضروری است؛ زیرا افرادی که درمان مصرف مواد مخدر را با موفقیت پشت سر می گذارند، به احتمال کم تری به مصرف مجدد مواد بر می گردند و رفتارهای پرخطر کم تر و متعاقب آن، مشکلات قانونی کم تری دارند (دکر، پگلو، سمپلز، کانینگام، ۲۰۱۷).

۱۴۵

145

به هنگام مواجهه با موقعیت‌های پرخطر، تعامل پیچیده‌ای بین ادراک این موقعیت‌ها و قابلیت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای وجود دارد. یکی از مدل‌هایی که به بررسی و درک این تعامل پیچیده پرداخت، مدل شناختی - رفتاری (مارلات و گوردون، ۱۹۸۵) فرایند عود است. این مدل فرض می کند اگر شخصی پاسخ‌های مقابله‌ای مناسب و خودکارآمدی بالایی داشته باشد، احتمال کمی دارد به هنگام مواجهه با موقعیت‌های پرخطر، عود مصرف مواد اتفاق بیافتد. به همین ترتیب، چنانچه فرد با موقعیت‌هایی مواجه شود که برای مقابله با آن آمادگی نداشته باشد، متعاقب آن مصرف مواد رخ خواهد داد (ماولیک، تراپاتی و پال، ۲۰۰۲). در همین راستا، بر اساس فرضیه کاهش تنش (کانگر، ۱۹۶۵)، افراد وابسته

1. Appiah, Danquah, Nyarko, Ofori-Atta, & Aziato  
2. Moore  
3. Decker, Peglow, Samples, & Cunningham

4. Marlatt, & Gordon  
5. Maulik, Tripathi, & Pal  
6. Conger

به موادی که می‌آموزند برای کاهش استرس، به مصرف مواد پردازند، احتمال دارد هر زمان که با استرس مواجه شوند، مصرف مواد را از سر گیرند (والتر<sup>۱</sup>، و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین، با تکیه بر این فرضیه‌ها و مدل‌های نظری می‌توان اذعان داشت راهبردهای مقابله‌ای، نقشی کلیدی در عود مصرف مواد دارند. لازاروس و فولکمن<sup>۲</sup> (۱۹۸۴) مقابله را توانش شناختی و رفتاری برای مقابله با تنیدگی می‌دانند (به نقل از کرونینرگ، گوسنز، ون‌باسپاخ، ون‌اکتربرگ و ون‌دربرینگ<sup>۳</sup> ۲۰۱۵). سه نوع سبک مقابله در ادبیات پژوهشی مورد بحث قرار گرفته است. راهبردهای مسئله‌مدار (برای مثال رفتارهای حل مسئله، جست‌وجوی حمایت اجتماعی)، راهبردهای هیجان‌مدار (برای مثال اضطراب و خودانتقادی) و راهبردهای اجتنابی (برای مثال تفکر آرزومندانه و انکار مشکلات). در مدل سبک‌های مقابله‌ای اندلر و پارکر (۱۹۹۰) سبک‌های هیجان‌مدار و اجتنابی به‌عنوان سبک‌های ناسازگارانه و سبک مسئله‌مدار به‌عنوان سبک سازگارانه برای مقابله با تنیدگی‌های زندگی روزمره در نظر گرفته شده است (مارکوز-آریکو، بنایجز و آدان<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). مقابله اجتنابی به‌عنوان تلاش برای دور شدن و نادیده گرفتن مشکل تعریف می‌شود که می‌تواند در مورد مصرف الکل و مواد نیز صدق کند (شپرد-مک مولن، میرنر، استوکز و مچینیک<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵). در پژوهش‌های قبلی نقش مقابله اجتنابی در افراد در حال ترک نیز مورد بررسی قرار گرفته است. برای به دست آوردن حمایت تجربی از مدل سبک‌های مقابله‌ای در زمینه اعتیاد، بررسی پیشینه تجربی نتایج متناقضی را نشان می‌دهد. فیل و هاسکینگ<sup>۶</sup> (۲۰۰۸) سبک مقابله اجتنابی را با مصرف الکل مرتبط دانستند. همچنین، رابرتسون، کیو و استریپلینگ<sup>۷</sup> (۲۰۱۰) نشان دادند سبک مقابله فعال با مصرف الکل و دیگر داروها در بین دختران نوجوانان ارتباطی نداشت اما سبک مقابله اجتنابی با مصرف بیش‌تر الکل مرتبط بود. در تناقض با پژوهش‌های قبلی، در مطالعه ایوماتو، لیو و

1. Walter  
2. Lazarus, & Folkman  
3. Kronenberg, Goossens, Van Busschbach, Van Achterberg, & Van den Brink

4. Marquez-Arrico, Benaiges, & Adan  
5. Shepherd-McMullen, Mearns, Stokes, & Mechanic  
6. Feil, & Hasking  
7. Robertson, Xu, & Stripling

مک کوی<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) سبک‌های مقابله‌ای نتوانست مصرف مواد را پیش‌بینی کند؛ اما رابطه معنی‌داری با افسردگی داشت. در مطالعه ون‌گاندی، هوورتون-اورکات و میلز<sup>۲</sup> (۲۰۱۵)، سبک مقابله اجتنابی با افزایش احتمال مصرف الکل، ماری‌جوانا و دیگر اختلالات مصرف دارو در جوانان سفیدپوست مرتبط بود؛ در حالی که در جوانان آمریکایی-آفریقایی، سبک اجتنابی با احتمال پایین مصرف ماری‌جوانا مرتبط بود.

علاوه بر این، دیگر ویژگی‌های شخصیتی همچون تکانشگری به عنوان شاخص یا پیش‌بین وابستگی به دارو در نظر گرفته می‌شود (اورن، دارکایا، اورن، دالبوداک و ستین<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). در سال‌های اخیر، تعدادی از پژوهش‌ها تأثیر افزایش تکانشگری در گرایش به عود مصرف مواد را بررسی کرده‌اند (استیونز<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۴) و نتایج حاصل از این مطالعات مؤید آن است که تکانشگری نقش مهمی در عود مصرف مواد دارد (برد و چنک<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). تکانشگری به صورت خطرپذیری، فقدان برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری سریع و بدون تأمل تعریف شده است. طبق پژوهش‌های گذشته، صفت تکانشگری به عنوان گرایش به پاداش و محرک‌ها، بدون تفکر در مورد پیامدهای منفی احتمالی اشاره دارد (سو<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). با توجه به این که تکانشگری از قابلیت تغییرپذیری و درمان‌برخوردار است، افزایش دانش موجود در زمینه نقش این سازه در گرایش به عود مصرف مواد می‌تواند دلالت‌های درمانی مهمی را منتج شود (استیونز<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). لوری، لاند هول و لدگروود<sup>۸</sup> (۲۰۱۵) در بررسی مروری خود دریافتند در تعدادی از پژوهش‌ها، تکانشگری بالا پیش از درمان، صرف‌نظر از روش سنجش، معمولاً با پیامدهای درمانی ضعیف‌تر مرتبط است. اورن، و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان دادند تکانشگری برنامه‌ریزی نشده، با ولع مصرف و عود مصرف مواد مرتبط است. دران،

1. Iwamoto, Liu, & McCoy  
2. Van Gundy, Howerton-Orcutt, & Mills  
3. Evren, Durkaya, Dalbudak, & Cetin

4. Stevens  
5. Bird, & Schenk  
6. Su  
7. Stevens  
8. Loree, Lundahl, & Ledgerwood

اسپرینگ، مک کارگیو، پرگادیا و ریچموند<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) دریافتند تکانشگری بالا عود سریع تر مصرف سیگار را پیش‌بینی می‌کند.

علاوه بر این، برخی دیگر از رویکردهای نظری فرض می‌کنند خودکارآمدی نیز به عنوان صفتی شخصیتی، می‌تواند در عود مصرف مواد تأثیر داشته باشند (بندورا، ۱۹۷۷)؛ چراکه پیش‌بین پیامدهای مثبت است. این سازه مبتنی بر تفکر هدفمند (مای، و همکاران، ۲۰۱۶)، به عنوان اطمینان فرد برای انجام موفقیت‌آمیز رفتارهای خاص در موقعیت‌های پرخطر تعریف شده است (الفدالی، بولمن، کاندل، وایرز و دوایزز، ۲۰۱۲) و مفهومی کلیدی در چندین نظریه مرتبط با رفتار سلامت همچون نظریه شناخت اجتماعی (بندورا، ۱۹۸۶)، نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده (آجنز، ۱۹۹۱) و در مدل‌های عود منبعث از نظریه یادگیری اجتماعی (مارالات و گوردون، ۱۹۸۵) است. این نظریه‌ها تأکید دارند که باورهای فرد در مورد توانایی‌اش برای انجام موفقیت‌آمیز هدف رفتاری (برای مثال، ترک مصرف مواد)، موثر است (به نقل از ون زاندرت، فرگوسن، شیفمن و انگلز، ۲۰۱۰). در زمینه سوء مصرف مواد نیز شواهدی وجود دارد که این مفروضه‌ها را تأیید می‌کنند. ژانگ، فنگ، جنگ، اونز و ژو<sup>۶</sup> (۲۰۱۶) در پژوهشی کیفی دریافتند افرادی که خودکارآمدی بالایی داشتند، میزان اعتیاد و وابستگی خود را دست کم می‌گرفتند و خودکنترلی‌شان را بیش برآورد می‌کردند. در مقابل، افرادی که خودکارآمدی پایینی داشتند، میزان اعتیادشان را بیش برآورد می‌کردند و خودکنترلی‌شان را ضعیف ارزیابی می‌کردند. این افراد، سابقه عود بیش تری نسبت به گروه دیگر گزارش کردند و بیشتر مایل بودند عود را به عنوان نوعی شکست تفسیر کنند و آن را به خودشان نسبت دهند. مورل، اسکاربک و کوهن<sup>۷</sup> (۲۰۱۱) به این نتیجه رسیدند خودکارآمدی پایین با افزایش شدت نشانگان ترک نیکوتین مرتبط است و تأکید دارند رابطه‌ای پویا بین خودکارآمدی و علائم ترک نیکوتین وجود دارد. با تکیه بر مدل‌های نظری و یافته‌های تجربی، یکی از پیش فرض‌ها نقش

1. Doran, Spring, McChargue, Pergadia, & Richmond  
2. Bandura  
3. Elfeddali, Bolman, Candel, Wiers, & De Vries

4. Ajzen  
5. Van Zundert, Ferguson, Shiffman, & Engels  
6. Zhang, Feng, Geng, Owens, & Xi  
7. Morrell, Skarbek, & Cohen

خودکارآمدی در پیش‌بینی عود مصرف مواد مخدر است. بررسی مطالعات نشان می‌دهد خودکارآمدی از یک سو با مقابله اجتنابی (فوجی و فونا، ۲۰۱۷) و تکانشگری (گالو، داوا، کامبوروپالوس، استیجر و جسکون، ۲۰۱۰) مرتبط است و از سوی دیگر میانجی و پیش‌بین عود مصرف مواد (هایاکی، و همکاران، ۲۰۱۱) است. همچنین برخی از مدل‌های نظری (برای مثال، مدل مارلات و گوردون، ۱۹۸۶) تأکید دارند خودکارآمدی می‌تواند در این روابط فرضی نقش واسطه‌ای داشته باشد. با مرور مطالعات انجام شده در داخل و خارج از کشور این نکته مستفاد گردید که اگرچه این متغیرها به صورت زوجی در افراد وابسته به طبقه خاصی از مواد بررسی شده‌اند، با این حال، به طور هم‌زمان و در قالب یک مدل معادلات ساختاری مطالعه نشده‌اند. تحلیل مدل‌ها عمدتاً برای نظریه آزمایی مورد استفاده قرار می‌گیرد. اما، چنانچه پژوهشگر در صدد بررسی فرضیه‌هایی با روابط میانجی باشد، نیز می‌تواند مدل تدوین کند یا می‌تواند با ترکیب چند فرضیه یا نظریه از قبل موجود، مدلی جدید را تدوین و آن را آزمون کند (تپر، دوفی، هنله و لمبرت، ۲۰۰۶). بنابراین، پژوهش حاضر در نظر دارد با الهام گرفتن از مدل‌های نظری و مطالعات انجام شده، به بررسی مدل طرح‌ریزی شده مبتنی بر سازه‌های روان‌شناختی در عود مصرف مواد مخدر پردازد. سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا خودکارآمدی در رابطه بین تکانشگری و مقابله اجتنابی با عود مصرف مواد مخدر نقش واسطه‌ای دارد؟

## روش

### جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی و از نظر شیوه گردآوری و تحلیل اطلاعات، توصیفی از نوع همبستگی و مبتنی بر مدل معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش حاضر، در برگیرنده افراد در حال ترک سوء مصرف مواد مخدر با روش درمان نگهدارنده با متادون بود که در سال ۱۳۹۶ به کلینیک‌های سرپایی ترک اعتیاد شهر تهران مراجعه کردند. در انتخاب نمونه اغلب منابع و مبانی در زمینه مدل‌یابی معادلات ساختاری، تعداد

1. Fuochi, & Foà  
2. Gullo, Dawe, Kambouropoulos, Staiger, & Jackson

3. Hayaki  
4. Tepper, Duffy, Henle, & Lambert

متغیرها را به عنوان ملاکی برای تعیین حجم نمونه مدنظر قرار داده‌اند. از آنجا که در این پژوهش ۳ متغیر پیش‌بین وجود دارد (در پژوهش حاضر از فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ها استفاده شده، فقط نمره کلی به دست می‌دهند)، حجم نمونه پژوهش ۷۴ نفر برآورد شد. از یک سوی، به دلیل تأکید برخی منابع بر حجم حداقل ۱۰۰ نمونه برای استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و از سویی دیگر، با در نظر گرفتن این احتمال که برخی از پرسش‌نامه‌ها به صورت ناقص تکمیل می‌شوند، ۲۰۰ پرسش‌نامه در جامعه آماری توزیع شد. با توجه به این که امکان جلب همکاری کلینیک‌های ترک اعتیاد سطح شهر تهران به دلیل عدم برخورداری از حمایت سازمان‌های متولی میسر نبود، روش نمونه‌گیری به صورت غیرتصادفی و در دسترس انجام شد. از بین کلیه مراکز واجد شرایط، در مانگه (کلینیک) مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران و مرکز درمان سوء مصرف مواد باران با انجام میدانی پژوهش موافقت نمودند و پرسش‌نامه‌ها در این دو کلینیک توزیع شد. از مجموع ۲۰۰ پرسش‌نامه، ۱۴۳ پرسش‌نامه عودت داده و ۱۴ پرسش‌نامه که نحوه تکمیل آن از الگوی مشخصی پیروی می‌کرد از روند بررسی کنار گذاشته شد. در مجموع، نمونه نهایی پژوهش، ۱۲۹ نفر بود که بر این اساس، نرخ پاسخگویی ۹۰/۲۰٪ برآورد شد.

۱۵۰

150

### ابزار

۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: در این بخش، اطلاعاتی شامل سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اشتغال، سن شروع اولین ماده مصرفی، نوع درمان دریافتی، آخرین ماده مصرفی قبل از ترک مصرف، دفعات اقدام به ترک مصرف، وضعیت اعتیاد در خانواده و ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی بررسی شد.

۲- فرم کوتاه پرسش‌نامه تکانشگری بارت (۲۰۱۳): برای بررسی میزان تکانشگری از فرم کوتاه مقیاس تکانشگری بارت (استینبرگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۳) استفاده شد. این مقیاس هشت گویه دارد که از گویه‌های ۱، ۲، ۵، ۸، ۹، ۱۲، ۱۴ و ۱۹ ویرایش یازدهم مقیاس ۳۰ گویه‌ای تکانشگری بارت استخراج شد. هدف از طراحی این مقیاس، سنجش یک‌بعدی تکانشگری است. گویه‌هایی که بارعاملی بالاتری در نسخه ۳۰ گویه‌ای داشتند،



برای منعکس کردن میزان تکانشگری بیش تر انتخاب شدند. در مطالعه استینبرگ و همکاران (۲۰۱۳) ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۳ گزارش شد. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۲۷ محاسبه شد.

۳- مقیاس سبک‌های مقابله با استرس (۱۹۹۰): برای سنجش مقابله اجتنابی در پژوهش حاضر از مقیاس سبک‌های مقابله‌ای استفاده خواهد شد. این مقیاس توسط اندلر و پارکر (۱۹۹۰)، ساخته شده و سه سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی را ارزیابی می‌کند. سبک غالب هر فرد با توجه به نمره وی در هر یک از ابعاد سه‌گانه سبک‌های مقابله‌ای تعیین می‌شود. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (عدد ۱ اصلاً تا عدد ۵ همیشه) می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه اندلر و پارکر (۱۹۹۰)، در سبک مسئله‌مدار برای دختران ۰/۹۰ و برای پسران ۰/۹۲، در سبک هیجان‌مدار برای دختران ۰/۸۵ و برای پسران ۰/۸۲ و در سبک اجتناب‌مدار برای دختران ۰/۸۲ و برای پسران ۰/۸۵ گزارش شده است. جعفرنژاد (۱۳۸۲)، ضریب اعتبار را برای سبک هیجان‌مدار، مسئله‌مدار و اجتناب‌مدار، به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۳ و ۰/۷۲ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵۱ به دست آمد.

۴- پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی شوارتز (۱۹۸۱): این پرسش‌نامه توسط شوارتز و جروسلم به منظور ارزیابی خودکارآمدی عمومی و اجتماعی ساخته شد. در سال ۱۹۸۱ شوارتز و جروسلم آزمون را مورد بازنگری قرار داده و تعداد عبارت آن را به ۱۰ گویه کاهش دادند. پرسش‌نامه باورهای خودکارآمدی فعلی، دارای ۱۰ گویه است که همگی میزان خودکارآمدی عمومی را می‌سنجند. این آزمون یک ابزار خود گزارشی مخصوص بزرگسالان (بالای ۱۲ سال) است و نمره‌گذاری در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای، (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) می‌باشد. رجبی (۱۳۸۵) به منظور هنجاریابی این آزمون در ایران آن را بر روی نمونه‌ای ۵۸۷ نفری از دانشجویان اجرا کرد و ضریب آلفای کرونباخ را به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۰ در دانشجویان دختر و پسر گزارش نمود. ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۹۱۳ محاسبه شد.

۵-مقیاس کنترل شخصی: این پرسش‌نامه دارای ۱۵ سوال بوده و هدف آن ارزیابی میزان کنترل شخصی در استفاده از مواد (در دو حالت گذشته و حال) است. این آزمون دارای دو مجموعه مجزا از سؤالات است. در قسمت اول حالات فرد در ۹۰ روز گذشته بررسی می‌شود و در قسمت دوم، حالاتی که اگر فرد همین الان به مصرف مواد روی آورد، مورد پرسش قرار می‌گیرد. نمره‌گذاری از نوع لیکرت پنج گزینه‌ای و به صورت: کاملاً مخالفم (یک امتیاز)، مخالفم (دو امتیاز)، نمی‌دانم (سه امتیاز)، موافقم (چهار امتیاز) و کاملاً موافقم (پنج امتیاز) است. سؤالات ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵ معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. برای به دست آوردن امتیاز کلی، مجموع امتیازات سؤالات با هم جمع می‌شود. این امتیاز دامنه‌ای از ۱۵ تا ۷۵ خواهد داشت. بدیهی است که هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان توانایی بالاتر فرد پاسخ‌دهنده در کنترل شخصی خود در برابر مصرف مواد خواهد بود و بالعکس. در پژوهش شعاع کاظمی (۱۳۹۰) روایی پرسشنامه را استادان متخصص در زمینه اعتیاد خوب ارزیابی کردند. اعتبار باروش بازآزمایی ۸۰/۸ محاسبه شد. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸۱ به دست آمد.

### یافته‌ها

به لحاظ سن، اکثر (۵۹ نفر معادل ۴۵/۷ درصد) در دامنه سنی ۵۰-۳۶ سال، متأهل (۶۴ نفر معادل ۴۹/۶ درصد)، دارای تحصیلات دیپلم (۶۰ نفر معادل ۴۶/۵ درصد) و شاغل (۷۱ نفر معادل ۵۵ درصد) بودند.

جدول ۱: آماره‌های توصیف متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
تکانشگری	۱۹/۹۵	۴/۷۶	۸	۲۹
مقابله اجتنابی	۴۳/۳۵	۱۱/۰۵	۲۱	۷۴
خودکارآمدی	۳۳/۴۴	۸/۳۵	۱۰	۵۰
احتمال عود	۴۷/۶۴	۶/۰۳	۳۶	۶۸

مدل معادلات ساختاری ترکیبی از مدل اندازه‌گیری (تحلیل عاملی تأییدی) و مدل ساختاری (تحلیل مسیر) است. پیش از پرداختن به مدل معادلات ساختاری، مفروضه‌های مدل معادلات ساختاری کنترل و بررسی شدند. از آنجا که مدل معادلات ساختاری منبعث

از روش همبستگی است، مفروضه‌های بنیادی مطالعات همبستگی بررسی شدند. شرط توزیع بهنجار چندمتغیری قبل از اجرای تحلیل باید احراز شود.

جدول ۲: بررسی مفروضه بهنجار بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه

شاخص‌های نرمالته	تکانشگری	مقابله اجتنابی	خودکارآمدی	احتمال عود
چولگی	-۰/۴۱۵	۰/۴۴۰	۰/۷۱۸	۰/۶۷۶
خطای استاندارد	۰/۲۱۳	۰/۲۱۳	۰/۲۱۳	۰/۲۱۳
کشیدگی	-۰/۶۲۸	-۰/۲۰۷	۰/۴۳۴	۰/۵۵۰
خطای استاندارد	۰/۴۲۳	۰/۴۲۳	۰/۴۲۳	۰/۴۲۳
Z کولموگروف - اسمیرنوف	۱/۱۷۹	۰/۹۲۱	۱/۲۰۳	۱/۲۷۳
معناداری	۰/۱۲۴	۰/۳۶۴	۰/۱۱۱	۰/۰۷۸

بر اساس نتایج جدول ۲، مقدار چولگی و کشیدگی مشاهده شده برای متغیرهای تکانشگری، مقابله اجتنابی، خودکارآمدی و احتمال عود در بازه (۱/۹۶، -۱/۹۶) قرار دارد. همچنین، نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف نشان داد معناداری برای تمامی متغیرها بالاتر از ۰/۰۵ است و متغیرها از توزیع نرمال برخوردارند.

۱۵۳

153

جدول ۳: بررسی خطی بودن متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
تکانشگری	۶۴۹/۴	۲۱/۵۱	۰/۰۰۰۵	
احتمال عود	۳۳۲/۷	۹/۶۶	۰/۰۰۳	
خودکارآمدی	۸۷۶/۹	۳۰/۲۶	۰/۰۰۰۵	

نتایج آزمون خطی بودن<sup>۱</sup> رابطه متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک در جدول ۳ ارائه شده است. سطح معناداری برای متغیرها پایین تر از مقدار آلفا ( $\alpha = ۰/۰۵$ ) به دست آمده که مبین برقراری رابطه خطی است.

جدول ۴: بررسی هم خطی یا چندگانگی خطی متغیرهای پیش‌بین

متغیرهای پیش‌بین	عامل تورم واریانس	رواداری یا تحمل
تکانشگری	۰/۹۲۰	۱/۰۸۷
مقابله اجتنابی	۰/۹۲۰	۱/۰۸۶
خودکارآمدی	۰/۹۹۳	۱/۰۰۷

یکی دیگر از مفروضه‌ها، عدم همبستگی بالا بین متغیرهای پیش‌بین است (چندگانگی خطی) که به منظور بررسی آن از دو آماره رواداری یا تحمل و عامل تورم واریانس استفاده شد. چنانچه مقدار تحمل برای یک متغیر خاص، ۰/۰۱ یا کم‌تر باشد و عامل تورم واریانس بزرگ‌تر از عدد ۱۰ باشد، شرط عدم هم خطی چندگانه است. نتایج جدول ۴ مؤید آن است که پدیده هم خطی بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک وجود ندارد. با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان اظهار داشت مفروضه‌های مربوط به آزمون‌های پارامتری بر پایه مطالعات همبستگی رعایت شده است و استفاده از آن مانعی ندارد.

جدول ۵: ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	۱	۲	۳	۴
تکانشگری	۱	-	-	-
مقابله اجتنابی	۰/۰۶۳	۱	-	-
خودکارآمدی	۰/۲۷۹**	۰/۰۶۹	۱	-
احتمال عود	۰/۳۷۳**	۰/۲۶۷**	۰/۴۳۳**	۱

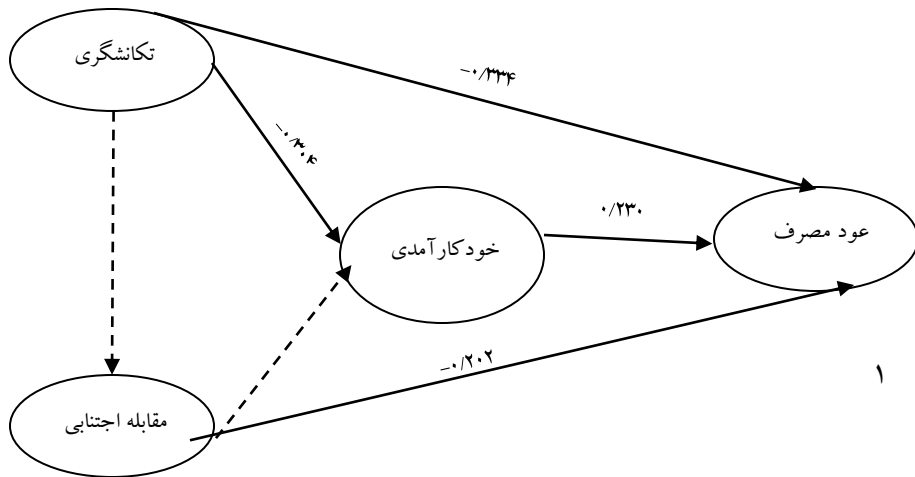
\*\*P < ۰/۰۱

جهت بررسی نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در رابطه بین تکانشگری و مقابله اجتنابی با عود مصرف مواد مخدر از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

جدول ۶: برازش مدل فرضی پژوهش با داده‌ها بر اساس شاخص‌های برازندگی

شاخص‌های برازندگی	X <sup>2</sup>	df	X <sup>2</sup> /df	CFI	IFI	TLI	RMSEA	P
مدل فرضی	۱۶۲۰/۳۸	۹۴۱	۱/۷۲۲	۰/۶۹۸	۰/۷۰۵	۰/۶۸۳	۰/۰۷۵	۰/۰۰۰۵
مدل اصلاح شده	۱۱۱۱/۳۳	۸۷۹	۱/۲۶۴	۰/۸۹۷	۰/۹۰۲	۰/۸۸۴	۰/۰۴۵	۰/۰۰۰۵

شاخص‌های برازندگی نشان دهنده برازش ضعیف مدل فرضی با داده‌ها هستند. به عبارت دیگر، مقادیر اکثر شاخص‌ها نشان می‌دهد که مدل نیاز به اصلاح دارد. به این منظور، با توجه به خروجی مدل اولیه، اثر مستقیم تکانشگری بر مقابله اجتنابی و همچنین اثر مستقیم مقابله اجتنابی بر خودکارآمدی حذف و خطای برخی از متغیرهای مشاهده شده مربوط به هر سازه به یکدیگر متصل شد.



شکل ۱: مدل نهایی پژوهش (خطوط خط چین: مسیر حذف شده)

نتایج مدل اصلاح شده نشان می‌دهد که شاخص‌های برازندگی شامل شاخص جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA=0/045)، نسبت مجذور کای به درجه آزادی (X2/df=1/264)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI=0/897)، شاخص برازش فزاینده (IFI=0/902) و شاخص تاکر-لویز (TLI=0/884) حاکی از برازش مطلوب مدل اصلاح شده پژوهش با داده‌ها است. بنابراین مدل اصلاح شده یا نهایی از برازندگی نسبتاً قابل قبولی برخوردار است. مقایسه شاخص‌های مدل فرضی با مدل اصلاح شده، بهبود مدل نهایی را نسبت به مدل فرضی مورد تأیید قرار می‌دهد. ضرایب اثر مستقیم و اثر کل در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷: اثر مستقیم و اثر کل متغیرهای پیش‌بین بر متغیر ملاک

مسیر آزمون شده	اثر کل	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم
تکانشگری بر عود مصرف	-0/401	-0/334	-0/067
مقابله اجتنابی بر عود مصرف	-0/202	-0/202	-
خودکارآمدی بر عود مصرف	0/230	0/230	-

همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، بر اساس ضرایب استاندارد، مسیرهای مستقیم اثر تکانشگری، مقابله اجتنابی و خودکارآمدی بر عود مصرف معنادارند. نتایج مدل برای بررسی اثر غیرمستقیم نشان داد اثر تکانشگری بر عود مصرف مواد با واسطه

خودکارآمدی کاهش معناداری داشته است. این کاهش مبین آن است که خودکارآمدی توانسته در رابطه بین تکانشگری و عود مصرف مواد نقش واسطه‌ای داشته باشد. علاوه بر این، از آنجا که مقابله اجتنابی رابطه معناداری با خودکارآمدی نشان نداده، نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در رابطه بین مقابله اجتنابی با عود مصرف امکان‌پذیر نیست.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد ارتباط منفی و معناداری بین تکانشگری با احتمال عود مصرف مواد مخدر وجود دارد. از آنجایی که برای ارزیابی احتمال عود از مقیاس کنترل شخصی استفاده شد، کسب نمره بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده توانایی بیش‌تر فرد برای کنترل و جلوگیری از عود مصرف است. به همین دلیل، جهت ارتباط بین تکانشگری و احتمال عود به صورت معکوس محاسبه شده و نشان می‌دهد با افزایش تکانشگری میزان کنترل شخصی فرد برای مصرف مجدد مواد کاهش می‌یابد و بالعکس. نتایج مطالعات انجام شده در ادبیات پژوهشی نیز با یافته‌های پژوهش حاضر همسو و همخوان بود. در همین راستا، لوری، و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان دادند تکانشگری بالا پیش از درمان، معمولاً با پیامدهای درمانی ضعیف‌تر مرتبط است. علاوه بر این مطالعات، گالو، و همکاران (۲۰۱۰) و دران، و همکاران (۲۰۰۴) نیز نتایج مشابهی در افراد مصرف‌کننده الکل و سیگار به دست آوردند. مطالعات انجام شده در داخل کشور عمدتاً نقش تکانشگری را در مصرف مواد یا گرایش به مصرف مورد بررسی قرار دادند. برای مثال، جبرائیلی، مرادی و حبیبی (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای نشان دادند ابعاد تکانشگری همبستگی معناداری با مصرف و مصرف‌چندگانه مواد، الکل و دخانیات دارد. مطالعات قمری گیوی و مجرد (۱۳۹۵)، نیکو گفتار و عنافچه (۱۳۹۳) و اسدی مجره و همکاران (۱۳۹۳) نیز به نقش تکانشگری در گرایش به اعتیاد و مصرف مواد تأکید کردند. در تبیین ارتباط بین تکانشگری و عود مصرف می‌توان به تعریف مفهومی تکانشگری اشاره کرد. در پیشینه روان‌شناسی، تکانه به اصرار و میل شدید و غیرقابل مهار برای انجام یک عمل گفته می‌شود که در پاسخ به یک محرک درونی (روانی) یا بیرونی به وجود می‌آید. بدیهی است که این گونه رفتارها متضمن سود کوتاه مدت می‌باشند. افراد تکانشگر، ضعف در خور توجهی در یادگیری

تداعی‌های مناسب بین پاداش و تنبیه دارند که برای انتخاب مناسب، از اهمیت بسیاری برخوردار است. تجلی فراوان این ویژگی‌ها، از جمله بازداری پاسخ و پاداش ناشی از تکانشگری، ارتباط قدرتمندی با سوء مصرف مواد دارد. مشکلات ناشی از تکانشگری مثل بازداری ضعیف، تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی می‌تواند یک مانع عمده در مسیر درمان افراد مبتلا به اختلالات سوء مصرف مواد مخصوصاً در شروع، پیروی و تداوم درمان باشد. در نمونه‌های بالینی، تکانشگری با عواملی که در عود نقش دارند مثل وسوسه و شدت مصرف مواد ارتباط دارد و این یک عامل میانجی بالقوه در پاسخدهی و اثربخشی درمان‌های این اختلال است (لوری، و همکاران، ۲۰۱۵). رفتارهای تکانشی همانند یک ماشه چکان عمل می‌کنند و منجر به شکل‌گیری تمایل شدید مصرف در سوء مصرف کنندگان مواد و در نتیجه ناتوانی‌شان برای مقاومت در برابر آن شده و در آخر زمینه بازگشت به سوء مصرف مجدد مواد را فراهم می‌کنند. از این رو با توجه به تکانشگری در بیماران استفاده کننده از مواد، تشویق به تغییر رفتار و ترک مواد، در این بیماران همواره راه دشواری بوده است (مکری، اختیاری، عدالتی، گنجگاهی و نادری، ۱۳۸۷). با توجه به آنچه گفته شد، توانایی ضعیف در کنترل شخصی برای جلوگیری از عود مصرف مواد در افرادی که تکانشگر هستند، قابل توجه است. علاوه بر این، نتایج پژوهش حاضر نشان داد ارتباط منفی بین مقابله اجتنابی و احتمال عود مصرف مواد وجود دارد. نتایج مطالعات انجام شده در ادبیات پژوهشی نیز نقش مقابله اجتنابی در مصرف مواد و عود آن را مورد تأیید قرار می‌دهد. برای مثال، همسو با نتایج پژوهش حاضر، مطالعات ون‌گاندی، و همکاران (۲۰۱۵)، ایواماتو، و همکاران (۲۰۱۱)، رابرتسون، و همکاران (۲۰۱۰) و فیل و هاسکینگ (۲۰۰۸) نقش مقابله اجتنابی را در مصرف مواد و پیامد ضعیف درمانی مرود تأیید قرار دادند. در ادبیات پژوهشی داخل کشور نیز، شعبانی، میرزائیان و سنگانی (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای با رویکرد مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان دادند راهبردهای مقابله‌ای بر آمادگی به اعتیاد افراد در حال بهبودی اثر مستقیم دارند. عبداللهی و باحشمت جویباری (۱۳۹۵) به مقایسه سبک‌های مقابله‌ای در افراد مصرف کننده اویوم، تحت درمان نگهدارنده متادون و همتایان سالم پرداختند و به این نتیجه رسیدند میانگین مقابله اجتنابی

در مصرف‌کنندگان اویوم و افراد تحت درمان با متادون بیش‌تر از میانگین گروه بهنجار است. بر اساس مبانی نظری پژوهش، استرس، اضطراب و افسردگی به عنوان عوامل خطر برای مصرف مواد شناخته می‌شوند که می‌توانند از مرگ شخصی مهم، کناره‌گیری اجتماعی، تنهایی و بیماری ریشه بگیرند (کانهام، ۲۰۱۴؛ به نقل از مارو و همکاران، ۲۰۱۵). نقص در توانایی افراد برای سازمان‌دهی، ترکیب و تعدیل کردن هیجان‌ها به هنگام مواجهه با استرس که نشان‌دهنده نقص در راهبردهای مقابله است با شروع و تشدید مصرف مواد در نوجوانان و بزرگسالان جوان همراه است (وانگ و همکاران، ۲۰۱۳). بر اساس مدل مقابله با استرس در زمینه اعتیاد، افراد تمایل دارند برای رها کردن خودشان از تجربه و تفکر در مورد رویدادهای استرس‌زا به سوءمصرف مواد بپردازند (آلدريج و روچ، ۲۰۰۸؛ کالیچمن و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از فلویید و همکاران، ۲۰۱۰). طبق مدل اندلر و پارکر (۱۹۹۰) سبک‌های هیجان‌مدار و اجتنابی به عنوان سبک‌های ناسازگار مواجهه با تنیدگی‌های روزمره تلقی می‌شوند و برخی از پژوهش‌ها (برای مثال فلویید و همکاران، ۲۰۱۰) تأکید دارند بسیاری از افراد با سبک مقابله‌ای ناسازگارانه برای مواجهه با تنیدگی‌ها و رویدادهای منفی به سوءمصرف مواد روی می‌آورند. رابرتسون، و همکاران (۲۰۱۰) نیز تأیید می‌کنند مواجهه بیش‌تر با رویدادهای منفی زندگی با مصرف بیش‌تر مواد مرتبط است. در تبیین ارتباط سبک مقابله‌ای اجتنابی با سوءمصرف مواد به نظر می‌رسد که این افراد به هنگام مواجهه با تنیدگی‌ها و حوادث منفی روابط ضعیفی با دیگران دارند و در نتیجه تلاش کم‌تری برای جست‌وجوی حمایت اجتماعی انجام می‌دهند. در نتیجه، بازگشت به اعتیاد و سوءمصرف مواد را به عنوان راهبردی جهت کنترل تنیدگی‌ها و حوادث منفی در نظر می‌گیرند. یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر، ارتباط مثبت بین خودکارآمدی و احتمال عود مصرف مواد بود. همسو با نتایج پژوهش حاضر، ژانگ، و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی کیفی دریافتند افرادی که خودکارآمدی بالایی داشتند، میزان اعتیاد و وابستگی خود را دست کم می‌گرفتند و خودکنترلی‌شان را بیش‌تر برآورد می‌کردند. در مقابل، افرادی که خودکارآمدی پایینی داشتند، میزان اعتیادشان را بیش‌تر برآورد می‌کردند و خودکنترلی‌شان را ضعیف ارزیابی می‌کردند. این افراد، سابقه عود



بیش تری نسبت به گروه دیگر گزارش کردند و بیشتر مایل بودند عود را به عنوان نوعی شکست تفسیر کنند و آن را به خودشان نسبت دهند. نتایج مطالعات الفدالی، و همکاران (۲۰۱۲)، گالو، و همکاران (۲۰۱۰)، بر نقش خودکارآمدی در مصرف مواد و عود آن تأکید داشتند و با یافته‌های پژوهش حاضر همسو و همخوان است. در بین مطالعات انجام شده در داخل کشور نتایج پژوهش جلیلیان کاسب، ججت خواه، و رشیدی (۱۳۹۵)، و اورکی (۱۳۹۰) نیز تا حدودی با نتایج پژوهش حاضر همسو و همخوان بود. خودکارآمدی در موقعیت‌های مصرف مواد، تعیین کننده کلیدی رفتار در شرایط عود بالقوه است. در چارچوبی شناختی-رفتاری، اعتماد و اطمینان به توانایی فرد برای خودداری از مصرف در مواجهه با شرایط مصرف مواد، احتمال مقاومت در برابر میل و فشار مصرف بعد از دوره ترک را افزایش می‌دهد. در تأیید این مبنای نظری، ادبیات پژوهشی یافته‌های همسویی را نشان می‌دهد. در سؤال اصلی پژوهش، نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در رابطه بین تکانشگری و مقابله اجتنابی با احتمال عود مصرف مواد مخدر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از مدل معادلات ساختاری مؤید آن بود متغیرهای تکانشگری، مقابله اجتنابی و خودکارآمدی اثر مستقیمی بر عود مصرف مواد دارند. نتایج غیرمستقیم نیز حاکی از آن بود زمانی که نقش خودکارآمدی در رابطه بین تکانشگری و عود مصرف مواد مخدر مورد بررسی قرار می‌گیرد، از میزان تأثیر تکانشگری بر عود مصرف کاسته می‌شود. به عبارت دیگر، خودکارآمدی در رابطه بین تکانشگری و عود مصرف مواد نقش واسطه‌ای داشته است. همسو با این نتایج، گالو، و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی با هدف بررسی نقش واسطه‌ای خودکارآمدی ترک الکل در رابطه بین تکانشگری و سوء مصرف الکل به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی ترک به طور کامل در رابطه بین تکانشگری و نوشیدن پرخطر نقش واسطه‌ای را ایفا می‌کند. از آنجا که سازه تکانشگری جنبه فیزیولوژیک قدرتمندی دارد، نقش واسطه‌ای خودکارآمدی که قابلیت مداخله برای آن فراهم است، اهمیت بیشتری در این مدل برای بهبود درمان اعتیاد دارد. پروتکل‌های درمانی مختلفی با رویکردهای رفتاری، شناختی و اجتماعی برای ارتقاء و بهبود خودکارآمدی وجود دارد که با استفاده از آن‌ها می‌توان میزان عود مصرف مواد را کاهش

داد. از پیش شرط‌های روابط ساختاری غیرمستقیم، ارتباط بین متغیر پیش‌بین و متغیر پیش‌بین میانی است. از آنجا که نتایج نشان داد مقابله اجتنابی ارتباط معناداری با خودکارآمدی ندارد، به نظر می‌رسید خودکارآمدی نتواند در رابطه بین مقابله اجتنابی و عود مصرف مواد نقش واسطه‌ای داشته باشد. در مدل ساختاری نیز ارتباط غیرمستقیم مقابله اجتنابی با عود مصرف مواد با واسطه خودکارآمدی مورد تأیید قرار نگرفت. مدل پیش‌تجربی پژوهش حاضر مبتنی بر مدل شناختی - رفتاری مارلات (۱۹۸۵) در عود مصرف مواد بود. این مدل مبتنی بر دو محور عمده است: تشخیص نشانه‌های هشداردهنده و ایجاد مهارت‌های ضروری برای مقابله با موقعیت‌های پرخطر. در حقیقت، چگونگی درک مراجع توانایی‌هایش برای مقابله با موقعیت‌های پرخطر می‌تواند منجر به عدم لغزش شود. بازگشت تابعی از واکنش درمانجو به این لغزش اولیه است. مارلات به دنبال استفاده از روش‌های رفتاری در درمان اعتیاد، با پی بردن به ناکارآمدی روش‌های محض رفتاری، به طرح مدلی رفتاری - شناختی برای پیشگیری از عود پرداخت. او بر اساس پژوهش‌هایی نشان داد که تعامل عوامل فردی، موقعیتی و فیزیولوژیکی خطر عود را تعیین می‌کند. در این الگو بر نقش فزاینده شناخت در شکل‌گیری و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی تأکید شده است و می‌کوشد با دستکاری سیستم شناختی فرد (ایجاد تغییر در تفکر معیوب و باورهای ناسازگارانه) واکنش‌های هیجانی خود آسیب‌زننده را کاهش و کنترل فرد را در رویارویی با موارد لغزش، افزایش دهد. برحسب این الگو، هنگامی که درمان‌جو در موقعیت پرخطری قرار می‌گیرد، در صورت فقدان پاسخ‌های مقابله‌ای مناسب، احساس خودکارآمدی وی کاهش می‌یابد و انتظارات مثبتی در زمینه اثرات مصرف مواد در موقعیت پرخطر شکل می‌گیرد که این وضعیت به لغزش و عود منجر می‌شود (رهبریان، حسین‌زاده و دوستی، ۱۳۹۵). با این حال، مثلث عود، خودکارآمدی و مقابله که در مدل مارلات (۱۹۸۵) به آن اشاره شده بود، در پژوهش حاضر تأیید نشد. یکی از علل احتمالی عدم تأیید مدل مارلات (۱۹۸۵) در پژوهش حاضر، تأکید برخی از مطالعات داخل کشور بر مقابله به عنوان یک سازه وابسته به فرهنگ است. نتایج مطالعات انجام شده در ادبیات پژوهشی نشان داد مقابله اجتنابی، راهبرد غالب افراد سوءمصرف

کننده مواد برای مواجهه با استرس است (برای مثال، عبدالهی و باحشمت جویباری، ۱۳۹۵)؛ در نتیجه، در مدل پیش تجربی پژوهش حاضر صرفاً این سبک مقابله‌ای مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس مبانی نظری، افراد با سبک مقابله‌ای اجتنابی که به عنوان راهبرد ناسازگارانه مواجهه با استرس در نظر گرفته می‌شود، به هنگام مواجهه با مشکلات، عمدتاً به تفکرات آرزومندانه و انکار مشکلات روی می‌آورند (مارکوز-آریکو، و همکاران، ۲۰۱۵) و از برخورد منطقی و مسئله‌محور با مسائل اجتناب می‌کنند. اما نتایج پژوهش حاضر همسویی ضعیفی با مدل مارلات (۱۹۸۵) نشان داد که بر نقش مقابله در فرایند عود تأکید دارد. در این زمینه به نظر می‌رسد مقابله اجتنابی در فرهنگ ایرانی تا حدودی جنبه سازگارانه داشته باشد. برای سنجش میزان مقابله اجتنابی از شرکت‌کنندگان درخواست شد میزان درگیری خودشان با تعدادی از فعالیت‌ها را به هنگام مواجهه با استرس نشان دهند. برخی از گویه‌ها، فعالیت‌هایی همچون: «سعی می‌کنم با اشخاص دیگری باشم»، «به ملاقات دوستی می‌روم»، «به مهمانی می‌روم» را شامل می‌شد. موارد اشاره شده در پرسش‌نامه به نظر می‌رسد بیشتر به سرمایه و حمایت اجتماعی فرد اشاره داشته باشد که در نتیجه آن، فرد قابلیت‌های بیشتری برای مواجهه با پدیده‌های محرک مصرف مواد پیدا می‌کند. تبیین احتمالی دیگر، می‌تواند عدم استفاده از ابزار مناسب برای خودکارآمدی باشد. در این پژوهش برای سنجش خودکارآمدی، از پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی استفاده شد که در مقابل ابزارهایی همچون خودکارآمدی پرهیز از مصرف مواد، به نظر روایی ضعیف‌تری در زمینه سنجش میزان خودکارآمدی در عود مصرف مواد داشته باشد. از نظر محدودیت‌های پژوهش لازم به ذکر است عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی در این پژوهش می‌تواند تعمیم نتایج حاصل را با محدودیت همراه سازد. با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد خودکارآمدی می‌تواند در رابطه بین تکانشگری و عود مصرف مواد نقش واسطه‌ای داشته باشد، پیشنهاد می‌شود در پروتکل درمان نگهدارنده با متادون، اهمیت بیشتری به این سازه داده شود و روان‌شناسان مرکز بر این سازه به عنوان یک راهبرد پیشگیری از عود مصرف مواد تأکید داشته باشند.

منابع

- اسدی مجره، سامره؛ محمود علیو، مجید؛ بهادری خسروشاهی، جعفر؛ و خورسند، مریم (۱۳۹۳). الگوهای شخصیتی، باورهای غیرمنطقی و تکانشگری در مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸ (۳۲)، ۱۳۵-۱۱۹.
- اورکی، محمد (۱۳۹۰). بررسی رابطه خشم، خود کارآمدی، مهارت های مقابله ای و میل به مصرف مواد در گروهی از درمانجویان وابسته به مواد مخدر افیونی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۵ (۱۸)، ۵۴-۳۹.
- جبرائیلی، هاشم؛ مرادی، علیرضا؛ و حبیبی، مجتبی (۱۳۹۶). بررسی نقش واسطه‌ای اختلال در تنظیم هیجانی در رابطه میان ابعاد ویژگی شخصیتی تکانشگری و مصرف و مصرف چندگانه مواد، الکل و دخانیات. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱ (۴۰)، ۱۹۰-۱۷۳.
- جلیلیان کاسب، فاطمه؛ حجت خواه، محسن؛ و رشیدی، علیرضا (۱۳۹۵). بررسی نقش میانجی گر سرسختی روان شناختی در رابطه بین جهت گیری مذهبی، خودکارآمدی و خودپنداره با گرایش به اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۰ (۴۰)، ۱۶۰-۱۴۵.
- رهبریان، مهرک؛ حسین زاده، مهرش؛ و دوستی، پرویز (۱۳۹۵). تأثیر آموزش ارتباط مؤثر به زوجهای وابسته به مواد مخدر بر اساس مدل شناختی- رفتاری بر الگوهای ارتباطی و عود مجدد. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۲۰ (۵)، ۵۱-۴۳.
- شعبانی، حسن؛ میرزائیان، بهرام؛ و سنگانی، علیرضا (۱۳۹۶). مدل یابی روابط ساختاری طرحواره، سبک های دلبستگی با آمادگی به اعتیاد با واسطه‌گری راهبردهای مقابله‌ای استرس، تنظیم شناختی هیجان واحساس تنهایی در معتادان در حال ترک اعتیاد به مواد مخدر. *مجله اعتیاد پژوهی*، ۱۱ (۴۳)، ۱۹۴-۱۷۷.
- عبداللهی، محمد حسین؛ و باحشمت جویباری، شهاب (۱۳۹۵). سیستم‌های بازداری- فعال‌سازی رفتاری و سبک‌های مقابله‌ای در افراد مصرف کننده اویوم، تحت درمان نگهدارنده متادون و همتایان سالم. *مجله اعتیاد پژوهی*، ۱۰ (۴۰)، ۲۶-۱۱.
- قمری گیوی، حسین؛ و مجرد، آرزو (۱۳۹۵). پیش‌بینی گرایش به اعتیاد با استفاده از سبک دلبستگی و تکانشگری. *مجله مراقبت و سلامت*، ۱۸ (۱)، ۲۸-۱۸.
- مکری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ عدالتی، حامد؛ گنجگاهی، حبیب؛ و نادری، پریسا (۱۳۸۷). ارتباط شاخص‌های تکانشگری و رفتارهای مخاطره‌جویانه با شدت ولع مصرف در گروه‌های مختلف معتادان به مواد افیونی. *مجله روان پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۴ (۳)، ۲۶۸-۲۵۸.

نیکوگفتار، منصوره؛ و عنافچه، شهلا (۱۳۹۳). مقایسه تکانشگری بین افراد مبتلا به ایدز، افراد دارای

سوء مصرف مواد و همتایان سالم. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۸ (۳۱)، ۴۴-۳۵.

Adinoff, B., Talmadge, C., Williams, M. J., Schreffler, E., Jackley, P. K., & Krebaum, S. R. (2010). Time to Relapse Questionnaire (TRQ): a measure of sudden relapse in substance dependence. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(3), 140-149.

Appiah, R., Danquah, S. A., Nyarko, K., Ofori-Atta, A. L., & Aziato, L. (2017). Precipitants of Substance Abuse Relapse in Ghana: A Qualitative Exploration. *Journal of Drug Issues*, 47(1), 104-115.

Bandura A. (1977). Self-efficacy toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology Review*, 84(2), 191-215.

Bird, J., & Schenk, S. (2013). Contribution of impulsivity and novelty-seeking to the acquisition and maintenance of MDMA self-administration. *Addiction Biology*, 18(4), 654-664.

Brandon, T. H., Vidrine, J. I., & Litvin, E. B. (2007). Relapse and relapse prevention. *Annual Review of Clinical psychology*, 3, 257-284.

Chen, Y. C., Chen, C. K., & Wang, L. J. (2015). Predictors of relapse and dropout during a 12-week relapse prevention program for methamphetamine users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 47(4), 317-324.

Chie, Q. T., Tam, C. L., Bonn, G., Wong, C. P., Dang, H. M., & Khairuddin, R. (2015). Drug abuse, relapse, and prevention education in Malaysia: Perspective of university students through a mixed methods approach. *Frontiers in psychiatry*, 6, 60-65. DOI:10.3389/fpsy.2015.00065.

Doran, N., Spring, B., McChargue, D., Pergadia, M., & Richmond, M. (2004). Impulsivity and smoking relapse. *Nicotine & Tobacco Research*, 6(4), 641-647.

Elfeddali, I., Bolman, C., Candel, M. J., Wiers, R. W., & De Vries, H. (2012). The role of self-efficacy, recovery self-efficacy, and preparatory planning in predicting short-term smoking relapse. *British journal of Health Psychology*, 17(1), 185-201.

Evren, C., Durkaya, M., Evren, B., Dalbudak, E., & Cetin, R. (2012). Relationship of relapse with impulsivity, novelty seeking and craving in male alcohol-dependent inpatients. *Drug and Alcohol Review*, 31(1), 81-90.

Feil, J., & Hasking, P. (2008). The relationship between personality, coping strategies and alcohol use. *Addiction Research & Theory*, 16(5), 526-537.

Fuochi, G., & Foà, C. (2017). Quality of life, coping strategies, social support and self-efficacy in women after acute myocardial infarction: a mixed methods approach. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 98-107. DOI: 10.1111/scs.12435.

Gullo, M. J., Dawe, S., Kambouropoulos, N., Staiger, P. K., & Jackson, C. J. (2010). Alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy mediate the association of impulsivity with alcohol misuse. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(8), 1386-1399.

Hayaki, J., Herman, D. S., Hagerty, C. E., De Dios, M. A., Anderson, B. J., & Stein, M. D. (2011). Expectancies and self-efficacy mediate the effects of

- impulsivity on marijuana use outcomes: An application of the acquired preparedness model. *Addictive behaviors*, 36(4), 389-396.
- Herd, N., & Borland, R. (2009). The natural history of quitting smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction*, 104(12), 2075-2087.
- Iwamoto, D., Liu, W. M., & McCoy, T. E. (2011). An exploratory model of substance use among Asian American women: The role of depression, coping, peer use and Asian values. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 10(4), 295-315.
- Kronenberg, L. M., Goossens, P. J., van Busschbach, J., van Achterberg, T., & van den Brink, W. (2015). Coping styles in substance use disorder (SUD) patients with and without co-occurring attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or autism spectrum disorder (ASD). *BMC Psychiatry*, 15(1), 159-164.
- Loree, A. M., Lundahl, L. H., & Ledgerwood, D. M. (2015). Impulsivity as a predictor of treatment outcome in substance use disorders: Review and synthesis. *Drug and Alcohol Review*, 34(2), 119-134.
- Marquez-Arrico, J. E., Benaiges, I., & Adan, A. (2015). Strategies to cope with treatment in substance use disorder male patients with and without schizophrenia. *Psychiatry Research*, 228(3), 752-759.
- Maulik, P. K., Tripathi, B. M., & Pal, H. R. (2002). Coping behaviors and relapse precipitants in opioid dependence: a study from North India. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(3), 135-140.
- Moore, T. M., Seavey, A., Ritter, K., McNulty, J. K., Gordon, K. C., & Stuart, G. L. (2014). Ecological momentary assessment of the effects of craving and affect on risk for relapse during substance abuse treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(2), 619-626.
- Morrell, H. E., Skarbek, E. A., & Cohen, L. M. (2011). The relationship between self-efficacy and nicotine withdrawal severity among adult smokers. *Addiction Research & Theory*, 19(6), 494-503.
- Panbianco, D., Gallupe, O., Carrington, P. J., & Colozzi, I. (2016). Personal support networks, social capital, and risk of relapse among individuals treated for substance use issues. *International Journal of Drug Policy*, 27, 146-153.
- Robertson, A. A., Xu, X., & Stripling, A. (2010). Adverse events and substance use among female adolescent offenders: Effects of coping and family support. *Substance use & misuse*, 45(3), 451-472.
- Sau, M., Mukherjee, A., Manna, N., & Sanyal, S. (2013). Sociodemographic and substance use correlates of repeated relapse among patients presenting for relapse treatment at an addiction treatment center in Kolkata, India. *African Health Sciences*, 13(3), 791-799.
- Scott, C. K., Dennis, M. L., Laudet, A., Funk, R. R., & Simeone, R. S. (2011). Surviving drug addiction: the effect of treatment and abstinence on mortality. *American Journal of Public Health*, 101(4), 737-744.
- Shepherd-McMullen, C., Mearns, J., Stokes, J. E., & Mechanic, M. B. (2015). Negative mood regulation expectancies moderate the relationship between psychological abuse and avoidant coping. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(9), 1553-1566.

- Singer, P. D. (2016). *Factors associated with long-term recovery from substance use disorders*. Doctoral dissertation, California state university, Long Beach.
- Smyth, B. P., Barry, J., Keenan, E., & Ducray, K. (2010). Lapse and relapse following inpatient treatment of opiate dependence. *Irish medical journal*, 103(6), 176-179.
- Soyka, M., & Mutschler, J. (2016). Treatment-refractory substance use disorder: Focus on alcohol, opioids, and cocaine. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 70, 148-161.
- Steinberg, L., Sharp, C., Stanford, M. S., & Tharp, A. T. (2013). New tricks for an old measure: The development of the Barratt Impulsiveness Scale–Brief (BIS–Brief). *Psychological Assessment*, 25(1), 216-222.
- Stevens, L., Goudriaan, A. E., Verdejo-Garcia, A., Dom, G., Roeyers, H., & Vanderplasschen, W. (2015). Impulsive choice predicts short-term relapse in substance-dependent individuals attending an in-patient detoxification programme. *Psychological Medicine*, 45(10), 2083-2093.
- Stevens, L., Verdejo-García, A., Goudriaan, A. E., Roeyers, H., Dom, G., & Vanderplasschen, W. (2014). Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: a review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(1), 58-72.
- Su, H., Li, Z., Du, J., Jiang, H., Chen, Z., Sun, H., & Zhao, M. (2015). Predictors of heroin relapse: Personality traits, impulsivity, COMT gene Val158met polymorphism in a 5-year prospective study in Shanghai, China. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 168(8), 712-719.
- Tam, H. L., Shik, A. W. Y., & Lam, S. S. L. (2016). Using expressive arts in relapse prevention of young psychotropic substance abusers in Hong Kong. *Children and Youth Services Review*, 60, 88-100.
- Vakharia, S. P. (2014). Incorporating Substance Use Content Into Social Work Curricula: Opioid Overdose as a Micro, Mezzo, and Macro Problem. *Social Work Education*, 33(5), 692-698.
- Van Gundy, K. T., Howerton-Orcutt, A., & Mills, M. L. (2015). Race, Coping Style, and Substance Use Disorder Among Non-Hispanic African American and White Young Adults in South Florida. *Substance Use & Misuse*, 50(11), 1459-1469.
- Walter, M., Gerhard, U., Duersteler-MacFarland, K. M., Weijers, H. G., Boening, J., & Wiesbeck, G. A. (2007). Social factors but not stress-coping styles predict relapse in detoxified alcoholics. *Neuropsychobiology*, 54(2), 100-106.
- White, W. L., Campbell, M. D., Spencer, R. D., Hoffman, H. A., Crissman, B., & DuPont, R. L. (2014). Patterns of abstinence or continued drug use among methadone maintenance patients and their relation to treatment retention. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(2), 114-122.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563-1571.

Zhang, Y., Feng, B., Geng, W., Owens, L., & Xi, J. (2016). "Overconfidence" versus "helplessness": A qualitative study on abstinence self-efficacy of drug users in a male compulsory drug detention center in China. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 11(1), 29-35.

۱۶۶

166

سال سیزدهم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۸  
Vol. 13, No. 51, Spring 2019