فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هفدهم، شماره شصت و هفتم، ص۲۴-۷، بهار ۱۴۰۲
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 17, No. 67, P 7-24, Spring 2023

مقاله پژوهشی
Research Article

تأثیر توانمندسازی روانی-اجتماعی بر تحمل آشفتگی دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد

علی شیخ‌الاسلامی[۱]، الهه نوروزی فیروز[۲]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۰۲

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر توانمندسازی روانی-اجتماعی بر تحمل آشفتگی در دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد انجام گرفت. **روش:** مطالعه حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش-آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان پسر هنرستان‌های شهر چالوس در سال تحصیلی ۱۳۹۷-۱۳۹۶ تشکیل دادند. از این بین، ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و به صورت تصادفی دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برنامه توانمندسازی روانی-اجتماعی را دریافت نمود. داده‌ها از طریق پرسشنامه آمادگی به اعتیاد و مقیاس تحمل آشفتگی جمع‌آوری شد. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که توانمندسازی روانی-اجتماعی بر تحمل آشفتگی در دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد تأثیر معناداری داشت و باعث افزایش معنادار تحمل آشفتگی در دانش‌آموزان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد. **نتیجه‌گیری:** می-توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که توانمندسازی روانی-اجتماعی در افزایش تحمل آشفتگی دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد نقش مهمی دارد و باعث افزایش تحمل آشفتگی در این گروه از دانش‌آموزان می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: توانمندسازی روانی-اجتماعی، تحمل آشفتگی، آمادگی به اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. پست الکترونیک: a_sheikholslamy@yahoo.com
۲. کارشناس ارشد مشاوره مدرسه، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.7]

مقدمه

دوره نوجوانی یکی از برجسته‌ترین و حساس‌ترین دوره‌های رشدی و همچنین یکی از پرهیجان‌ترین دوره‌های زندگی، هم برای والدین و هم برای خود نوجوان به حساب می‌آید (لیهرا، کلاوا، راب و هونر[1]، ۲۰۱۸). در این دوره فرد با بلوغ، کشف هویت، استقلال و جدایی از وابستگی‌های دوره کودکی مواجه می‌شود که وضعیت روانی بی‌ثباتی را ایجاد می‌کنند (هری، مینتننت، بلانچت، تریکارد و گیمنز[2]، ۲۰۱۹). این دوران، زمان اتخاذ تصمیم‌گیری‌های بزرگ برای آینده است، اما باید متذکر شد که تصمیم‌های نوجوانان، بی‌ثبات و در برخی موارد ممکن است حتی به انجام رفتارهای خطرناکی مانند سوء مصرف مواد منتهی شود (ولکو و وارگو[3]، ۲۰۲۲). سوءمصرف مواد یک آسیب فردی و اجتماعی جدی است که با سلامت روان‌شناختی جامعه در ارتباط بوده و تلاش‌های بسیاری را برای تبیین علل این پدیده برانگیخته است (آلسوویدی[4]، ۲۰۱۹)؛ زیرا خطرات و عوارض ناشی از آن هر روزه بر شمار قربانیان آن می‌افزاید و این پدیده به اندازه‌ای وسعت دارد که مطالعه آن ضرورتاً نیازمند نگاهی کل‌نگر و چندگانه از سمت پزشکان، روان‌شناسان، جامعه‌شناسان و نیروی انتظامی است (آقاخانی و همکاران، ۱۳۹۶). در واقع اعتیاد به عنوان یکی از مهم‌ترین مشکل اجتماعی در نظر گرفته شده است (برزگر بفرویی، همتی و دربیدی، ۱۳۹۷). پیامدهای بسیار جدی اعتیاد نه تنها بر سلامت فرد و خانواده (شیخ الاسلامی و محمدی، ۱۳۹۵)، بلکه در رشد امنیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و جامعه گسترده و عمیق است (چن[5] و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین، سوءمصرف مواد منجر به پیامدهای جسمانی و روانی قابل توجهی شده و نتایج جبران‌ناپذیری را برای فرد و جامعه ایجاد می‌کند (عامری، ۱۴۰۱). یکی از موضوعاتی که اهمیت بررسی سوء مصرف مواد در دوره نوجوانی را نسبت به سایر سنین دو چندان می‌کند، تحولی بودن این دوره است؛ به این معنا که سوءمصرف مواد می‌تواند از نوجوانی آغاز و تا سنین بعدی

1. Leyhr, Kelava, Raabe & Höner
2.Herry, Maintenant, Blanchette, Tricard & Gimenes
3. Volkow & Wargo
4. Alsuwaidi
5. Chen

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.7]

گسترش یابد (نیر[1] و همکاران، ۲۰۲۲). مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که علاوه بر تحولی بودن سوءمصرف مواد در دوران نوجوانی، نوعی پیوستگی نیز در مصرف توتون، الکل و حشیش وجود دارد که مخصوصاً در افراد مستعد به سوءمصرف مواد به چشم می‌خورد (آقاخانی و همکاران، ۱۳۹۶). این بدان معناست که برخلاف عقیده عامه، تنها افرادی که در حد وابستگی، مواد را تجربه کرده‌اند، به مواد وابسته نمی‌شوند و جمعیت کوچکی از مصرف‌کنندگان وجود دارند که به راحتی به مواد وابسته می‌شوند. براساس نظریه استعداد سوءمصرف مواد، برخی افراد مستعد هستند و اگر در معرض مواد مخدر قرار بگیرند، وابسته می‌شوند؛ در صورتی که اگر این استعداد وجود نداشته باشد، فرد وابسته نخواهد شد (یوسفی و تیموری، ۱۳۹۸). بنابراین، در راستای ارائه خدمات پیشگیرانه و درمانی سوءمصرف مواد، می‌بایست افراد مستعد به سوءمصرف مواد، مورد توجه ویژه قرار گیرند و این موضوعی است که در اغلب مطالعات این حوزه نادیده گرفته شده است.

یکی از سازه‌های مهمی که به طور بالقوه در رشد و نگهداری مشکلات استفاده از مواد مخدر دخیل است، تحمل آشفتگی[2] است (لیرو، زولنسکی و برنشتاین، ۲۰۱۰). تحمل آشفتگی ظرفیت فرد در تجربه و تحمل در برابر عوامل منفی را دربرمی‌گیرد (شوری[3] و همکاران، ۲۰۱۷) و در ادبیات بالینی به عنوان توانایی درک شده به منظور مقاومت ناخوشایند با ساختاری مبتنی بر فوریت شناخته شده است (ریس، کونوی، آناند، بایور و دایقترس[4]، ۲۰۱۹). تحمل آشفتگی، در واقع ویژگی روان‌شناختی است که در همه افراد به میزان مختلفی وجود دارد و به میزانی که یک شخص توانایی تحمل حالات روان‌شناختی و یا جسمانی منفی را دارد، اشاره می‌کند. افراد با تحمل پریشانی کم با انجام برخی رفتارهای مخرب به دنبال تسکین دردهای هیجانی و دوری از هیجانات منفی خود برمی‌آیند (کیوق، ریکاردی، تیمپانو، میتچل و اسمیت[5]، ۲۰۱۰). افرادی که تحمل پریشانی ضعیفی دارند، از افکار و احساسات منفی اجتناب می‌کنند و به احتمال بیشتر اجتناب

1. Nair
2. Confusion tolerance
3. Shorey
4. Reese, Conway, Anand, Bauer & Daughters
5. Keough, Riccardi, Timpano, Mitchell & Schmidt

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.7]

تجربی را نشـان می‌دهند (ویلیوکس[1]، ۲۰۱۹). نتایج مطالعات بشـرپور و عباسـی (۱۳۹۳) نشـان داد که شـدّت وابسـتگی به مواد و ولع مصـرف با میزان تحمل آشـفتگی رابطه منفی دارد. نتایج مطالعه‌ی سو[2] (۲۰۱۷) نشان داد که تحمل آشفتگی پایین به عنوان عامل مهمی برای آشکارسازی، حفظ، بقا و بازگشت مشکلات در بین مصرف‌کنندگان الکل می‌باشد. مطالعات بینا، گرینا، داترسـب و لجوزک[3] (۲۰۱۷) نشـان داد که سـطوح بالای تحمل آشـفتگی، شـرایط مطلوب بیرونی، انگیزه درونی بالاتر و آمادگی بیشـتر به درمان از شـاخص‌های مهم درمان در بین سـوءمصـرف‌کنندگان مواد می‌باشـد. یافته‌های پژوهش گیلمور[4] و همکاران (۲۰۱۸) نشـان می‌دهد که مهارت‌های تحمل‌پذیری آشـفتگی در کاهش مصرف الکل نقش دارد. سیمونز، سیستاد، سیمونز و هانسن[5] (۲۰۱۷) در پژوهش خود نشان دادند تحمل آشفتگی ارتباط معناداری با شدّت مصرف الکل دارد.

شـکسـتن چرخه‌ی معیوب اعتیاد دشـوار اسـت و نیاز به یک سـیسـتم درمانی جامع با رویکردهای مختلف در زمینه‌ی دارو، روان‌درمانی و توانبخشـی دارد. در چنین مواردی، پیشـگیری جایگزین معقولی برای درمان اسـت. هدف از پیشـگیری تأخیر یا جلوگیری از شروع مصرف مواد مخدر در جامعه است. بنابراین، جلوگیری از اعتیاد افراد به مواد مخدر در جامعه به معنای جلوگیری از تحمیل هزینه‌های سـنگین به جامعه، آلوده شـدن افراد به ایدز و سایر بیماری‌ها، کاهش بهره‌وری محیطی، وقوع جرم و افشای نسل‌های بعدی است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۰). مداخلات روان‌شناختی متعددی به منظور کمک به افراد درگیر با مواد مخدر پیشـنهاد شـده‌اند که از آن جمله می‌توان به درمان پذیرش و تعهد (محمدی سلطان‌آبادی، متقی‌دستنائی و کردی‌اردکانی، ۱۴۰۱)، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (شـکیبایی و قیومی، ۱۴۰۱)، طرحواره درمانی (قوتی، آهوان و بلقان‌آبادی، ۱۴۰۰) و تحلیل ارتباط متقابل (نقیبی، خزایی، خزایی و رنجبر سـودجانی، ۱۳۹۶) اشـاره کرد؛ اما با گذشت زمان ثابت شده که موثرترین و جدیدترین شیوه‌های درمانی اعتیاد نیز

1. Veilleux
2. Seo
3. Bina, Greena, Daughtersb & Lejuezc
4. Gilmore
5. Simons, Sistad, Simons & Hansen

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.7]

با میزان بالای عود همراه هستند، زیرا محیط بیماری‌زا، هر پیشرفتی را که در درمان حاصل می‌شود، به تحلیل می‌برد. محیط بیماری‌زا محیطی است که در آن داروها و مواد به راحتی در دسترس است و دوستانی حمایت‌کننده از مصرف مواد، در آن حضور دارند. بنابراین، پیشگیری چاره‌ای منطقی برای ایمنی‌سازی روانی و جسمانی ارائه می‌دهد (زوار، حبیبی و حسنوند، ۱۳۹۵). فرض بنیادین رویکردهای پیشگیرانه این است که پیشگیری از سوءمصرف مواد، راحت‌تر، کم‌هزینه‌تر و موثرتر از درمان است (یوسفی و محمدی، ۱۳۸۵). با توجه به هزینه‌ها و آسیب‌های فردی، اجتماعی و اقتصادی سوءمصرف مواد، لازم است از درمان‌های مقرون‌به صرفه‌تر و پیشگیری اوّلیه استفاده شود.

در این بین یکی از رویکردهایی که امروزه مقبولیت فزآینده‌ای پیدا کرده است، رویکرد توانمندسازی روان‌شناختی است. از دیدگاه نظری، یکی از مهمترین فرضیات آموزش مهارت‌های شخصی و اجتماعی این است که رفتارهای مشکوک نوجوانان مانند سیگار کشیدن، الکل و سایر مواد و سایر رفتارهای انحرافی مانند رفتارهای جنسی زودرس و زودگذر در نظر گرفته می‌شود (بوتوین و گریفین[1]، ۲۰۰۵). سیگار کشیدن یک رفتار عملکردی محسوب می‌شود که از طریق آن نوجوانان خود را ابراز می‌کنند، با اضطراب کنار می‌آیند و با فشارهای انتقال از کودکی به بزرگسالی مقابله می‌کنند. بنابراین، فرض بر این است که مجموعه‌ی مشابهی از عوامل شناختی و شخصیتی (مانند عزّت‌نفس پایین و کنترل ناخوشایند در خود) نوجوانان را مستعد الکل، سیگار کشیدن، سایر مواد و سایر رفتارهای مشکل‌ساز می‌کند (بوتوین، گریفین و ویلیامز[2]، ۲۰۱۵). براساس رویکرد توانمندسازی، مصرف مواد مخدر یک رفتار عملکردی و اجتماعی است که نتیجه تعامل عوامل فردی و اجتماعی است. علاوه بر اهمیت فرآیندهای یادگیری اجتماعی مانند مدل‌سازی، تقلید و تقویت، این رویکرد بیان می‌کند که نوجوانان با مهارت‌های فردی و اجتماعی ضعیف نه تنها در برابر محرک‌ها آسیب‌پذیر هستند، بلکه تمایل دارند از مواد به عنوان جایگزین استفاده از استراتژی‌های مقابله‌ای سازگار استفاده کنند (بوتوین،۲۰۰۰؛ بوتوین و گریفن، ۲۰۰۴). بنابراین، رویکردهای توانمندسازی در جلوگیری از استفاده از

1. Botvin & Griffin
2. Botvin, Griffin &Williams

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.7]

مواد مخدر، بر آموزش توانایی‌های اجتماعی و رفتاری به همراه مهارت‌های مقاومت تأکید می‌کنند. نمونه‌هایی از انواع مهارت‌های تأکید شده در این نوع پیشگیری شامل مهارت‌های تصمیم‌گیری، مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های بیان و مهارت‌های اضطراب و عصبانیت است. چندین مطالعه مطالعه نشان داده‌اند که رویکردهای تأثیر اجتماعی و رشد توانایی نسبت به رویکردهای سنتی آموزشی و تغییر در رفتار و نگرش در این رویکردها مؤثرتر است (بوتوین و گریفن، ۲۰۰۴).

فتاحی، زارع بهرام‌آبادی و فرقدانی (۱۴۰۱) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که برنامه توانمندسازی روان‌شناختی بر تنظیم هیجان بیماران دارای سابقه جراحی اسلیو موثر بود و پایداری این اثربخشی تا مرحله پیگیری ادامه داشت. واله، شکری و اسدزاده (۱۴۰۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که برنامه آموزشی توانمندسازی روانی منجر به افزایش سرمایه روان‌شناختی و بهزیستی عاطفی شده است. قربانی، نجفی، نجاتی و محمدی‌فر (۱۳۹۷) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که توانمندسازی شناختی در شناخت بیان احساسات در مواد وابسته به مواد مؤثر است. عصارپور آرانی، صالح و نکاوند (۱۳۹۸) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش توانمندسازی روان‌شناختی می‌تواند تاب‌آوری را افزایش دهد. واکیمیزا، یاماگیوچی و فیوجیوکا[1] (۲۰۱۷) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که توانمندسازی بر افزایش کیفیت زندگی تأثیر معناداری دارد. بیتسیکا، شارپلی و بل[2] (۲۰۱۳) در مطالعه خود، آموزش مهارت‌های روان‌شناختی را به عنوان یک راهکار موثر جهت مقابله با استرس، اضطراب و افسردگی معرفی می‌کنند.

براین اساس، با توجه به این که دانش‌آموزان آینده‌سازان جامعه هستند و به دلیل این که نقش پررنگی در ساختن جامعه مطلوب دارند، توجه ویژه به این قشر در شرایط کنونی حائز اهمیت است. از سویی دیگر به دلیل پیامدهای منفی وابستگی به مواد و پیشگیری از بروز مشکلات روان‌شناختی دانش‌آموزان جامعه هدف، اهمیت آموزش توانمندسازی روانی-اجتماعی به عنوان یکی از مداخله‌های روان‌شناختی کارآمد برای این گروه ضروری است. علاه بر این، مشخص نمودن مکانیسم‌های موثر در افزایش تحمل آشفتگی

1. Wakimizu, Yamaguchi & Fujioka
2. Bitsika, Sharpley & Bell

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.7]

آنها باعث فهم بهتر و افزایش برنامه‌های پیشگیرانه و مداخله‌ای خواهد شد. از آن مهم‌تر با توجه به اینکه رویکردهای پیشگیرانه در دهه‌های گذشته تکمیل نشده‌اند و نقش مداخله‌های آموزشی (نظر توانمندسازی روانی-اجتماعی) به طور ویژه در افزایش تحمل آشفتگی این دانش‌آموزان مبهم باقی مانده و و نیز با در نظر گرفتن این امر که پژوهشی که به طور همزمان این متغیر را بررسی کند، انجام نشده است، به بررسی این عنوان پرداخته شد. لذا توجه بیشتر به این مسئله و انجام پژوهش‌های متعدد در این زمینه می‌تواند گامی موثر در جهت کاهش معضلات روانی اعتیاد باشد. به این ترتیب، سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا توانمندسازی روانی-اجتماعی بر تحمل آشفتگی دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد تاثیر دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان پسر هنرستان‌های شهر چالوس در سال‌تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ تشکیل دادند. برای انتخاب نمونه، ابتدا با هماهنگی با دو هنرستان و جلب رضایت مدیر مبنی بر انجام پژوهش بر روی دانش‌آموزان، ابتدا پرسشنامه آمادگی به اعتیاد بر روی تمامی دانش‌آموزان دو هنرستان اجرا گردید. سپس از بین دانش‌آموزانی که در پرسشنامه آمادگی به اعتیاد، نمره‌ی ۵۵ به بالا کسب کرده بودند، ۴۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شده و به طور تصادفی در گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. در رابطه با حجم نمونه، با توجه به اینکه حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی ۱۵ نفر برای هر گروه می‌باشد (دلاور، ۱۳۹۸)؛ در مطالعه‌ی حاضر به منظور افزایش تعمیم‌پذیری نتایج برای هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: کسب نمره بالاتر از حد متوسط در پرسشنامه آمادگی به اعتیاد (نمره برش ۵۵) و علاقه به شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: غیبت

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.7]

بیشتر از دو جلسه و تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام گرفت.

ابزارها

۱- مقیاس تحمل آشفتگی[1]: این مقیاس، یک شاخص خودسنجی است که توسط سیمونز و گاهر[2] در سال ۲۰۰۵، به منظور اندازه‌گیری میزان تحمل آشفتگی ساخته شده است و دارای ۱۶ سوال می‌باشد. نمره‌گذاری پرسشنامه براساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت می‌باشد که بسیار موافقم (۱) و بسیار مخالفم (۵) می‌گیرد که این نمره‌گذاری در سوال ۷ معکوس می‌باشد. در این مقیاس حداکثر نمره ۸۰ و حداقل نمره ۱۶ می‌باشد. مولفه‌های این مقیاس شامل تحمل (گویه‌های شماره ۱، ۳ و ۵)، ارزیابی (گویه‌های شماره ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۳)، جذب (گویه‌های شماره ۲، ۴ و ۱۶) و تنظیم (گویه‌های شماره ۹، ۱۴ و ۱۵) می‌باشد. گویه‌های این مقیاس، تحمل آشفتگی را براساس توانمندی‌های فرد برای تحمل آشفتگی هیجانی، ارزیابی ذهنی آشفتگی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تسکین آشفتگی می‌سنجند. نمرات بالا نشانگر تحمل آشفتگی بالا است. ضرایب آلفا برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شده است. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه ۰/۶۱ بود. مشخص شده این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرای اوّلیه خوبی است. این مقیاس با پذیرش خلق رابطه مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری‌جوآنا و استفاده از آن‌ها برای بهبود، رابطه منفی دارد (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). عزیزی، میرزایی و شمس (۱۳۸۸) نیز، میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را نیز ۰/۷۹ گزارش کردند.

۲- مقیاس آمادگی به اعتیاد[3]: مقیاس آمادگی به اعتیاد توسط وید و بوچر، مک‌کنا و بن‌پورات[4] (۱۹۹۲) ساخته شد. این مقیاس یک نسخه ایرانی از آماده‌سازی اعتیاد است که

1. Distress Tolerance Scale
2. Simons & Gaher
3. Addiction Potential Scale
4. Weed, Butcher, McKenna & Ben-Porath

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.7]

به دلیل شرایط روانی اجتماعی جامعه ایران توسط زرگر (۱۳۸۵) ساخته شده است. این مقیاس از دو عامل تشکیل شده و دارای ۳۶ ماده به اضافه‌ی ۵ ماده دروغ‌سنج می‌باشد. امتیازدهی هر سؤال در یک پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) است. البته این روش امتیازدهی در سؤال‌های ۶، ۱۲، ۱۵ و ۲۱ معکوس می‌باشد. این مقیاس دارای ۵ عامل دروغ‌سنج می‌باشد که شامل سوالات شماره ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۱ و۳۳ می‌شود. این نمره دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۸ را خواهد داشت. نمره بین ۰ تا ۳۶ بیانگر آمادگی فرد پاسخ‌دهنده برای اعتیاد در حد پایین است، نمره بین ۳۶ تا ۵۴ بیانگر آمادگی فرد پاسخ‌دهنده برای اعتیاد در حد متوسط است و نمره بالاتر از ۵۴ بیانگر آمادگی فرد پاسخ‌دهنده برای اعتیاد در حد بالا می‌باشد. در پژوهش زرگر (۱۳۸۵) برای محاسبه روایی این مقیاس از دو روش استفاده شد. در روایی ملاکی، مقیاس آمادگی به اعتیاد دو گروه وابسته به مواد و غیروابسته را به خوبی از یکدیگر متمایز کرده است. روایی سازه مقیاس از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده‌ای فهرست بالینی علائم بالینی ۰/۴۵ محاسبه شده است که معنادار می‌باشد. اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شده است که در حد مطلوب می‌باشد (زرگر، نجاریان و نعامی، ۱۳۸۷).

روش اجرا

در پژوهش حاضر جلسات آموزشی به مدّت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و دو بار در هفته برگزار شد. گروه آزمایش ۸ مهارت اساسی را براساس کتاب راهنمای برنامه‌ی توانمندسازی روانی-اجتماعی نوجوانان در معرض خطر (محمدخانی، ۱۳۸۸) دریافت کردند، ولی گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای دریافت نکردند. خلاصه‌ای از محتوای جلسات آموزشی برنامه توانمندسازی روانی-اجتماعی در جدول ۱ ارائه شده است.

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.7]

جدول ۱: خلاصه جلسات توانمندسازی روانی-اجتماعی

جلسه	موضوع	محتوای جلسات
اوّل	ارزش سلامتی	معارفه، آشنایی با برنامه توانمندسازی روانی-اجتماعی، مراقبت از خود، چرا سلامتی خوب است، تعیین یک هدف بهداشتی، ابعاد مختلف سلامتی، پیشگیری، ارزیابی خطر و تکلیف خانگی.
دوّم	تصمیم‌گیری سالم	مفهوم تصمیم‌گیری، روش‌های تصمیم‌گیری گام‌به‌گام، تمرین تصمیم‌گیری گام‌به‌گام، انتخاب‌های سالم، تکلیف خانگی.
سوّم	خطرجویی و مصرف مواد	ارزش قائل‌شدن، چقدر اهل خطرجویی هستید، پرخطر، پرخطرتر و پرخطرترین، نقش مصرف مواد درخطرجویی و پیامدهای آن، جمع‌بندی مطالب و تکلیف خانگی.
چهارم	مقابله با استرس و هیجان‌های منفی	مفهوم استرس و عوامل خطرزا، شناسایی احساس و رفتار، ارتباط بین هیجان و پیامد، تکنیک‌های تنظیم هیجان و جمع‌بندی مطالب و تکلیف خانگی.
پنجم	ارتباط مؤثر	مهارت‌های ارتباط مؤثر، عناصر ارتباط مؤثر، انواع مهارت‌های ارتباط مؤثر، جمع‌بندی و تکلیف خانگی.
ششم	روابط بین‌فردی سالم	برقراری رابطهٔ سالم، عناصر مهم در برقراری رابطهٔ سالم، هنر ابراز وجود، تمرین ابراز وجود، جمع‌بندی مطالب و تکلیف خانگی.
هفتم	فشار همسالان و مهارت‌های امتناع	مهارت‌های امتناع همسالان، شناخت مهارت جراتمندی و مؤلفه‌های آن، تهیه فهرست مهارت‌های نه گفتن، تمرین مهارت نه گفتن و تحمل آشفتگی، شناسایی موقعیت‌های دشوار، جمع‌بندی مطالب و تکلیف خانگی.
هشتم	عزّت‌نفس	مفهوم عزّت‌نفس، شناخت توانایی‌ها و ویژگی‌های مثبت خود، پرورش تحمل آشفتگی، شناخت عوامل تأثیرگذار بر عزّت‌نفس و راه‌های بهبود آن، جمع‌بندی مطالب، تکلیف خانگی، اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

در جدول ۲ نمرات میانگین و انحراف معیار تحمل آشفتگی به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله ارزیابی گزارش شده است.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.7]

جدول ۲: آماره‌های توصیفی تحمل آشفتگی دانش‌آموزان

متغیر	مرحله	گروها	میانگین	انحراف معیار
تحمل آشفتگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۷/۷۰	۱۰/۳۷
		کنترل	۳۱/۵۰	۷/۶۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۲/۱۰	۱۰/۱۲
		کنترل	۳۱/۱۵	۱۱/۱۶

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه پژوهش در متغیر تحمل آشفتگی در مرحلهٔ پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد اما در مرحله پس‌آزمون، میانگین گروه آزمایش در متغیر پژوهش تغییرات محسوسی داشته است. برای تجزیه نتایج اصلی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس، نرمال‌بودن توزیع داده‌هاست. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنف حاکی از آن بود که نمرات مقیاس تحمل آشفتگی دارای توزیع نرمال بود (p> ۰/۰۵). همچنین مقیاس تحمل آشفتگی در آزمون لوین معنادار نبود (p> ۰/۰۵)، لذا می‌توان گفت که همگنی واریانس‌ها برقرار بود. بررسی همگنی رگرسیون، از دیگر پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس است. با توجه به اینکه این مقیاس در بررسی همگنی رگرسیون معنادار نبود (p> ۰/۰۵)، می‌توان نتیجه گرفت که فرض همگنی رگرسیون برقرار است. در ادامه پس از کنترل اثر پیش‌آزمون جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل بر طبق نمره‌های پس‌آزمون، در تعیین اثربخشی توانمندسازی روانی-اجتماعی بر تحمل آشفتگی دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شده است. نتایج مرحله پس‌آزمون در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: تجزیه و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای مقایسه میانگین نمره‌های تحمل آشفتگی دو گروه در پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا
پیش‌آزمون	۳/۷۵	۱	۳/۷۵	۰/۵۲	۰/۴۷	۰/۰۲
گروه	۷۰/۷۵	۱	۷۰/۷۵	۹/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۲۱
خطا	۲۶۶/۷۸	۳۷	۷/۲۱			

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.7]

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، توانمندسازی روانی-اجتماعی موجب تفاوت معنادار بین گروه آزمایش و کنترل در میانگین نمرات تحمل آشفتگی شد ($F=۹/۸۲$ ،$p<۰/۰۱$). به عبارت دیگر، توانمندسازی روانی-اجتماعی باعث افزایش تحمل آشفتگی دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر توانمندسازی روانی-اجتماعی بر تحمل آشفتگی در دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد بود. یافته پژوهش نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش و کنترل از لحاظ تحمل آشفتگی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین‌صورت که، توانمندسازی روانی-اجتماعی باعث افزایش معنادار در میزان تحمل آشفتگی دانش‌آموزان گروه آزمایش‌شده بود. فتاحی و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که برنامه توانمندسازی روان‌شناختی بر تنظیم هیجان بیماران دارای سابقه جراحی اسلیو موثر بود و پایداری این اثربخشی تا مرحله پیگیری ادامه داشت. واله و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که برنامه آموزشی توانمندسازی روانی منجر به افزایش سرمایه روان‌شناختی و بهزیستی عاطفی شده است. قربانی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که توانمندسازی شناختی در شناخت و بیان احساسات در افراد وابسته به مواد مؤثر است. عصارپور آرانی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش توانمندسازی روان‌شناختی می‌تواند تاب‌آوری را افزایش دهد. واکیمیزا و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که توانمندسازی بر افزایش کیفیت زندگی تأثیر معناداری دارد. بیتسیکا و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه خود، آموزش مهارت‌های روان‌شناختی را به عنوان یک راهکار موثر جهت مقابله با استرس، اضطراب و افسردگی معرفی می‌کنند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش برنامه‌ی توانمندسازی روانی-اجتماعی که محتوای آن شامل ارزش سلامتی، تصمیم‌گیری، خطرجویی و مصرف مواد، مقابله با استرس، ارتباط موثر، مهارت امتناع، عزّت‌نفس و انواع اثرات و جرایم مرتبط با مواد مخدر

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.7]

اســـت، می‌تواند در نگرش دانش‌آموزان به مواد مخدر موثر بوده و نگرش مثبت آن‌ها در گرایش به مصـــرف مواد مخدر و اعتیاد را کاهش دهد. دانش‌آموزان شـــرکت‌کننده در جلسـات آموزشـی به دلیل عزّت‌نفس پایین، فشـار همسـالان، پیوند ضـعیف با مدرسـه و خانواده، کمبود مهارت‌های خودکنترلی و نگرش مثبت به مصـــرف مواد در معرض خطر اعتیاد قرار داشـــتند. جلســـات آموزشـــی با تاکید بر آموزش مهارت‌های لازم توانســـت با اثرگذاری بر دانش و نگرش نسبت به مواد، موجب کنترل خود در دانش‌آموزان شود و از این طریق موجب کاهش آمادگی به سمت اعتیاد در نوجوانان شد. درونی شدن ارزش‌های اجتماعی و رفتارهای اجتماعی از طریق توانمندســـازی روانی-اجتماعی می‌تواند تحمل پریشـــانی را در دانش‌آموزان افزایش دهد. از طریق آموزش مهارت‌های جرات‌ورزی در توانمندســـازی روانی-اجتماعی، میزان انعطاف‌پذیری آنها، بالا رفته و تمایل به اعتیاد در آنـان کـاهش می‌یـابـد. چرا کـه بـا توجـه بـه اینکـه مهم‌ترین راهبرد در توانمنـدســـازی روان‌شـــناختی "آموزش" می‌باشـــد، درمان‌گر با آموزش تعیین نقاط قوت فردی به درمانجویان روش یافتن توانمندی‌های خاص را آموزش داده و با ارائه‌ی تمرینات و نظارت بر اجرای فنون درمانی موجب تســـهیل خودآگاهی و تعیین نقاط قوت درمانجو می‌گردد (فتاحی و همکاران، ۱۴۰۱). اشـــراف به نقاط قوت فردی موجب تغییر نگرش درمانجو نسبت به خویشتن می‌گردد. همین امر موجب افزایش تحمل پریشانی و سلامت روان‌شناختی در افراد می‌شود. با آموزش این فرآیند، درمانجویان نحوه ارزیابی صحیح و منطقی وقایع زندگی را می‌آموزند و بدین صـــورت از ارزیابی‌های نادرســـت، تحریف شناختی از قبیل بزرگ‌نمایی مشکلات و فاجعه‌سازی پرهیز می‌نمایند. همچنین در این بسته با تقویت حس معنا و معنایابی در زندگی، درمانجو به یافتن معنا در حوادث تلخ زندگی رهنمون می‌گردد و بدین‌گونه باعث تداوم حس مقاومت و پایداری و تحمل آشـفتگی در درمانجویان می‌شود. دانش‌آموزان با شرکت در جلسات گروهی و تبادل افکار با یکدیگر به این باور می‌رســـند که مشـــکلات و چالش‌ها جزء جدایی‌ناپذیر زندگی هســـتند و تنها انسـان‌هایی که به خودآگاهی رسـیده و به نقاط قوت خود ایمان دارند، توانایی غلبه بر این مشکلات را خواهند داشت و با شور و نشاط و توانی مستمر برای رسیدن به اهداف خود

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.7]

تلاش خواهند نمود (فلاحی و همتی علمدارلو، ۱۳۹۹). یک برنامه‌ی توانمندسازی روانی-اجتماعی می‌تواند کنترل رفتارها، احساسات و غرایز فرد را با وجود ایجاد انگیزه برای اقدام در او افزایش دهد. یک نوجوان با تحمل آشفتگی بالا، وقت خود را صرف تفکر در مورد گزینه‌ها و نتایج احتمالی می‌کند و سپس بهترین انتخاب را انجام می‌دهد. قدرت تنظیم احساسات، ظرفیت شخصی فرد را برای تسکین خود، درک اضطراب‌ها، افسردگی‌ها یا بی‌حوصلگی‌های عمومی افزایش می‌دهد. افراد با تحمل پایین دائماً با احساس ناامیدی، افسردگی و بی‌علاقگی، دست و پنجه نرم می‌کنند، در حالی که افرادی که دارای سطح بالایی از تحمل آشفتگی هستند می‌توانند با سرعت بیشتری بر مشکلات غلبه کنند و مقدار مشخصی از احساسات را داشته باشند، با تفکر همراه باشند و مسیر را انتخاب کنند. لذا برخورداری از توانمندسازی روانی-اجتماعی منجر به عزّت‌نفس و اعتماد به نفس در دانش‌آموزان می‌گردد و نیز آنها می‌توانند بر احساس ناتوانی یا درماندگی خود چیره شوند.

به طور کلّی نتایج پژوهش نشان داد که آموزش توانمندسازی روانی-اجتماعی در افزایش تحمل آشفتگی دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد تأثیر دارد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از پرسشنامه یا ابراز خودگزارش‌دهی اشاره کرد که موجب سودار شدن نتایج پژوهش می‌شود، لذا باید در تعمیم و تفسیر نتایج محتاط بود. محدود بودن جامعهٔ مورد مطالعه به دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد مدارس شهر چالوس از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. لذا در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت نمود. عدم توانایی کنترل کامل متغیرهای مزاحم همچون هوش، اثر خانواده، امکان تماشای برنامه‌های تلویزیونی، رادیویی مرتبط از دیگر محدویت‌های این پژوهش بود. لذا پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی این موارد را مورد توجه قرار دهند. مطالعات آینده همچنین می‌توانند بر اثربخشی توانمندسازی روانی-اجتماعی در سایر متغیرهای مربوط به مصرف مواد مخدر مانند عزّت‌نفس، تنظیم عاطفی یا خودکارآمدی متمرکز شوند. همچنین، پیشنهاد می‌شود از نتایج چنین پژوهش‌هایی با بهره‌گیری از امکانات موجود، در مدارس و مراکز مشاوره‌ی تخصصی استفاده گردد.

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.7]

منابع

آقاخانی، نادر؛ زارعی خیرآباد، عباس؛ قره‌داغی، جابر؛ نزیمی، نرگس؛ سهیلی، امید؛ دلیرراد، محمد؛ زبنی، یعقوب و افتخاری، علی (۱۳۹۶). بررسی دلایل گرایش و روی‌آوردن مجدد به ماده مخدر مت‌آمفتامین درمعتادان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد ارومیه. *مجله پزشکی قانونی ایران*، ۲۳(۲)، ۱۱۴-۱۰۴.

برزگر بفرویی، کاظم؛ همتی، حمیده و دربیدی، مرجان (۱۳۹۷). نقش مشارکت در بهبود بهزیستی روانی و بازتوانی معتادان شهر یزد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۵۰)، ۲۳۲-۲۱۳.

بشرپور، سجاد و عباسی، آزاده (۱۳۹۳). رابطه بین تحمل آشفتگی و اضطرار منفی و مثبت با شدت وابستگی و ولع مصرف در افراد وابسته به مواد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲(۱)، ۱۰۲-۹۲.

دلاور، علی (۱۳۹۸). *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. تهران: نشر ویرایش.

زرگر، یدالله؛ نجاریان، بهمن و نعامی، عبدالزهرا (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی (هیجان‌خواهی، جرأت‌ورزی، سرسختی روان‌شناختی)، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر. *مجله‌ی علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱۵(۱)، ۱۲۰-۹۹.

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

زوار، تقی؛ حبیبی، رامین و حسنوند، مریم (۱۳۹۵). تحلیل محتوای بسته‌های آموزشی پیشگیری از اعتیاد سازمان بهزیستی. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۹)، ۶۲-۴۵.

شکیبایی، پریا و قیومی، پریناز (۱۴۰۱). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سطح اضطراب و کیفیت زندگی زنان با اختلال مصرف مواد افیونی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۶(۶۳)، ۳۷۹-۳۵۹.

شیخ الاسلامی، علی و محمدی، نسیم (۱۳۹۵). نقش شغل در درمان بهبودیافتگان از اعتیاد. *فصلنامه سلامت اجتماعی*، ۳(۱۲)، ۳۸-۱۳.

عامری، نرجس (۱۴۰۱). روابط ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون: نقش میانجی شفقت به خود، *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۶(۶۶)، ۷۰-۴۷.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.7]

عزیزی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده و شمس، جمال (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *عنوان نشریه*، ۱۳(۱)، ۱۸-۱۱.

عصارپور آرانی، شیما؛ صالحی، شیوا و نکاوند، مهراندخت (۱۳۹۸). تأثیرآموزش توانمندسازی روان‌شناختی بر تاب‌آوری مادران نوزادان نارس بستری در بخش مراقبت ویژه. *فصلنامه پرستاری مراقبت ویژه*، ۱۲(۳)، ۱۴-۶.

فتاحی، عاطفه؛ زارع بهرام آبادی، مهدی و فرقدانی، آزاده (۱۴۰۱). اثربخشی برنامه توانمندسازی روان‌شناختی بر تنظیم هیجان بیماران دارای سابقه جراحی اسلیو. *نشریه مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*، ۳(۲)، ۱۹۶-۱۸۵.

فلاحی، فاطمه و همتی علمدارلو، قربان (۱۳۹۹). اثربخشی توانمندسازی روان‌شناختی بر کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با ناتوانی تحت پوشش برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۹(۲)، ۱۴-۵.

قربانی، مجید؛ نجفی، محمود؛ نجاتی، وحید و محمدی‌فر، محمدعلی (۱۳۹۷). اثربخشی توانمندسازی شناختی حالات ذهنی بر بازشناسی بیان چهره‌ای هیجان در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۵۰)، ۲۷۶-۲۵۳.

قوتی، عاطفه؛ آهوان، مسعود و بلقان آبادی، مصطفی (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رفتار درمانی شناختی بر تاب‌آوری، تنظیم شناختی هیجان و ولع مصرف در افراد سوء مصرف-کننده مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۶۲)، ۱۴۰-۱۱۳.

محمدخانی، شهرام (۱۳۸۸). *طراحی و تدوین برنامه‌ی توانمندسازی روانی-اجتماعی دانش‌آموزان در معرض خطر سوء مصرف مواد*. تهران: دفتر مقابله با جرم و مواد سازمان ملل متحد در ایران.

محمدی‌سلطان‌آبادی، آرزو؛ متقی‌دستنائی، شکوفه و کردی‌اردکانی، احساس (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با نگرش به منابع اسلامی بر تصمیم‌گیری تکانشی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان مصرف‌کننده مواد. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۶(۶۳)، ۳۳۴-۳۰۹.

نقیبی، حمیده؛ خزایی، امن‌النبی؛ خزایی، فاطمه و رنجبر سودجانی، یوسف (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی با رویکرد تحلیل ارتباط متقابل بر کاهش شدت اعتیاد بیماران زن تحت درمان با متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۱)، ۲۹۸-۲۸۲.

سال هفدهم، شماره ۶۷، بهار ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 67, Spring 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.7]

واله، مونا؛ شکری، امید و اسدزاده، حسن (۱۴۰۰). اثربخشی برنامه آموزشی توانمندسازی روانی بر افزایش سرمایه روان‌شناختی و بهزیستی عاطفی مرتبط با شغل معلمان. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۰)، ۵۹۶-۵۷۹.

یوسفی، رحیم و تیموری، شبنم (۱۳۹۸). رابطه ساختاری صفات سه گانه تاریک شخصیت با آسیب پذیری به اعتیاد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۳(۵۴)، ۴۶-۳۱.

یوسفی، سیدجلال و محمدی، محمدرضا (۱۳۸۵). استفاده از رویکرد نشر اطلاعات در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در میان نوجوانان. *دانشور رفتار*، ۴(۱۶)، ۱۰-۱.

References

Alsuwaidi, H. (2019). *Understanding the barriers to integration to society, recovering patient from addiction face: qualitative study in UAE*. Master's thesis, Harvard Medical School.

Bina, A., Greena, K. M., Daughtersb, S. B., & Lejuezc, C.W. (2017). Distress tolerance interacts with circumstances, motivation, and readiness to predict substance abuse treatment retention. *Journal of addictive behaviors*, 73, 99–104.

Bitsika, V., Sharpley, C. F., & Bell, R. (2013). The buffering effect of resilience upon stress, anxiety and depression in parents of a child with an autism spectrum disorder. *Journal of developmental and physical disabilities*, 25(5), 533-543.

Botvin, G. J. (2000). Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors. *Addictive behaviors*, 25(6), 887-897.

Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2004). Life Skills Training: Empirical Findings and Future Directions. *Journal of primary prevention*, 25(2), 211-232.

Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2005). *School–based program in lowinson substance abuse: a comprehensive textbook.* 4th edition. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

Botvin, G. J., Griffin, K. W., & Williams, C. (2015). Preventing Daily Substance Use among High School Students Using a Cognitive-Behavioral Competence Enhancement Approach. *World journal of preventive medicine*, 3(3), 48-53.

Chen, Y. L., Lee, T. C., Chen, Y. T., Lo, L. C., Hsu, W. Y., & Ouyang, W. C. (2019). Efficacy of Electroacupuncture Combined with Methadone Maintenance Therapy: A Case-Control Study. *Evidence-Based complementary and alternative medicine*, 2019, 1-10.

Gilmore, A. K., Jones, J. L., Moreland, A. D., Hahn, C. K., Brady, K. T., & Back, S. E. (2018). Gender moderates the association between distresstolerance and alcohol use among individuals with opioid use disorder. *Journal drug and alcohol dependence*, 190(1), 9-12.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.7]

Herry, C., Maintenant, C., Blanchette, I., Tricard, E., & Gimenes, G. (2019). Emotional Response Categorization in Adolescents and Young Adults. *Psychological reports, ammons scientific*, 122(4), 1349 -1371.

Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior therapy*, 41(4), 567 -574.

Leyhr, D., Kelava, A., Raabe, J., & Höner, O. (2018). Longitudinal motor performance development in early adolescence and its relationship to adult success: An 8 -year prospective study of highly talented soccer players. *PLOS ONE*, 13(5), 1 -10.

Nair, N., Elliott, A., Arnold, S., Flachs, A., Beaulieu, B., & Marceau, K. (2022). Adolescent substance use: Findings from a state -wide pilot parent education program. *BMC public health*, 22(1), 1 -15.

Reese, E. D., Conway, C. C., Anand, D., Bauer, D. J., & Daughters, S. B. (2019). Distress tolerance trajectories following substance use treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 87(7), 645–656.

Seo, J. W. (2017). How do you restrain yourself from avoidance when distressed? Distress tolerance and affective associations of avoidance/withstanding behaviors in college-aged heavy drinkers. *Journal of personality and individual differences*, 111(1), 1–5.

Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, 29(2), 83-102.

Simons, R. M., Sistad, R. E. Simons, J. S., & Hansen, J. (2017). The role of distress tolerance in the relationship between cognitive schemas and alcohol problems among college students. *Journal addictive behaviors*, 78(3), 1-8.

Veilleux, J. C. (2019). The relationship between distress tolerance and cigarette smoking: A systematic review and synthesis. *Clinical psychology review*, 71, 78-89.

Volkow, N., & Wargo, E. (2022). Association of severity of adolescent substance use disorders and long -term outcomes. *JAMA netw open*, 5(4), 1-3.

Wakimizu, R., Yamaguchi, K., & Fujioka, H. (2017). Family empowerment and quality of life of parents raising children with developmental disabilities in 78 Japanese families. *International journal of nursing sciences*, 4(1), 38-45.

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.

WHO, C. O. (2020). World health organization. *Diabetes*.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.17.67.7]