Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 20, No. 79, P 35-58, Spring 2026

Research Article

The Relationship Between Childhood Maltreatment and Tendency Towards Substance Use in Adolescents: The Mediating Role of Psychological Distress*

Saman Mohammadamini[1], Niloofar Mikaeili[2], Nader Hajloo[3]

Received: 2025/08/31 Accepted: 2026/06/13

Abstract

Objective: The present study aimed to investigate the relationship between childhood maltreatment and substance use propensity among adolescents, with a specific focus on the mediating role of psychological distress. **Method:** This study employed a descriptive-correlational design using structural equation modeling (SEM). The statistical population comprised all senior high school students in Mahabad during the 2024–2025 academic year. From this population, a sample of 200 students was selected via cluster random sampling. Data collection instruments included the childhood trauma questionnaire-short form, the addiction potential scale, and the depression, anxiety, and stress Scale. Data analysis was performed using SEM. **Results:** The findings revealed that childhood maltreatment had a significant direct effect on adolescents' propensity for substance use. Additionally, psychological distress exhibited a significant direct relationship with substance use propensity. Furthermore, psychological distress played a significant mediating role in the indirect relationship between childhood maltreatment and substance use propensity. **Conclusion:** Based on these findings, therapeutic interventions should address the root causes of addiction, incorporating the treatment of childhood maltreatment and psychological distress alongside conventional substance use disorder treatments. Moreover, early identification and prevention strategies, encompassing education and social support, can mitigate the long-term impacts of childhood maltreatment, thereby reducing the likelihood of subsequent addiction.

Keywords: Childhood maltreatment, Psychological distress, Substance use propensity

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]

.* This article has been extracted from the master thesis of the first author.

1. MA Student, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

2 . Corresponding Author: Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran. Email: nmikaeli@uma.ac.ir

3. Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال بیستم، شماره هفتاد و نهم، ص۵۸-۳۵، بهار ۱۴۰۵

مقاله پژوهشی

رابطه بدرفتاری دوران کودکی و گرایش به مصرف مواد در نوجوانان: نقش میانجی پریشانی روان‌شناختی *

سامان محمدامینی[۱]، نیلوفر میکائیلی[۲]، نادر حاجلو[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۲۳

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی نقش بدرفتاری دوران کودکی در گرایش به مصرف مواد در نوجوانان با میانجی‌گری پریشانی روان‌شناختی بود. **روش:** پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوم شهر مهاباد در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ بود. از این بین، تعداد ۲۰۰ دانش‌آموز به صورت نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه ترومای کودکی-فرم کوتاه، پرسش‌نامه آمادگی برای اعتیاد و مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی بود. برای تحلیل داده‌ها از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بدرفتاری دوران کودکی بر گرایش به مصرف مواد در نوجوانان اثر مستقیم و معناداری داشت. همچنین، پریشانی روان‌شناختی نیز ارتباط مستقیم معناداری با گرایش به مصرف مواد داشت. به علاوه، پریشانی روان‌شناختی نقش واسطه-ای معناداری در رابطه غیر مستقیم بین بدرفتاری دوران کودکی و گرایش به مصرف مواد ایفا کرد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان در مداخلات درمانی به علل ریشه‌ای اعتیاد پرداخت و درمان بدرفتاری دوران کودکی و پریشانی روان‌شناختی را در کنار درمان اختلال مصرف مواد به‌کار برد. همچنین، استراتژی‌های شناسایی زودهنگام و پیشگیری شامل آموزش و حمایت اجتماعی می‌توانند اثرات بلندمدت بدرفتاری دوران کودکی و احتمال اعتیاد را کاهش دهد.

کلیدواژه‌ها: بدرفتاری دوران کودکی، پریشانی روان‌شناختی، گرایش به مصرف مواد

---

*. این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی‌ارشد نویسنده اول است.

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. پست الکترونیک: nmikaeili@uma.ac.ir

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]

مقدمه

مصـــرف مواد و اعتیاد از مهم‌ترین و پیچیده‌ترین چالش‌های ســـلامت عمومی در دنیای معاصر به شمار می‌روند و پیامدهای روانی، جسمی، اجتماعی و اقتصادی گسترده‌ای برای فرد و جامعه به دنبال دارند (جین[1] و همکاران، ۲۰۲۵). مصرف مواد مخدر طیفی از مصرف تفریحی تا الگوهای مکرر و آسیب‌رسان را شامل می‌شود که می‌تواند منجر به وابستگی جسمانی، اختلالات روانی و کاهش کارکرد اجتماعی شود (چن[2] و همکاران، ۲۰۲۵). در حوزه‌های پزشکی و روان‌شناسی، اعتیاد دیگر صرفاً به عنوان یک رفتار ناهنجار یا مسئله اخلاقی دیده نمی‌شود، بلکه به عنوان اختلال مصرف مواد[3] تعریف می‌شود، اختلالی که با الگوی مصرف مداوم و آسیب‌زا مشخص شده و علی‌رغم پیامدهای منفی ادامه می‌یابد و عملکردهای روزمره فرد را مختل می‌ســـازد (دونگیانگ[4] و همکاران، ۲۰۲۵). از منظر نوروبیولوژیکی مواد مخدر از جمله مواد افیونی، محرک‌ها، حشـیش و مواد ســنتتیک، با ســیســتم‌های پاداش عصــبی مغز تعامل دارند و با فعال‌ســازی مســیرهای دوپامینرژیک، فرایندهای تقویت مصـرف، تحمل و وابسـتگی را تسـهیل می‌کنند (فرر-پرز[5] و همکاران، ۲۰۲۴). مواجهه مزمن با مواد مخدر موجب اختلال در سیگنالینگ دوپامینرژیک، تضعیف عملکردهای اجرایی و برهم‌خوردن تنظیم هیجانی می‌شـــود و در نتیجه الگوهای رفتاری ناسازگار و آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات روان‌پزشکی را افزایش می‌دهد (زمستانی و کاکایی، ۱۴۰۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که شکل‌گیری و تداوم مصـرف مواد پدیده‌ای چندعاملی اســـت و مجموعه‌ای از عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی در گرایش به مصـــرف مواد نقش معناداری ایفا می‌کنند (نعمتی‌ســوگلی‌تپه و همکاران، ۱۳۹۹). در میان دوره‌های مختلف رشـد، نوجوانی به عنوان مرحله‌ای بحرانی در تکامل مغز خصـوصـا در نواحی مرتبط با عملکردهای اجرایی، کنترل تکانه و تنظیم هیجان شناخته می‌شود. مصرف مواد روان‌گردان در این دوره می‌تواند این فرایندهای رشدی را مختل کرده و با پیامدهایی

1. Jin
2. Chen
3. substance use disorder (SUD)
4. Dongying
5. Ferrer-Pérez

سال بیستم، شماره ۷۹، بهار ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 79, Spring 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]

نظیر نقص حافظه و کاهش توجه همراه باشد (استاینفلد و تورگروسا[1]، ۲۰۲۳). یک مطالعه نشان داد که مصرف مداوم مواد مخدر در نوجوانان با تقریباً ۲۰ درصد کاهش حجم ماده خاکستری همراه است که خطرات عصبی-زیستی بلندمدت را برجسته می‌کند (پرسل[2] و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه بر مکانیسم‌های نوروبیولوژیکی مرتبط با اعتیاد، شواهد فزاینده‌ای نشان می‌دهد که بدرفتاری دوران کودکی[3] نقش بنیادینی در افزایش آسیب‌پذیری به اختلالات مصرف مواد و پیامدهای روان‌عصبی آن دارند.

بدرفتاری دوران کودکی به تجربیات نامطلوب در مراحل اولیه رشد از جمله سوء استفاده جسمی، عاطفی و جنسی و غفلت عاطفی و جسمی اشاره دارد که فراتر از ظرفیت مقابله کودک بوده و فرایندهای رشدی عصبی-زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی را مختل می‌کند (ایرتون[4] و همکاران، ۲۰۲۴). بدرفتاری دوران کودکی با گرایش به مصرف مواد رابطه دارد (حفاظی طرقبه و فکریان آرانی، ۱۴۰۳). پژوهش‌های عصب‌زیستی نشان داده‌اند که قرارگرفتن در معرض این تجارب با تغییرات ساختاری و کارکردی در نواحی کلیدی مغز از جمله آمیگدال، هیپوکامپ و قشر پیش‌پیشانی همراه است که می‌توانند تنظیم هیجان، پردازش استرس و کنترل تکانه را با اختلال مواجه سازند (وانگ و همکاران[5]، ۲۰۲۵). این دگرگونی‌های عصبی زمینه‌ساز بروز کاستی‌هایی در عملکردهای شناختی و هیجانی همچون توجه، حافظه کاری، تنظیم احساسات و کارکردهای اجرایی هستند (فن و کانگ[6]، ۲۰۲۵). در سطح رفتاری و روان‌شناختی، کودکان دارای سابقه سوءرفتار سطوح بالاتری از علائم درونی‌سازی، رفتارهای برونی‌سازی، اختلال در مهارت‌های اجتماعی و مشکلات دلبستگی را نشان می‌دهند (سالادینو[7] و همکاران، ۲۰۲۵). با این حال، شدت و دامنه این پیامدها در همه افراد یکسان نیست و تحت تأثیر عواملی نظیر شدت و تداوم تروما، عملکرد خانواده، خشونت محیطی و شرایط اجتماعی-اقتصادی قرار دارد (سلمان[8] و همکاران، ۲۰۲۵). پیامدهای این آسیب‌ها محدود به دوران

1. Steinfeld & Torregrossa
2. Purcell
3. chidhood maltreatment
4. Ireton
5. Wang
6. Fan & Kang
7. Saladino
8. Salman

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]

کودکی نمی‌ماند، بلکه مطالعات طولی نشان می‌دهند که تجارب نامطلوب اولیه خطر بروز اختلالات خلقی، اضطرابی و نیز اختلالات مصرف مواد را در نوجوانی و بزرگسالی پیش‌بینی می‌کنند (مولیا[1] و همکاران، ۲۰۲۵؛ روم و برگ[2]، ۲۰۲۴). یکی از مهم‌ترین جلوه‌های این آسیب‌پذیری بلندمدت افزایش گرایش به مصرف مواد است. اهمیت این ارتباط در یافته‌های همه‌گیرشناسی نیز منعکس شده است، به‌گونه‌ای که بیش از ۷۰ درصد از افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد سابقه‌ای از بدرفتاری دوران کودکی را گزارش کرده‌اند (ژیائو[3] و همکاران، ۲۰۲۳). افزون بر این، تحلیل‌های طولی نشان داده‌اند که قرار گرفتن در معرض تجارب نامطلوب پیش از پنج‌سالگی با افزایش مصرف الکل، حشیش و سایر مواد در نوجوانی و اوایل بزرگسالی ارتباط دارد که بیانگر تأثیر پایدار این آسیب‌ها بر مسیرهای مصرف مواد در مراحل بعدی زندگی است (هافمن و هافمن[4]، ۲۰۲۵؛ مولیا و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین، نوجوانان دارای سابقه سوءرفتار کودکی در مقایسه با همسالان خود الگوهای مصرف پیچیده‌تر و پرخطرتری را نشان می‌دهندکه اغلب با ارتباط با شبکه‌های همسالان پرخطر و سطوح بالاتر علائم اختلال استرس پس از سانحه همراه است و نشان‌دهنده تعامل چندوجهی میان تروما، اختلالات هیجانی و مصرف مواد است (لاورنس[5] و همکاران، ۲۰۲۵). یافته‌های پژوهش‌های انجام‌شده در جامعه ایرانی نیز همسو با این شواهد جهانی است و نشان می‌دهد قرار گرفتن در معرض تجارب نامطلوب دوران کودکی و تجربه شرایط خانوادگی نابسامان با افزایش آسیب‌پذیری نسبت به مواد در مراحل بعدی زندگی ارتباط دارد (صبوری و منصوری، ۱۴۰۱).

یکی از پیامدهای روان‌شناختی مهم این آسیب‌ها که می‌تواند نقش واسطه‌ای در ارتباط میان بدرفتاری کودکی و گرایش به مصرف مواد ایفا کند پریشانی روان‌شناختی[6] است (شالچی و همکاران، ۲۰۲۴). پریشانی روان‌شناختی به بهترین وجه به عنوان یک حالت چندبعدی از درد عاطفی شناخته می‌شود که با احساسات منفی پایدار مانند اضطراب، افسردگی، تحریک‌پذیری و احساس غرق‌شدگی در مشکلات مشخص می‌شود (کورلارو

1. Mulia
2. Romm & Berg
3. Xiao
4. Hoffmann & Hoffmann
5. Lawrence
6. psychological distress

سال بیستم، شماره ۷۹، بهار ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 79, Spring 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]

و کورلارو[1]، ۲۰۲۵؛ غریبیان و همکاران، ۱۴۰۳). پژوهش‌های اخیر پریشانی روان‌شناختی را نه به عنوان یک خوشه علائم واحد، بلکه به عنوان شاخصی فراتشخیصی از به خطر افتادن سلامت روان تعریف می‌کنند که می‌تواند پیش‌درآمد یا همراه طیف گسترده‌ای از اختلالات روانی باشد (مارسلیس[2]، ۲۰۲۵). پریشانی نشان‌دهنده انحراف قابل توجه از سلامت روان مطلوب است که اغلب از استرس تجمعی ناشی می‌شود و در صورت عدم رسیدگی منجر به اختلال طولانی مدت می‌شود (بانی محمد[3] و همکاران، ۲۰۲۵). اهمیت پریشانی روان‌شناختی در چارچوب تبیین مسیر اثر بدرفتاری دوران کودکی از جایگاه آن در مدل‌های تنظیم هیجان و استرس ناشی می‌شود. شواهد نشان می‌دهد که مواجهه با این بدرفتاری‌های کودکی از طریق برهم‌زدن فرایندهای تنظیم هیجان، افزایش حساسیت به استرس و پاداش و تضعیف شبکه‌های کنترلی مغز زمینه را برای تجربه مزمن پریشانی فراهم می‌کند، همان مدارهایی که به طور همزمان در آسیب‌پذیری نسبت به مصرف مواد و اختلالات مصرف دخیل‌اند (یوچیدا[4] و همکاران، ۲۰۲۳). در این چارچوب، پریشانی روان‌شناختی نه صرفاً یک پیامد هیجانی، بلکه یک وضعیت واسطه‌ای تلقی می‌شود که فرد را به استفاده از مصرف مواد به عنوان راهبردی مقابله‌ای و ناسازگار برای کاهش ناراحتی تجربه‌شده سوق می‌دهد (اینوشا[5] و همکاران، ۲۰۲۵). سطوح بالاتر پریشانی روان‌شناختی با افزایش احتمال شروع مصرف و تغییرات نامطلوب در الگوهای مصرف مواد در طول زمان همراه است (آلپرس[6] و همکاران، ۲۰۲۳). سطوح بالاتر بدرفتاری کودکی با احتمال بیشتر پریشانی روان‌شناختی شدید در بزرگسالان همراه است (ساساکی[7] و همکاران، ۲۰۲۴). خان[8] و همکاران (۲۰۲۵) گزارش کردند کودکانی که در معرض تروما قرار دارند اغلب با خاطرات مزاحم، برانگیختگی بیش از حد و رفتارهای اجتنابی دست و پنجه نرم می‌کنند که می‌تواند در عملکرد روزانه و عملکرد تحصیلی اختلال ایجاد کند. همچنین، این اثر می‌تواند در تعامل با عواملی همچون نظارت والدینی ضعیف، فشار

1. Curelaru & Curelaru
2. Marcelis
3. Bany-Mohammed
4. Uchida
5. Inusah
6. Alpers
7. Sasaki
8. Khan

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]

همسالان و انتظارات پیامد مثبت تشدید شود (رشیدیان و همکاران، ۱۴۰۱). پریشانی روان‌شناختی در نوجوانان روندی افزایشی داشته و همواره با نرخ بالاتری در بین مصرف‌کنندگان مواد مشاهده می‌شود (میو[1] و همکاران، ۲۰۲۲). افرادی که پریشانی روانی جدی را تجربه می‌کنند به طور قابل توجهی بیشتر احتمال دارد که به مصرف الکل یا مواد مخدر روی آورند که نشان دهنده تلاش برای تنظیم عواطف منفی یا فرار از حالات عاطفی طاقت‌فرسا است (سینها[2]، ۲۰۲۴).

اختلال مصرف مواد در نوجوانان نه تنها یک مسئله بالینی، بلکه یک چالش تحولی با پیامدهای پایدار در مسیر زندگی فرد محسوب می‌شود. پژوهش‌های پیشین به طور جداگانه نشان داده‌اند که بدرفتاری دوران کودکی خطر بروز اختلالات هیجانی و گرایش به مصرف مواد را افزایش می‌دهند. با این حال، تبیین چگونگی انتقال این اثر در دوره حساس نوجوانی همچنان نیازمند بررسی‌های نظام‌مند است. صرفِ شناسایی رابطه بین آسیب‌های اولیه و مصرف مواد بدون روشن‌کردن سازوکارهای روان‌شناختی واسطه امکان طراحی مداخلات هدفمند را محدود می‌سازد. در این میان، پریشانی روان‌شناختی می‌تواند به عنوان یک شاخص فراتشخیصی از تنظیم‌ناپذیری هیجانی عمل کند که پیامد مستقیم تجارب ناگوار اولیه بوده و نوجوان را به سوی راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار از جمله مصرف مواد سوق می‌دهد. با وجود این، مدل‌های میانجی‌گرایانه‌ای که این مسیر تحولی را به طور یکپارچه بررسی کنند، به‌ویژه در بافت فرهنگی ایران، بسیار اندک‌اند. این خلأ پژوهشی در شرایطی اهمیت بیشتری می‌یابد که نوجوانان ایرانی در معرض فشارهای تحصیلی، تغییرات اجتماعی سریع و محدودیت در دسترسی به خدمات سلامت روان قرار دارند، عواملی که می‌توانند شدت و نحوه بروز پریشانی و رفتارهای پرخطر را تحت تأثیر قرار دهند. بنابراین، روشن‌سازی نقش پریشانی روان‌شناختی در پیوند میان بدرفتاری دوران کودکی و گرایش به مصرف مواد نه تنها به توسعه چارچوب‌های نظری آسیب‌شناسی تحولی در بافت‌های غیرغربی کمک می‌کند، بلکه مبنایی علمی برای طراحی برنامه‌های پیشگیرانه و مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان در نظام آموزشی و

1. Miu
2. Sinha

سال بیستم، شماره ۷۹، بهار ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 79, Spring 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]

بهداشتی کشور فراهم می‌آورد. بنابراین، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال بود که آیا مدل ارائه شده در مورد رابطه بین بدرفتاری دوران کودکی و گرایش به مصرف مواد با میانجی‌گری پریشانی روان‌شناختی از برازش کافی برخوردار است؟ در شکل ۱ مدل مفهومی پژوهش ارائه شده است.

شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر توصیفی - همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه دوم شهر مهاباد در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول کلاین[1] (۲۰۱۵) برای پژوهش‌های با روش معادلات ساختاری تعیین شد. در این روش حداقل حجم نمونه برای هر متغیر قابل مشاهده ۵ نفر است که تعداد ۱۰ نفر مطلوب و تعداد ۲۰ نفر برای هر متغیر ایده‌آل محسوب می‌شود. بنابراین، در پژوهش حاضر با در نظر گرفتن امکان ریزش نمونه‌ها و همچنین اطمینان بیشتر در تعمیم نتایج تعداد ۲۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از دانش‌آموز مقطع متوسطه دوم که مبتلا به مشکلات جسمی شدید نباشند و با تمایل و رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت کنند. وضعیت ابتلا به مشکلات جسمی از طریق خوداظهاری دانش‌آموزان و پرسش مستقیم در بخش اطلاعات جمعیت‌شناختی پرسش‌نامه بررسی شد، به این صورت که از شرکت‌کنندگان خواسته شد وجود هرگونه بیماری جسمی شدید یا مزمن تشخیص‌داده‌شده توسط پزشک را اعلام کنند. معیار خروج از پژوهش نیز شامل

1. Kline

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]

پرسش‌نامه‌های ناقص یا مخدوش بود که امکان تحلیل آماری داده‌ها را فراهم نمی‌کردند و از تحلیل نهایی حذف شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها ابتدا با معرفی توسط دانشگاه به اداره کل آموزش و پرورش استان آذربایجان غربی مراجعه گردید و پس از اخذ مجوزهای لازم و با انتخاب مدرسه‌ها به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ۲ مدرسه پسرانه و ۲ مدرسه دخترانه گزینش و به صورت تصادفی از هر مدرسه چهار کلاس برای انجام پژوهش انتخاب شدند و سپس به مدارس مراجعه شد. همچنین، توضیحات لازم در خصوص پرسش‌نامه و اطمینان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات به شرکت‌کنندگان داده شد. داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون و مدلسازی معادلات ساختاری انجام شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و AMOS نسخه ۲۴ انجام گرفت. پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.UMA.REC.1403.065 در دانشگاه محقق اردبیلی در تاریخ ۱۴۰۳/۰۶/۱۱ ثبت شده است.

ابزار

۱- پرسش‌نامه ترومای دوران کودکی[1]: این پرسش‌نامه توسط برنشتاین[2] و همکاران (۲۰۰۳) طراحی شده و شامل ۲۸ گویه است و ۵ خرده‌مقیاس سوء استفاده جنسی[3]، سوء استفاده عاطفی[4]، سوء استفاده جسمی[5]، غفلت عاطفی[6] و غفلت جسمی[7] را می‌سنجد و هر خرده‌مقیاس دارای ۵ گویه می‌باشد. پرسش‌نامه مذکور در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از «هرگز=۱» تا «همیشه=۵» نمره‌گذاری می‌شود. برخی گویه‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. به علاوه، سه گویه دروغ‌سنج وجود دارد که در نمرات تاثیری ندارند. دامنه نمرات برای هر زیر مقیاس ۵ تا ۲۵ و برای نمره کل ۲۵ تا ۱۲۵ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده بدرفتاری دوران کودکی بیشتر است. در پژوهش برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳) آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۵ و همبستگی درونی بین عامل‌ها در دامنه ۰/۲۵ تا ۰/۵۸ گزارش شده است. در ایران، در مطالعه عسگرپور و همکاران (۱۳۹۴)

1 . childhood trauma questionnaire-short form
2. Bernstein
3. sexual abuse
4. emotional abuse
5. physical abuse
6. emotional neglect
7. physical neglect

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]

ضـــریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌ها را بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۳ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد.

۲- مقیاس آمادگی برای اعتیاد[1]: مقیاس آمادگی برای اعتیاد توســط وید[2] و همکاران (۱۹۹۲) برای سنجش گرایش به مصرف مواد طراحی شده است. زرگر (۱۳۸۵) با توجه به شـرایط روانی اجتماعی کشـور نسـخه ایرانی آن را ارائه کردند. این پرسـش‌نامه دارای ۳۶ گویه همراه با ۵ گویه دروغ‌سنج است که ۲۷ گویه آن مربوط به زیر مقیاس آمادگی فعال[3] (مربوط به رفتارهای ضـــد اجتماعی، میل به مصـــرف مواد، نگرش مثبت به مواد و هیجان‌خواهی) و ۹ گویه دیگر مربوط به زیر مقیاس آمادگی منفعل[4] (مربوط به عدم ابراز وجود و افسردگی) می‌باشد. نمره‌گذاری در مقیاس صفر تا ۳ و به صورت «کاملا مخالفم= صفر» و «کاملا موافقم=۳» انجام می‌شود. ۵ گویه به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات از صـفر تا ۱۰۸ اسـت و نمره بالاتر به منزله آمادگی بیشـتر برای اعتیاد اسـت. زرگر و همکاران (۱۳۸۷) اعتبار این پرســش‌نامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بدســت آوردند. پایایی مقیاس‌ها طریق آلفای کرونباخ برای عامل آمادگی فعال ۰/۹۱ و برا عامل آمادگی منفعل ۰/۷۵ گزارش شـد. پایایی این مقیاس در پژوهش حاضـر از طریق ضـریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۵ برآورد شد.

۳- مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی[5]: این پرسش‌نامه ابزاری دارای دو فرم بلند و کوتاه است که توسط لاوبوند و لاوبوند تهیه شـده است (لاوبوند و لاوبوند[6]، ۱۹۹۵). فرم کوتاه آن شامل ۲۱ گویه است و سه مقیاس استرس، افسردگی و اضطراب را می‌سنجد. هر کدام از مقیاس‌ها ۷ گویه دارند و بر اسـاس مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از ۱ (اصـلا) تا ۳ (زیاد) نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه امتیازات بین ۰ تا ۶۳ است. نمره بین ۰ تا ۲۱ پایین، بین ۲۱ تا ۴۲ متوسـط و بالاتر از ۴۲ نشـانگر اضـطراب، اسـترس و افسـردگی در حد بالاسـت. لاوبوند و لاوبوند آلفای کرونباخ سـه خرده‌مقیاس اضـطراب، افسـردگی و اسـترس را به

1. addiction potential scale (APS)
2. Weed
3. active readiness
4. passive readiness
5. depression, anxiety, and stress scale-21 (DASS-21)
6. Lovibond & Lovibond

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]

ترتیب ۰/۸۱، ۰/۹۱ و ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند (لاوبوند و لاوبوند، ۱۹۹۵). عدالتیان و همکاران (۱۴۰۰) آلفای کرونباخ ۰/۹۳ برای کل آزمون و برای خرده‌مقیاس افسردگی ۰/۸۸، اضطراب ۰/۸۲ و استرس ۰/۹۰ را گزارش کردند. در پژوهش اصغری‌مقدم و همکاران (۱۳۸۷) ضرایب همسانی درونی برای این سه خرده‌مقیاس به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۰ و ۰/۹۲ بدست آمد. همچنین، در پژوهش نیک‌آذین و همکاران (۱۳۹۱) ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ بدست آمد. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۷۵ بدست آمد.

یافته‌ها

نتایج جمعیت‌شناختی پژوهش نشان داد که ۱۰۶ نفر (۵۳ درصد) پایه دهم، ۶۵ نفر (۳۲/۵ درصد) پایه یازدهم و ۲۹ نفر (۱۴/۵ درصد) پایه دوازدهم بودند. همچنین، ۱۰۵ نفر (۵۲/۵ درصد) دختر و ۹۵ نفر (۴۷/۵ درصد) پسر بودند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۱۶/۶۱ و ۰/۷۳ سال بود. در جدول ۱ آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	مؤلفه	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
گرایش به مصرف مواد	آمادگی فعال	۲۱/۳۰	۶/۶۱	۰/۲۴	−۱/۰۰
	آمادگی منفعل	۱۲/۱۴	۴/۲۹	۰/۵۰	۰/۱۱
	نمره کل	۳۳/۴۴	۹/۹۲	۰/۳۴	−۰/۶۲
پریشانی روان‌شناختی	افسردگی	۱۳/۲۰	۲/۸۹	۰/۳۱	−۰/۷۶
	اضطراب	۱۲/۸۱	۳/۵۸	۰/۳۶	−۰/۹۶
	استرس	۱۲/۷۲	۳/۳۰	۰/۴۱	−۰/۷۰
	نمره کل	۳۸/۷۳	۶/۸۰	۰/۲۶	−۰/۴۹
بدرفتاری کودکی	سوء استفاده جسمانی	۱۴/۲۷	۳/۶۲	۰/۱۶	−۰/۹۹
	سوء استفاده عاطفی	۱۲/۹۴	۳/۰۴	−۰/۲۰	−۱/۰۴
	سوء استفاده جنسی	۱۰/۱۷	۲/۹۹	۰/۱۷	−۰/۹۵
	غفلت عاطفی	۱۲/۳۶	۲/۹۵	۰/۱۵	−۰/۶۹
	غفلت جسمی	۱۳/۰۱	۳/۰۸	۰/۱۵	−۰/۶۰
	نمره کل	۶۲/۷۶	۹/۰۳	۰/۰۵	۰/۰۶

سال بیستم، شماره ۷۹، بهار ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 79, Spring 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به متغیرهای پژوهش گزارش شده است. همچنین، مقادیر چولگی و کشیدگی در دامنه‌ی بین ۲- تا ۲+ قرار داشتند که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع داده‌ها بود. به منظور بررسی تفاوت‌های جنسیتی در گرایش به مصرف مواد آزمون **t** مستقل اجرا شد. پیش از اجرای آزمون، همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین بررسی شد که نتایج غیر معنادار آن (**p**=۰/۵۰) فرض برابری واریانس‌ها را تایید کرد. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات گرایش به مصرف مواد در بین دختران (۲۳/۴۸) و پسران (۲۵/۱۲) تفاوت معناداری نداشت (**p**=۰/۳۶). افزون بر این، پیش از انجام تحلیل اصلی، تمامی مفروضه‌های مدلسازی معادلات ساختاری مورد ارزیابی قرار گرفت. به منظور بررسی پیش‌فرض عدم وجود همخطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین، مقادیر شاخص تحمل و عامل تورم واریانس محاسبه شد. ضریب تحمل برای متغیرهای پیش‌بین پریشانی روان‌شناختی و بدرفتاری کودکی برابر با ۰/۹۵ بود که کمتر از ۱ و بزرگتر از ۰/۱۰ به عنوان دامنه قابل قبول بود. به علاوه، مقدار عامل تورم واریانس برای هر دو متغیر برابر با ۱/۰۴ بدست آمد که کمتر از حد قابل قبول یعنی ۵ بود. بنابراین، نتایج عدم وجود همخطی چندگانه را تایید کرد. جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون را نشان می‌دهد.

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای اصلی پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳
۱. بدرفتاری کودکی	۱		
۲. پریشانی روان‌شناختی	۰/۲۱*	۱	
۳. گرایش به مصرف مواد	۰/۴۶*	۰/۵۲*	۱

* p<۰/۰۱.

بر اساس جدول ۲، بین پریشانی روان‌شناختی و بدرفتاری کودکی با گرایش به مصرف مواد همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت (p<۰/۰۱). همچنین، بین پریشانی روان‌شناختی و بدرفتاری کودکی همبستگی مثبت و معناداری مشاهده شد (p<۰/۰۱).

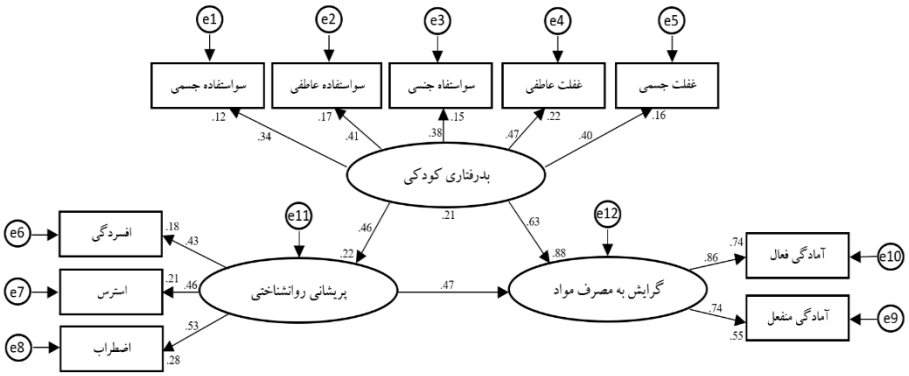
[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]

جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل

شاخص	خی دو	معناداری	خی دو بر درجه آزادی	شاخص برازش مقایسه‌ای	شاخص توکر لوئیس	شاخص نیکویی برازش	ریشه خطای میانگین مجذورات تقریبی
دامنه قابل پذیرش		p>۰/۰۵	<۳	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	<۰/۰۸
مقدار	۳۴/۰۱	۰/۳۷	۱/۰۶	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۷	۰/۰۲

بر اساس معیار هو و بنتلر[1] (۱۹۹۹) و شرمله-انگل[2] و همکاران (۲۰۰۳)، همه شاخص‌های برازش نظیر نسبت خی‌دو بر درجه آزادی، برازش مقایسه‌ای[3]، نیکویی برازش[4]، توکر–لویس[5]، و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریبی[6] نشان دادند که مدل از برازش بسیار مطلوبی برخوردار بود (جدول ۳). ضرایب مسیر متغیرهای پژوهش در شکل ۲ ارائه شده است.



شکل ۲: مدل پژوهش

جدول ۴ روابط مستقیم بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

1. Hu & Bentler
2. Schermelleh-Engel
3. comparative fit index (CFI)
4. goodness of fit index (GFI)
5. tucker–lewis index (TLI)
6. root mean square error of approximation (RMSEA)

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]

جدول ٤: ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم مدل پژوهش

مسیرهای مستقیم	ضریب استاندارد	خطا	نسبت بحرانی	معناداری
بدرفتاری کودکی← گرایش به مصرف مواد	۰/۶۳	۰/۵۳	۳/۰۴	۰/۰۰۲**
بدرفتاری کودکی ← پریشانی روان‌شناختی	۰/۴۶	۰/۲۰	۲/۲۹	۰/۰۲*
پریشانی روان‌شناختی← گرایش به مصرف مواد	۰/۴۷	۰/۴۳	۲/۷۶	۰/۰۰۶**

* $p < ۰/۰۵$. ** $p < ۰/۰۱$.

بر اساس شکل ۲ و جدول ۴، بدرفتاری دوران کودکی اثر مستقیم مثبت معناداری بر گرایش به مصرف مواد داشت ($p<۰/۰۱$). همچنین، بدرفتاری کودکی ارتباط مثبت معناداری با پریشانی روان‌شناختی داشت ($p<۰/۰۵$). پریشانی روان‌شناختی نیز به نوبه خود ارتباط مثبت معناداری با گرایش به مصرف مواد داشت ($p<۰/۰۱$). کل مدل ۸۸ درصد تغییرات گرایش به مصرف مواد را پیش‌بینی کرد. برای بررسی معناداری مسیر غیر مستقیم بدرفتاری کودکی با گرایش به مصرف مواد با میانجی‌گری پریشانی روان‌شناختی از آزمون بوت استروپ با ۲۰۰۰ بازنمونه‌گیری استفاده شد.

جدول ٥: نتایج آزمون بوت استروپ برای بررسی اثر غیر مستقیم

مسیر غیر مستقیم	اثر غیر مستقیم	حد پایین	حد بالا	معنی‌داری
بدرفتاری کودکی← پریشانی روان‌شناختی← گرایش به مصرف مواد	۰/۲۲	۰/۰۷	۱/۰۷	۰/۰۲ *

* $p < ۰/۰۵$.

طبق جدول ۵، نتایج نشان داد که اثر غیر مستقیم بدرفتاری کودکی بر گرایش به مصرف مواد از طریق نقش میانجی پریشانی روان‌شناختی معنادار بود، به‌گونه‌ای که سطح ۹۵ درصد فاصله اطمینان در دامنه حد بالا و پایین پوشش‌دهنده عدد صفر نبود و سطح معناداری بدست آمده کمتر از ۰/۰۵ بود؛ در نتیجه، مسیر غیر مستقیم معنادار بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش بدرفتاری دوران کودکی در پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد در نوجوانان با میانجی‌گری پریشانی روان‌شناختی انجام شد. نتایج نشان داد که مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار بود. اولین یافته پژوهش این بود که

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]

بدرفتاری دوران کودکی بر گرایش به مصرف مواد اثر مستقیم و معنادار داشت. این یافته با پژوهش‌های پیشین (نظیر ژیائو و همکاران، ۲۰۲۳؛ ایرتون و همکاران، ۲۰۲۴؛ هافمن و هافمن، ۲۰۲۵؛ مولیا و همکاران، ۲۰۲۵؛ صبوری و منصوری، ۱۴۰۱) همسو است. این نتیجه در راستای چارچوب‌های عصب تحولی و مدل‌های آسیب‌پذیری به اعتیاد قابل تبیین است. همان‌گونه که در مقدمه اشاره شد، تجارب نامطلوب اولیه می‌توانند از طریق ایجاد تغییرات پایدار در ساختار و کارکرد مغز به ویژه در نواحی آمیگدال، هیپوکامپ و قشر پیش‌پیشانی (وانگ و همکاران، ۲۰۲۵) فرآیندهای تنظیم هیجان و کنترل تکانه را مختل سازند. این اختلالات عصبی-شناختی موجب افزایش رفتارهای تکانشی و کاهش توانایی پیش‌بینی پیامدهای بلندمدت رفتار می‌شوند که از عوامل شناخته‌شده در گرایش به مصرف مواد در نوجوانی هستند. از منظر مدل‌های استرس و مقابله، تجربه آسیب‌های اولیه سطح حساسیت به استرس را افزایش داده و محورهای نوروبیولوژیک مرتبط با پاسخ استرس را به صورت مزمن فعال می‌کند. در چنین شرایطی، مصرف مواد می‌تواند به عنوان راهبردی فوری برای کاهش تنش و تنظیم هیجانات منفی مورد استفاده قرار گیرد (سینها، ۲۰۲۴). بنابراین، نوجوانانی که سابقه بدرفتاری دوران کودکی دارند ممکن است بیش از سایرین به استفاده از مواد به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای ناسازگار گرایش پیدا کنند. علاوه بر این، یافته حاضر با نتایج مطالعات طولی پیشین همسو است که نشان داده‌اند تجارب نامطلوب پیش از پنج سالگی با افزایش احتمال مصرف الکل، حشیش و سایر مواد در نوجوانی و اوایل بزرگسالی همراه است (هافمن و هافمن، ۲۰۲۵؛ مولیا و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین، داده‌های همه‌گیرشناسی حاکی از آن است که درصد قابل توجهی از افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد دارای سابقه بدرفتاری دوران کودکی هستند (ژیائو و همکاران، ۲۰۲۳). این همسویی نشان می‌دهد که رابطه مشاهده شده در پژوهش حاضر نه تنها از پشتوانه نظری برخوردار است، بلکه با شواهد تجربی بین‌المللی و یافته‌های جامعه ایرانی (صبوری و منصوری، ۱۴۰۱) نیز هماهنگ است. در مجموع، می‌توان گفت بدرفتاری دوران کودکی از طریق تأثیر بر سازوکارهای عصب-زیستی، تضعیف تنظیم هیجان و افزایش حساسیت به استرس مسیر تحولی نوجوان را به سوی رفتارهای پرخطر از جمله گرایش به مصرف مواد

سال بیستم، شماره ۷۹، بهار ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 79, Spring 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]

سوق می‌دهند، موضوعی که اهمیت مداخلات پیشگیرانه مبتنی بر شناسایی و حمایت از کودکان در معرض تروما را دوچندان می‌سازد.

نتیجه دیگر پژوهش نشان داد که پریشانی روان‌شناختی با گرایش به مصرف مواد ارتباط مثبت و معنادار داشت. این یافته با پژوهش‌های سینها (۲۰۲۴)، آلپرس و همکاران (۲۰۲۳)، و میو و همکاران (۲۰۲۲) همسو است. این یافته حاکی از آن است که هرچه سطح تجربه هیجانات منفی مزمن مانند اضطراب، افسردگی، تحریک‌پذیری و احساس درماندگی بیشتر باشد احتمال تمایل نوجوان به مصرف مواد نیز افزایش می‌یابد. این نتیجه را می‌توان در چارچوب رویکرد خوددرمانی و مدل‌های تنظیم هیجان تبیین کرد. بر اساس دیدگاه خوددرمانی، افراد برای کاهش حالات هیجانی آزاردهنده و فرار از تجربه هیجانات منفی شدید به مصرف مواد روی می‌آورند (سینها، ۲۰۲۴). در این چارچوب، مواد نه صرفاً به عنوان عامل لذت، بلکه به عنوان ابزاری برای تنظیم سریع عواطف منفی عمل می‌کنند. بنابراین، نوجوانانی که سطح بالاتری از پریشانی روان‌شناختی را تجربه می‌کنند ممکن است مصرف مواد را راهبردی کارآمد هرچند ناسازگارانه برای کاهش ناراحتی درونی تلقی کنند. از منظر عصب-زیستی نیز پریشانی روان‌شناختی با اختلال در مدارهای پاداش و کنترل شناختی همراه است، همان مدارهایی که در فرایندهای وابستگی به مواد نقش دارند (یوچیدا و همکاران، ۲۰۲۳). افزایش حساسیت به استرس و کاهش کارآمدی تنظیم هیجان می‌تواند سبب شود که فرد برای بازگرداندن تعادل هیجانی به تحریک مصنوعی سیستم پاداش از طریق مصرف مواد متوسل شود. یافته حاضر با نتایج مطالعات پیشین نیز همسو است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سطوح بالاتر پریشانی روان‌شناختی با احتمال بیشتر شروع مصرف و تشدید الگوهای مصرف مواد در طول زمان همراه است (آلپرس و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین، شواهد همه‌گیرشناسی بیانگر آن است که نوجوانان دارای پریشانی روانی جدی به طور معناداری بیشتر در معرض مصرف الکل و سایر مواد قرار دارند (میو و همکاران، ۲۰۲۲). در مجموع، می‌توان نتیجه گرفت که پریشانی روان‌شناختی نه تنها پیامد آسیب‌های اولیه است، بلکه خود به عنوان یک عامل خطر مستقل برای گرایش به مصرف مواد عمل می‌کند. این امر بر ضرورت شناسایی و

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]

مداخله زودهنگام در زمینه علائم پریشـــانی هیجانی در مدارس و مراکز بهداشـــتی تأکید دارد، چراکه کاهش پریشانی می‌تواند به طور غیر مستقیم از بروز رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد پیشگیری کند.

همچنین یافته مهم دیگر پژوهش حاضـر نشـان داد که پریشـانی روان‌شـناختی در رابطه بین بدرفتاری دوران کودکی و گرایش به مصـرف مواد نقش میانجی ایفا می‌کند. این یافته با پژوهش یوچیدا و همکاران (۲۰۲۳)، ســینها (۲۰۲۴) و ســاســاکی و همکاران (۲۰۲۴) همسـو اسـت. این نتیجه بیانگر آن اسـت که تأثیر آسـیب‌های اولیه تنها به صـورت مسـتقیم عمل نمی‌کند، بلکه از طریق افزایش ســطح پریشـــانی هیجانی و تضـــعیف تنظیم عاطفی نوجوان را به سـمت رفتارهای پرخطر سـوق می‌دهد. این یافته در چارچوب مدل‌های تنظیم هیجان و نظریه‌های استرس - آسیب‌پذیری قابل تبیین است. همان‌گونه که در مقدمه اشاره شـد، تجارب نامطلوب اولیه با ایجاد تغییرات پایدار در مدارهای عصـبی مرتبط با پردازش هیجان و کنترل شـناختی از جمله آمیگدال و قشـر پیش‌پیشـانی (وانگ و همکاران، ۲۰۲۵) موجب افزایش حســاســیت به تهدید، برانگیختگی بیش از حد و کاهش ظرفیت تنظیم هیجان می‌شـوند. این تغییرات زیسـتی - روان‌شـناختی زمینه‌سـاز تجربه مزمن پریشـانی روان‌شـناختی در نوجوانی هسـتند. در واقع، پریشـانی را می‌توان پیامد تحولی اختلال در سازوکارهای تنظیم هیجان ناشی از آسیب‌های اولیه دانست (یوچیدا و همکاران، ۲۰۲۳). از سـوی دیگر، بر اسـاس رویکرد خوددرمانی در اعتیاد، افراد ممکن اسـت برای کاهش هیجانات منفی شـدید و حالات عاطفی طاقت‌فرسـا به مصـرف مواد روی‌آورند (سـینها، ۲۰۲۴). در این چارچوب، مصرف مواد کارکردی تنظیمی پیدا می‌کند و به عنوان راهبردی سریع اما ناسازگار برای تسکین اضطراب، افسردگی و احساس درماندگی عمل می‌کند. بنابراین، نوجوانانی که سـطح بالاتری از پریشـانی روان‌شـناختی را تجربه می‌کنند، احتمال بیشـتری دارد که مصـرف مواد را به عنوان ابزاری مقابله‌ای انتخاب کنند، موضـوعی که با یافته‌های آلپرس و همکاران (۲۰۲۳) و میو و همکاران (۲۰۲۲) نیز همسـو اسـت. علاوه بر این، نتایج پژوهش‌های جمعیتی نشـــان داده‌اند که بدرفتاری دوران کودکی با افزایش احتمال تجربه پریشـانی شـدید در مراحل بعدی زندگی همراه‌اند (سـاسـاکی و همکاران،

سال بیستم، شماره ۷۹، بهار ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 79, Spring 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]

۲۰۲۴) و این پریشانی خود پیش‌بینی‌کننده رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد است. بنابراین، یافته حاضر از یک مسیر تحولی حمایت می‌کند که در آن تجارب تروما‌زا از طریق ایجاد اختلال در تنظیم هیجان و افزایش استرس ادراک‌شده به شکل‌گیری گرایش به مصرف مواد منجر می‌شوند. نکته قابل توجه آن است که نقش میانجی پریشانی روان‌شناختی نشان می‌دهد همه نوجوانان دارای سابقه آسیب لزوماً به سمت مصرف مواد سوق نمی‌یابند، بلکه شدت و تداوم ناراحتی هیجانی تجربه‌شده عامل تعیین‌کننده مهمی در این مسیر است. این امر اهمیت مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه و غربالگری پریشانی روان‌شناختی در نوجوانان دارای سابقه تروما را برجسته می‌سازد. در مجموع، یافته میانجی‌گری پژوهش حاضر مدل آسیب‌شناسی تحولی را تقویت می‌کند که بر اساس آن آسیب‌های اولیه از طریق ایجاد پریشانی مزمن و اختلال در تنظیم هیجان زمینه را برای گرایش به مصرف مواد فراهم می‌سازند، مدلی که می‌تواند چارچوبی نظری و کاربردی برای طراحی برنامه‌های پیشگیرانه در بافت فرهنگی ایران فراهم آورد.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر از یک مدل تحولی منسجم حمایت می‌کنند که در آن بدرفتاری دوران کودکی به عنوان یک عامل خطر بنیادین از طریق دو مسیر مستقیم و غیر مستقیم بر گرایش به مصرف مواد در نوجوانان اثر می‌گذارند. از یک سو، تجارب نامطلوب اولیه با ایجاد تغییرات پایدار در سازوکارهای عصب-زیستی مرتبط با تنظیم هیجان و کنترل تکانه زمینه افزایش رفتارهای پرخطر را فراهم می‌سازند. از سوی دیگر، این آسیب‌ها با افزایش سطح پریشانی روان‌شناختی نوجوان را در معرض تجربه هیجانات منفی مزمن و استرس ادراک‌شده بالا قرار می‌دهند، وضعیتی که مصرف مواد را به عنوان راهبردی مقابله‌ای تقویت می‌کند. بدین ترتیب، پریشانی روان‌شناختی در این مدل نه تنها پیامد آسیب‌های اولیه، بلکه حلقه واسطی است که انتقال اثر بدرفتاری کودکی به رفتار مصرف مواد را تبیین می‌کند. این الگوی یافته‌ها با چارچوب‌های استرس - آسیب‌پذیری، مدل‌های تنظیم هیجان و دیدگاه خوددرمانی همسو است و نشان می‌دهد که گرایش به مصرف مواد در نوجوانی را باید در بستر یک زنجیره تحولی از تجارب اولیه تا

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]

سازوکارهای هیجانی جاری درک کرد، نه به عنوان رفتاری منفک و صرفاً انتخابی. چنین نگاهی می‌تواند مبنایی نظری برای طراحی مداخلات چندسطحی فراهم آورد که هم بر پیشگیری از آسیب‌های اولیه تمرکز دارند و هم بر کاهش پریشانی و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان در نوجوانان تأکید می‌کنند.

پژوهش حاضر اگرچه بینش ارزشمندی درباره نقش واسطه‌ای پریشانی روان‌شناختی در ارتباط میان بدرفتاری کودکی و گرایش به مصرف مواد در نوجوانان فراهم کرد، اما محدودیت‌هایی دارد که باید در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرد. نخست، استفاده از طرح مقطعی امکان استنباط روابط علت و معلولی را محدود می‌سازد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از طرح‌های طولی و مداخلاتی برای بررسی پویایی این روابط استفاده شود. دوم، داده‌ها مبتنی بر ابزارهای خودگزارشی بودند که می‌تواند تحت تأثیر سوگیری حافظه و تمایل به پاسخ مطلوب اجتماعی قرار گیرد. به‌کارگیری روش‌های ترکیبی شامل گزارش والدین، مصاحبه بالینی و شاخص‌های عصب-زیستی می‌تواند اعتبار نتایج را افزایش دهد. سوم، جامعه آماری محدود به نوجوانان یک شهر بود و این امر تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر گروه‌های سنی و زمینه‌های فرهنگی را کاهش می‌دهد. در نتیجه، آزمون مدل در نمونه‌های گسترده‌تر و متنوع‌تر ضروری است. به لحاظ بالینی، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی و مداخلاتی در مدارس، مراکز مشاوره و خانواده‌ها طراحی شود تا مهارت‌های تنظیم هیجان، مقابله با استرس و افزایش تاب‌آوری در نوجوانان تقویت گردد. همچنین، توجه به نقش خانواده و آموزش والدین در ایجاد محیطی امن و حمایتگر می‌تواند در کاهش پریشانی و پیشگیری از گرایش به مصرف مواد نقش مهمی ایفا کند. برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود این مدل در نمونه‌های گسترده‌تر و متنوع‌تر از نظر جنسیت و زمینه‌های فرهنگی تکرار شود. استفاده از طرح‌های طولی و مداخله‌ای می‌تواند امکان بررسی روابط علت و معلولی بین متغیرها را فراهم آورد. همچنین، بهره‌گیری از روش‌های ترکیبی (مانند مصاحبه بالینی یا گزارش معلمان و والدین) در کنار پرسش‌نامه‌ها می‌تواند به افزایش اعتبار و غنای داده‌ها کمک کند.

سال بیستم، شماره ۷۹، بهار ۱۴۰۵
Vol. 20, No. 79, Spring 2026

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از تمامی کسانی که در اجرای پژوهش همکاری داشته‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

اصغری‌مقدم، محمدعلی؛ ساعد، فواد؛ دیباج‌نیا، پروین و زنگنه، جعفر (۱۳۸۷). بررسی مقدماتی اعتبار و پایایی مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) در نمونه‌های غیربالینی. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، *۶*(۲)، ۳۸-۲۳.

حفاظی طرقبه، لیلا و فکریان آرانی، سمیه (۱۴۰۳). تحلیل تشخیصی افراد با و بدون گرایش به مصرف مواد اعتیادآور بر اساس سبک‌های دلبستگی، تجارب آسیب‌زای کودکی و ایده‌پردازی خودکشی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۸*(۷۴)، ۲۰۲-۱۸۱. http://dx.doi.org/10.22034/ETI.18.74.181

رشیدیان، صمد؛ پناغی، لیلی و سادات سید موسوی، پریسا (۱۴۰۱). پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر مبنای انتظارات پیامد، نظارت والدینی و پایداری در برابر تاثیرات همسالان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۶*(۶۵)، ۲۶-۷. http://dx.doi.org/10.52547/etiadpajohi.16.65.7

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

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

زمستانی، مهدی و کاکایی، سارا (۱۴۰۳). رابطه بین سوءرفتار دوران کودکی و آسیب‌های طیف برونی‌ساز در افراد مصرف‌کننده مواد: نقش میانجی‌گر اجتناب تجربه‌ای. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۸*(۷۲)، ۵۲-۳۳. http://dx.doi.org/10.61186/etiadpajohi.18.72.2

صبوری، مریم و منصوری، احمد (۱۴۰۱). رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد: نقش تعدیل‌کننده تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، *۱۶*(۶۵)، ۴۸-۲۷. http://dx.doi.org/10.52547/etiadpajohi.16.65.27

عدالتیان حسینی، سیده فاطمه؛ تیموری، سعید و یزدان پناه، فرشته (۱۴۰۰). اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر درماندگی روان‌شناختی، پذیرش و شدت درد در افراد با علائم کمردرد. *روان-شناسی سلامت*، *۱۰*(۲)، ۴۰-۲۳. https://doi.org/10.30473/hpj.2021.52303.4775

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]

عسگرپور، فاطمه؛ کربلایی محمد میگونی، احمد و تقی‌لو، صادق (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای آسیب کودکی در رابطه بین سبک‌های فرزندپروری و تنظیم شناختی انطباقی هیجان در کودکان کار. *روان‌شناسی کاربردی*، ۹(۲)، ۱۲۱-۱۰۳.

غریبیان، فاطمه؛ دهقانیان، محمد؛ فرخ‌زاد، محبوبه و کریمی حاجی خادمی، فاطمه (۱۴۰۳). تدوین مدل ارتباطی ذهن‌آگاهی با نشخوار فکری و تحمل پریشانی با نقش میانجی ایمنی هیجانی در نوجوانان دارای علائم افسردگی. *مجله شناخت، رفتار، یادگیری*، ۱(۲)، ۱۵۶-۱۴۲. https://doi.org/10.61838/jcbl.1.2.9

نعمتی سوگلی‌تپه، فاطمه؛ شاهمرادی، سمیه؛ رحیمی، فاطمه السادات و خالدیان، محمد (۱۳۹۹). بررسی عوامل تاثیرگذار در سوءمصرف مواد مخدر و اعتیاد با رویکرد گراندد تئوری. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۳۴-۱۱. http://dx.doi.org/10.29252/etiadpajohi.14.57.11

نیک‌آذین، امیر؛ نائینیان، محمدرضا و شعیری، محمدرضا (۱۳۹۱). روایی و پایایی پرسش‌نامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین ۲۷گویه‌ای در نمونه‌ای از دانش‌آموزان ایرانی. *مجله روان-پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۸(۴)، ۳۲۱-۳۱۰.

References

Alpers, S. E., Pallesen, S., Vold, J. H., Haug, E., Lunde, L. H., Skogen, J. C., ... & Fadnes, L. T. (2023). The association between psychological distress and alcohol consumption and physical activity: a population-based cohort study. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1181046. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1181046

Bany-Mohammed, M., Asim, S., Elalami, M., & Agrawal, D. K. (2025). Trauma, Stress, and Mental Health Outcomes. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders*, *9*(5), 276–288. https://doi.org/10.26502/jppd.2572-519X0260

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, *27*(2), 169-190. https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0

Chen, H., Liu, S., Wang, W., Shi, H., Gao, S., Yan, Y., ... & Liu, Z. (2025). Global burden of substance use disorders in adolescents and young adults aged 10–24 years from 1990 to 2021. *Scientific Reports*, *15*(1), 25971. https://doi.org/10.1038/s41598-025-11266-6

Curelaru, M., & Curelaru, V. (2024). Psychological Distress and Online Academic Difficulties: Development and Validation of Scale to Measure Students' Mental Health Problems in Online Learning. *Behavioral Sciences*, *15*(1), 26. https://doi.org/10.3390/bs15010026

Dongying, C., Yanyan, S., & Xiaowu, L., & Zongyi, Y. (2025). Global burden on drug use disorders from 1990 to 2021 and projections to 2046. *Frontiers in Public Health*, *13*, 1550518. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1550518

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]
[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]

Fan, L., & Kang, T. (2025). Early childhood trauma and its long-term impact on cognitive and emotional development: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Medicine*, *57*(1), 2536199. https://doi.org/10.1080/07853890.2025.2536199

Ferrer-Pérez, C., Montagud-Romero, S., & Blanco-Gandía, M. C. (2024). Neurobiological Theories of Addiction: A Comprehensive Review. *Psychoactives*, *3*(1), 35-47. https://doi.org/10.3390/psychoactives3010003

Hoffmann, J. P., & Hoffmann, C. S. (2025). Childhood trauma and adolescent substance use: an integrative perspective. *Future Science OA*, *11*(1), 2557763. https://doi.org/10.1080/20565623.2025.2557763

Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *6*(1), 1-55. https://doi.org/10.1080/10705519909540118

Inusah, A. H. S., Tam, C. C., Xia, H., Shang, M., Aggarwal, A., Pasha, A., ... & Qiao, S. (2025). Substance use, COVID-19 infection, positive coping, and psychological distress among African American women: A mediation model. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-7209218/v1

Ireton, R., Hughes, A., & Klabunde, M. (2024). A functional magnetic resonance imaging meta-analysis of childhood trauma. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, *9*(6), 561-570. https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2024.01.009

Jin, R., Zhang, S., Xiong, J., & Liu, B. (2025). Global, regional and national burden of drug use disorders, 1990–2021: decomposition analysis, health inequality analysis and predictions to 2035. *Frontiers in Public Health*, *13*, 1588607. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1588607

Khan, M. T. F., Mazumder, S., Rana, M. S., & Rahman, M. M. (2025). Impact of Polysubstance Use on Major Depression, Serious Psychological Distress, and Mental Illness among US Adults. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-16. https://doi.org/10.1007/s11469-025-01520-3

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

Lawrence, T. I., Fitzgerald, M., & Wojciechowski, T. (2025). A longitudinal examination into childhood abuse and substance use to PTSD symptoms and deviant peer association: Impact of developmental timing of abuse. *Child Abuse & Neglect*, *163*, 107362. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107362

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, *33*(3), 335-343. https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U

Marcelis M. (2025). De transdiagnostische benadering van psychisch lijden in de praktijk [The transdiagnostic approach of psychological distress in clinical practice]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, *67*(8), 445–449.

Miu, A. C., Szentágotai-Tătar, A., Balazsi, R., Nechita, D., Bunea, I., & Pollak, S. D. (2022). Emotion regulation as mediator between childhood adversity

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]

and psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *93*, 102141. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102141

Mulia, N., Li, L., Williams, E., Guo, Z., Witbrodt, J., Tam, C., & Lui, C. K. (2025). Is Childhood Adversity Before Age 5 Associated with Adolescent and Young Adult Substance Use? Findings from a U.S. Prospective Cohort Study. *Substance Use & Misuse*, *60*(1), 64–73. https://doi.org/10.1080/10826084.2024.2406017

Purcell, J. B., Harnett, N. G., Mrug, S., Elliott, M. N., Emery, S. T., Schuster, M. A., & Knight, D. C. (2024). Hippocampal gray matter volume in young adulthood varies with adolescent alcohol use. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *32*(5), 566–578. https://doi.org/10.1037/pha0000722

Romm, K. F., & Berg, C. J. (2024). Patterns of Adverse Childhood Experiences and Problematic Health Outcomes Among US Young Adults: A Latent Class Analysis. *Substance Use & Addiction Journal*, *45*(2), 191–200. https://doi.org/10.1177/29767342231218081

Saladino, V., Auriemma, V., Verrastro, V., Arbanas, G., & Eleuteri, S. (2025). Childhood traumatic experiences: new clinical perspectives and interventions. *Frontiers in Psychology*, *16*, 1570098. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1570098

Salman, S., Bakr, O.A. & Eldin, H.E. (2025). Prediction of the relationship between childhood trauma and psychological disturbances among younger adults using machine learning algorithms. *BMC Psychol* (2025). https://doi.org/10.1186/s40359-026-03997-6

Sasaki, N., Watanabe, K., Kanamori, Y., Tabuchi, T., Fujiwara, T., & Nishi, D. (2024). Effects of expanded adverse childhood experiences including school bullying, childhood poverty, and natural disasters on mental health in adulthood. *Scientific Reports*, *14*(1), 12015. https://doi.org/10.1038/s41598-024-62634-7

Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, *8*(2), 23-74.

Shalchi, B., Nosrati Beigzadeh, M., Shafiee-Kandjani, A. R., Shahrokhi, H., & Hoseinzadeh Khanmiri, B. (2024). Childhood maltreatment and vulnerability to substance use disorders: The mediating role of psychological security. *Health Promotion Perspectives*, *14*(2), 193–201. https://doi.org/10.34172/hpp.42525

Sinha, R. (2024). Stress and substance use disorders: risk, relapse, and treatment outcomes. *The Journal of Clinical Investigation*, *134*(16), e172883. https://doi.org/10.1172/JCI172883

Steinfeld, M. R., & Torregrossa, M. M. (2023). Consequences of adolescent drug use. *Translational Psychiatry*, *13*(1), 313. https://doi.org/10.1038/s41398-023-02590-4

Uchida, H., Kuroiwa, C., Ohki, S., Takahashi, K., Tsuchiya, K., Kikuchi, S., & Hirao, K. (2023). Assessing the smallest detectable change of the Kessler

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]

psychological distress scale score in an adult population in Japan. *Psychology Research and Behavior Management*, *16*, 2647-2654. https://doi.org/10.2147/PRBM.S417446

Wang, L., Keyworth, C., & O'Connor, D. B. (2025). Effects of childhood trauma on mental health outcomes, suicide risk factors and stress appraisals in adulthood. *PLoS One*, *20*(6), e0326120. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0326120

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

Xiao, Z., Murat Baldwin, M., Wong, S. C., Obsuth, I., Meinck, F., & Murray, A. L. (2023). The impact of childhood psychological maltreatment on mental health outcomes in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, *24*(5), 3049-3064. https://doi.org/10.1177/15248380221122816

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.22034/ETI.20.79.35]