فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هفدهم، شماره شصت و هشتم، ص ۱۸۰-۱۵۹، تابستان ۱۴۰۲
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 17, No. 68, P 159-180, Summer 2023

مقاله پژوهشی
Research Article

روابط ساختاری ترومای دوران کودکی و مشکلات مصرف مواد در افراد مصرف-کننده مت‌آمفتامین: نقش میانجی علائم پانیک

معصومه کاظم¬پور[۱]، حبیب الله نادری[۲]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۲۱

چکیده

هدف: هدف از این پژوهش بررسی نقش میانجی علائم پانیک در رابطه بین ترومای دوران کودکی و مشکلات مصرف مواد در افراد مصرف‌کننده مت‌آمفتامین بود. **روش:** پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع مدل معادلات ساختاری بود. از میان افراد مصرف‌کننده مت‌آمفتامین مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد استان مازندران، ۲۵۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه مشکلات مصرف مواد، پرسشنامه ترومای دوران کودکی و مقیاس علائم پانیک بود. داده‌ها با استفاده از روش مدل معادلات ساختاری تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین ترومای دوران کودکی و مشکلات مصرف مواد رابطه مثبت و معناداری وجود داشت و علائم پانیک در این رابطه دارای نقش واسطه‌ای بود. در مجموع، نتایج نشان داد که مدل از برازش مطلوبی برخوردار بود. **نتیجه‌گیری:** طبق نتایج به دست آمده می‌توان گفت که هر دو متغیر ترومای دوران کودکی و علائم پانیک نقش مهمی در مشکلات مصرف مواد دارند. با توجه به دوره حساس کودکی و تاثیرات ماندگار تجاربِ آسیب‌زا و عواقب متعاقب با آن همچون افسردگی، اضطراب و غیره در بزرگسالی، نتایج این پژوهش می‌تواند رهنمودی در جهت آگاه‌سازی والدین در مورد نقش حساس خود از طریق برنامه‌های آموزشی در مدارس و یا رسانه‌ها باشد. بنابراین، توجه به این متغیرها در کاهش مشکلات مصرف مواد از اهمیت ویژه برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: ترومای دوران کودکی، مشکلات مصرف مواد، علائم پانیک، مت‌آمفتامین، افراد وابسته به مواد

۱. کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه مازندران، مازندران، ایران. پست الکترونیک: h.naderi@umz.ac.ir

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.159]

مقدمه

افزایش روز افزون مصـــرف‌کنندگان مواد مخدر در جهان و تنوع بیش از حد مواد مخدر، آن را به یکی از مسائل و چالش‌های مهم در سطح جهان تبدیل کرده است؛ به طوری که در سال ۲۰۱۷ تخمین زده شده بود که حدود ۲۷۱ میلیون نفر در سراسر جهان در سنین ۱۵ تا ۶۴ ســال، حداقل یک بار در ســال قبل از آن، مواد مخدر مصــرف کرده‌اند. این آمار مطابق با حدود ۵/۵ درصد از جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله در جهان است و نشان دهنده این است که از هر ۱۸ نفر یک نفر ســابقه‌ی مصــرف مواد مخدر دارد (دفتر مبارزه با جرم و مواد مخدر آمریکا[1]، ۲۰۱۹). اختلال مصــرف مواد[2] یک بیماری در ســطح بهداشــت روانی می‌باشــد که با مصــرف موادی مانند (الکل، تنباکو، شــاهدانه، مت‌آمفتامین و دارو) باعث اختلال و پریشــانی قابل توجه بالینی می‌شــود (رسـل [3] و همکاران، ۲۰۲۰). اختلال مصـرف مواد، به اعتیاد به مواد مخدر و مصـرف مواد گفته می‌شـود که با آسـیب در سـطح اجتماع، اقتصـاد، قانونی و یا جسـمی تعریف می‌شـود و اختلالات مصـرف مواد بار قابل توجهی را برای افراد، خانواده‌ها و جوامع اجتماعی گســترده‌تر ایجاد می‌کند (تایلر، گراهام، فلت، والدهر و فیتزسیمونز-کرافت[4]، ۲۰۲۱). اعتیاد به مواد مخدر نوعی بیماری مزمن است که با چالش‌هایی در زمینه تســلط رفتاری همراه بوده که منجر به ویرانی شــخصــیت در افراد می‌شـود. چرا که افراد وابسـته به مواد از لحاظ جسـمی و روانی، وابسـتگی زیادی به مواد مصـرفی خود پیدا می‌کنند، به طوری که به تدریج میزان مصـرف خود را افزایش می‌دهند (بلیوس، دو آن و بست[5]، ۲۰۱۹). این افزایش منجر به مشکلات جسمی و روانی و همچنین تغییر ناگهانی در وضــعیت اقتصــادی و اجتماعی می‌شــود (پورفتحیه و فتحی، ۱۳۹۹). براســاس مطالعات، اختلالات مصــرف مواد با افزایش خطر طیفی از پیامدهای منفی، از جمله طلاق، بی‌خانمانی، ارتکاب سوء استفاده از شریک زندگی و کودک، بستری شدن در بیمارستان روان‌پزشکی، حبس و مرگ بر اثر قتل و خودکشی همراه است (رحمتی،

1. United Nations Office on Drugs & Crime
2. substance abuse disorder (SUD)
3. Ressel
4. Taylor, Graham, Flatt, Waldherr & Fitzsimmons-Craft
5. Bliuc, Doan & Best

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.159]

خدابخشی کولایی و جهانگیری، ۱۴۰۰). در ایران نیز بر اساس آخرین آمارهای ستاد مبارزه با مواد مخدر، حدود ۴ میلیون نفر مصرف‌کننده مستمر و غیرمستمر مواد مخدر وجود دارد که تعداد مصرف‌کننده‌های مستمر مواد ۲ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر است (حاجی‌ها و بهرامی احسان، ۱۳۹۹). در طول چند سال اخیر، مدل زیستی، روانی و اجتماعی، وابستگی به مواد را مشکلی چند وجهی دانسته است که نیاز به تخصص در رشته‌های مختلف دارد که بتوانند برای پژوهش، پیشگیری و درمان به کار گرفته شود؛ زیرا اعتیاد ابعاد گوناگون دارد و مشکلاتی در جنبه‌های مختلف زندگی فرد ایجاد می‌کند (هاشمی مقدم، ترکان و یوسفی، ۱۳۹۹). با توجه به هزینه‌ها و پیامدهای منفی مرتبط با مصرف مواد، تحقیقات بر شناسایی عوامل خطر مصرف مواد و اهداف درمانی برای درک بهتر این اختلال و توسعه مداخلات مؤثرتر متمرکز شده است (جانگلن، هورشکا، جنسن، بورس و دلاهنتلی[1]، ۲۰۱۹).

عوارض مرتبط با همبودی اختلالات روانی با مصرف مواد مشکلات زیادی را برای افرادی که به دنبال درمان مصرف مواد هستند ایجاد می‌کند. برای مثال، افراد مبتلا به اختلالات همراه کمتر به درمان پاسخ می‌دهند (دورکین، وانکلن، استاسیویز و کافی[2]، ۲۰۱۸)، زودتر عود می‌کنند (جانگلن و همکاران، ۲۰۱۹) و پایبندی کمتری به درمان دارند (بلیوس وهمکاران، ۲۰۱۹). اثربخشی محدود برنامه‌های درمانی مصرف مواد ممکن است ناشی از عدم رسیدگی به مسائل بهداشت روانی همراه باشد. همچنن افراد در درمان سم‌زدایی طیف وسیعی از پیامدهای مصرف مواد را تجربه می‌کنند که با آسیب‌شناسی روانی همراه است (اندرسون، هروسکا، برنز، ریچاردسون و دلاهانتی[3]، ۲۰۱۸). اختلال پانیک معمولاً با اختلالات مصرف مواد همراه است (گراداس[4] و همکاران، ۲۰۱۷) و همچنین با اختلالات جدی اجتماعی، عاطفی و جسمی همراه است (تایلر و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این، همبودی علائم پانیک با اختلالات مصرف مواد با پیامدهای روانی

1. Junglen, Hruska, Jensen, Boros & Delahanty
2. Dworkin, Wanklyn, Stasiewicz & Coffey
3. Anderson, Hruska, Boros, Richardson & Delahanty
4. Gradus

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.159]

اجتماعی منفی بیشتری نسبت به هر یک از سایر اختلالات همراه است (بلفرج[1] و همکاران، ۲۰۲۳؛ دورکین وهمکاران، ۲۰۱۸؛ سامر[2] و همکاران، ۲۰۱۷؛ گراداس و همکاران، ۲۰۱۷). دلایل همبودی مشاهده شده علائم پانیک با اختلالات مصرف مواد مشخص نیست و رابطه بین این دو ناشناخته باقی مانده است. به همین دلیل، شناسایی این پدیده، عوامل مرتبط و نیز راهبردهایی جهت کنترل و تعدیل آن دارای اهمیت قابل توجهی است.

یکی از عوامل مرتبط با مصرف مواد و علائم پانیک، ترومای دوران کودکی[3] است. ترومای دوران کودکی اصطلاحی عمومی است که برای توصیف تمامی اشکال کودک‌آزاری، غفلت، آزار جسمی، آزار جنسی، بی‌توجهی، آزار هیجانی و به‌تازگی خشونت خانوادگی به‌کاربرده می‌شود (هاونس، گیلتی، اسپین‌هاون، وان‌همرت و پن‌نینکس[4]، ۲۰۱۵). پدیده کودک‌آزاری را می‌توان به چهار نوع غفلت، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی و سوءاستفاده هیجانی تقسیم کرد (دپارتمان سلامت و خدمات انسانی آمریکا[5]، ۲۰۲۰). به عقیده کیفر[6] و همکاران (۲۰۲۲) بدرفتاری با کودک یک مشکل جهانی محسوب می‌گردد که انواع عواقب ناگوار را در پی دارد. بدرفتاری در دوران کودکی به عنوان یک عامل خطر برای اختلالات مصرف مواد است. پژوهش‌های بسیاری وجود دارند که رابطه بین تجربه ترومای کودکی و مصرف در بزرگسالی را نشان داده‌اند (نیا، ولف، فوگلمان، نوربخش و سینها[7]، ۲۰۲۳؛ کیفر و همکاران، ۲۰۲۲؛ داسین-ریوز[8] و همکاران، ۲۰۲۰). در مطالعات اخیر نشان داده شده است سوء استفاده در دوران کودکی از جمله سوء استفاده فیزیکی، جنسی و عاطفی؛ احتمال سیگار کشیدن، اعتیاد به الکل، مصرف مواد مخدر غیرقانونی و مصرف مواد تزریقی را افزایش می‌دهد (هافمن[9] و همکاران، ۲۰۲۲). در یک مطالعه گذشته‌نگر بر روی زنان با مصرف مواد فعلی یا اخیر

1. Belfrage
2. Sommer
3. childhood Trauma
4. Hovens, Giltay, Spinhoven, Van Hemert & Penninx
5. U.S. Department of Health & Human Services
6. Kiefer
7. Nia, Weleff, Fogelman, Nourbakhsh & Sinha
8. Dawson-Rose
9. Hoffmann

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.159]

کوکائین، نشـان داد میانگین سـن اولین تجاوز جنسـی ۹ سـالگی بود که این سـن حداقل هشـت سـال قبل از شـروع مصـرف الکل یا مواد بود (لوتیزین، گراندمان، هیلر، پاویلز و اسـکافر[1]، ۲۰۱۹). علاوه بر این، تأثیر بالقوه اسـترس بر مصـرف مواد در مطالعات مشـاهده شـده اسـت، از جمله آن‌هایی که نشـان می‌دهند اسـترس اولیه (مانند جدایی مادر، انزوای طولانی‌مدت) منجر به افزایش مصـرف خودسـرانه مواد می‌شـود (بلیوس و همکاران، ۲۰۱۹). یافته‌های دیگری نیز نشـان می‌دهد که رابطه‌ای که میان تجربه وقایع تروماتیک و مشکلات مرتبط با مصرف مواد وجود دارد ممکن است از تجربه غیرمستقیم تروما ناشی شود (جانگلن و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین بحث در مورد ریشه مشکلات مصرف مواد در افراد، خصوصاً در دوره کودکی، باعث اهمیت توجه به متغیر دیگری به نام ترومای دوران کودکی در افراد با مصرف مواد می‌شود.

از طرفی، تجربه ترومای کودکی می‌تواند زمینه‌سـاز علائم پانیک نیز باشـند. در این صـورت با تجربه آن‌ها امکان بروز علائم پانیک در افراد افزایش می‌یابد و ترومای دوران کودکی عامل خطرناکی برای ابتلا به اختلالات ذهنی متعدد است (پیزکوکا و استوجک[2]، ۲۰۲۲؛ دراکر[3] و همکاران، ۲۰۲۰؛ ژانگ، ویکسـس، سـامی و میسـر-اسـتدمن[4]، ۲۰۲۱؛ هاونس و همکاران، ۲۰۱۵). براین اساس، یک پیشینه قوی نشان می‌دهد که تروما (به ویژه ترومای دوران کودکی) و علائم پانیک اغلب مقدم بر ایجاد مصرف مواد است (جانگلن و همکاران، ۲۰۱۹). ترومای دوران کودکی ممکن اسـت منجر به بی‌نظمی سـیسـتم‌های پاسخ به استرس شود؛ به گونه‌ای که آسیب‌پذیری را هم در برابر علائم پانیک و هم در برابر اختلالات مصرف مواد افزایش می‌دهد. تاسدلن و یاگکی[5] (۲۰۱۹) در پژوهشی نشان دادند که بین ترومای کودکی و علائم پانیک رابطه وجود دارد. همچنین بین ابعاد ترومای کودکی با علائم بالینی اختلال پانیک رابطه معناداری وجود دارد و تجربیات سوءاستفاده دوران کودکی پیش‌بینی کننده قدرتمند پیامدهای وخیم رفتاری و روانی-اجتماعی ازجمله

1. Lotzin, Grundmann, Hiller, Pawils & Schäfer
2. Pyszkowska & Stojek
3. Drukker
4. Zhang, Wiecaszek, Sami & Meiser-Stedman
5. Taşdelen & YAĞCI

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.159]

علائم پانیک و نشانگان وحشت‌زدگی است (حسینی رمقانی، رضایی، سپهوندی، غلامرضایی و میردریکوند، ۱۳۹۸). بنابراین به نظر می‌رسد که سطوح پایین استرس مشکلات مرتبط با مصرف مواد را کاهش می‌دهد؛ در حالی که سطوح بالای استرس ممکن است نقش مهمی در مشکلات مصرف مواد داشته باشد.

علاوه بر این، تأثیر ترومای اولیه بر خطر ابتلا به مشکلات مصرف مواد احتمالاً توسط پانیک واسطه می‌شود. در یک مطالعه گذشته‌نگر با استفاده از تحلیل مسیر، تجاوز جنسی در دوران کودکی با پانیک و پانیک با مصرف مواد همراه بود، اما مسیر مستقیم از ترومای دوران کودکی به مصرف مواد معنی دار نبود (کراس، کراو، پاورز و باردلی[1]، ۲۰۱۵). علاوه بر این، در یک مطالعه طولی، افراد با سابقه مواجهه با تروما و تشخیص پانیک در معرض خطر بیشتری برای اختلال مصرف مواد قرار داشتند، اما تروما به تنهایی خطر را افزایش نمی‌دهد (جانگلن و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین الگوی یافته‌های مطالعات پیشین از فرضیه «خوددرمانی» پشتیبانی می‌کند، که به موجب آن فرد در معرض آسیب‌های روحی قرار می‌گیرد، علائم پانیک را بروز می‌دهد و از مواد به عنوان وسیله‌ای برای کاهش یا تسکین آن علائم استفاده می‌کند.

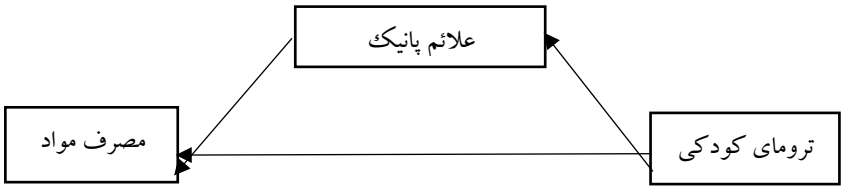
با توجه به آنچه گفته شد، به نظر می‌رسد افرادی که تجربه ترومای کودکی را دارند، علائم پانیک را بیشتر تجربه خواهند کرد و این امر منجر به مشکلات مصرف مواد در آن‌ها خواهد شد. بنابراین، مشخص نمودن مکانیسم‌های مؤثر در مصرف مواد در قالب مدل باعث فهم بهتر و افزایش برنامه‌های پیشگیرانه و مداخله‌ای خواهد شد و این موضوعی است که تاکنون کمتر به آن پرداخته شده است. از این‌رو، با توجه به شیوع مصرف مواد و مشکلات آن، هدف پژوهش حاضر ارائه مدلی از نقش ترومای کودکی با میانجی‌گری علائم پانیک بر مشکلات مرتبط با مصرف مواد است. با توجه به آنچه ذکر شد سوال اصلی پژوهش این است که آیا مدل ارائه شده در مورد روابط بین ترومای کودکی و علائم پانیک با مصرف مواد از برازش مطلوب برخوردار است؟

1. Cross, Crow, Powers & Bradley

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.159]



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش توصیفی- همبستگی از نوع مدل معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد مصرف کننده مت‌آمفتامین مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر مازندران در سال ۱۴۰۰ بود. حجم نمونه با رجوع به راهکار کلاین[1] (۲۰۱۵) برای مطالعاتی که از روش معادلات ساختاری استفاده می‌کنند، تعیین شد. کلاین (۲۰۱۵) مطرح می‌کند که حداقل نسبت حجم نمونه برای هر متغیر مشاهده شده ۵ نفر است، نسبت ۱۰ نفر به ازای هر متغیر مناسب‌تر و نسبت ۲۰ نفر به ازای هر متغیر مطلوب قلمداد می‌شود؛ بنابراین در پژوهش حاضر با توجه به امکان ریزش نمونه‌ها و همچنین اطمینان بالای یافته‌ها و تعمیم دهی بهتر، نمونه‌ای برابر با ۲۵۰ نفر، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل: دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، تشخیص اختلالات مصرف مواد براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-نسخه پنجم، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و دارابودن سابقه مصرف مت‌آمفتامین بودند. همچنین، معیارهای خروج شامل: داشتن بیماری روانی شدید یا بیماری‌های طبی براساس گزارش شرکت‌کنندگان و استفاده از داروهای تاثیرگذار بر خلق‌وخو بودند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها ابتدا با مراجعه به دانشگاه علوم پزشکی استان مازندران، از بین مراکز آن، سه مرکز به طور تصادفی انتخاب شد. سپس از هر یک از مراکز تعدادی از افراد واجد شرایط انتخاب و پرسشنامه‌ها بین آن‌ها توزیع و جمع‌آوری شد و پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده برای تحلیل مورد استفاده قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها نیز با نرم‌افزارهای $SPSS_{26}$و $AMOS_{22}$، با استفاده از روش‌های آماری

1. Kline

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.159]

همبستگی و مدل معادلات ساختاری انجام شد. جهت رعایت نکات اخلاقی پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و پاسخگویی به سوالات اختیاری بود. شرکت‌کنندگان این اختیار را داشتند که اگر مایل به ادامه همکاری نبودند از ادامه تکمیل پرسشنامه‌ها انصراف دهند.

ابزار

۱- آزمون تشخیص اختلالات مصرف مواد[1]: این پرسشنامه توسط برمن، برگمن، پالم‌استرنا و اسچلیتر[2] (۲۰۰۳) طراحی گردید و مشکلات مصرف مواد را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه شامل ۱۱ سؤال است که سه عامل وابستگی (سؤالات ۱، ۴، ۵، ۶، ۷ و ۸)، مشکلات مصرف مواد (سؤالات ۲، ۱۰ و ۱۱) و شدت مصرف (سوالات ۳ و ۹) را در بر می‌گیرد. این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز (صفر) تا همیشه (۴) می‌باشد و مجموع نمرات بین صفر تا ۴۴ است. نمرات بالاتر بیانگر بیشتر شدن مشکلات ناشی از مصرف مواد است. برمن و همکاران (۲۰۰۵) اعتبار کلی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و برای زیرمقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۶۱، ۰/۷۱ و ۰/۶۶ گزارش کرده است. همسانی درونی مؤلفه‌های این پرسشنامه در بررسی حبیبی، اله دادی، سالاری و قنبری (۱۳۹۶) در مصرف‌کنندگان انواع مختلف مواد به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۹ و ۰/۸۳ و همسانی درونی نمره کل ۰/۸۱ گزارش شده است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۳ به دست آمد.

۲- پرسشنامه نشانه‌های اختلال پانیک لیبوییتز[3]: این پرسشنامه توسط لیبووتیز[4] و همکاران در سال ۱۹۸۴ تهیه و تدوین شده است که ۲۷ آیتم دارد و آزمودنی با یک مقیاس چهار درجه‌ای (هرگز، کمی، متوسط و شدید) به این آیتم پاسخ می‌دهد؛ این پاسخ‌ها به ترتیب ۰، ۱، ۲، ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. دامنهٔ نمراتی که آزمودنی در این پرسشنامه می‌گیرد صفر تا ۸۱ است. این آزمون ویژگی‌ها و میزان شدت اختلال پانیک را مورد سنجش قرار می‌دهد و در مراکز و کلینیک‌های بالینی کاربرد بیشتری دارد. اعتبار و

1. Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)
2. Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter
3. Liebowitz Panic Inventory
4. Liebowitz

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.159]

پایایی این آزمون در تحقیقات بالینی و غیربالینی رضایت‌بخش گزارش شده است (باندلو[1] و همکاران، ۲۰۰۰). در ایران نیز تقی‌پور، بشرپور و اسمعیلی (۱۴۰۰) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. این پژوهش همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به‌دست آمد.

۳- پرسشنامه ترومای دوران کودکی: این پرسشنامه توسط برنستاین[2] و همکاران (۲۰۰۳) طراحی شده است و دارای ۲۸ سؤال است که ۲۵ سؤال آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسشنامه به کار می‌رود و ۳ سؤال آن برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند به کار می‌رود. پاسخگویی به سوال‌ها براساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) صورت می‌گیرد. این مقیاس پنج بعد سوءاستفاده جنسی (سؤال‌های ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۷)، سوءاستفاده جسمی (سؤال‌های ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷)، سوءاستفاده عاطفی (سؤال‌های ۳، ۸، ۱۴، ۱۸، ۲۵)، غفلت عاطفی (سؤال‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸) و جسمی (سؤال‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۲۶) را می‌سنجد. ۷ سؤال از این مقیاس (۱۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲ و ۲۶) به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. در این مقیاس حداقل و حداکثر نمرات برای هر یک از زیرمقیاس‌ها به‌ترتیب ۵ و ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ و ۱۲۵ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده تروما یا آسیب بیشتر است. برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را برای ابعاد سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت عاطفی به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ گزارش کردند. همچنین روایی هم‌زمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان آسیب‌های کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش‌شده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز ابراهیمی، دژکام و ثقه‌الاسلام (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج‌گانه آن گزارش کرده‌اند. این پژوهش همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به‌دست آمد.

1. Bandelow
2. Bernstein

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.159]

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن ۳۱/۱۰ (۵/۱۶) و میانگین (انحراف معیار) مدت مصرف ۶/۹۶ (۴/۳۱) سال بود. از مجموع آن‌ها، ۱۶۳ نفر مرد (۶۵/۲ درصد) و ۸۷ نفر زن (۳۴/۸ درصد) بودند. ۷۵ نفر تحصیلات راهنمایی (۳۰ درصد)، ۱۲۴ نفر دیپلم (۴۹/۶ درصد) و ۵۱ نفر لیسانس (۲۰/۴ درصد) داشتند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	زیر مقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
ترومای کودکی	سوءاستفاده جنسی	۵/۷۹	۳/۰۴	۱/۷۴	۰/۸۲
	سوءاستفاده جسمی	۵/۳۰	۱/۶۹	۱/۷۹	۰/۳۰
	سوءاستفاده عاطفی	۷/۱۶	۳/۴۹	۱/۷۹	۰/۷۶
	غفلت عاطفی	۸/۳۰	۵/۱۶	۱/۷۲	۰/۱۰
	غفلت جسمی	۷/۰۸	۳/۲۹	۱/۷۶	۰/۲۱
مشکلات مصرف مواد	نمره کل ترومای کودکی	۳۳/۶۴	۱۱/۶۳	۱/۸۱	۰/۵۲
	وابستگی	۱۲/۸۷	۵/۲۰	۰/۰۶	-۰/۵۶
	مشکلات مصرف مواد	۵/۲۸	۲/۵۷	۰/۰۶	-۰/۲۵
	شدت مصرف	۴/۴۵	۳	-۰/۳۱	-۱/۳۶
	نمره کل مشکلات مصرف مواد	۲۲/۶۱	۸	-۰/۱۱	۰/۰۴
علائم پانیک	-	۱۲/۰۸	۱۱/۰۹	۱/۴۰	۱/۸۸

در جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است. همچنین در دو ستون دیگر جدول نتایج کجی و کشیدگی جهت نرمال بودن داده‌ها آمده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود شاخص‌های کجی و کشیدگی همه متغیرهای آشکار بین ۲- و ۲ قرار دارد که و حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرها و مناسب بودن آن‌ها جهت انجام معادلات ساختاری است. پیش از تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های مدل معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. در همین راستا جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف- اسمیرنف[1] استفاده شد که نتایج حاکی از آن بود که نمرات

1. Kolmogoro-Smirnov test

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.159]

متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بودند (p>۰/۰۵). باتوجه به اینکه زیربنای مدل معادلات ساختاری مبتنی بر ماتریس همبستگی نمونه است، در جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۲: ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱- غفلت جسمی	۱								
۲- غفلت عاطفی	۰/۷۴**	۱							
۳- سواستفاده جسمی	۰/۲۵**	۰/۲۶**	۱						
۴- سواستفاده جنسی	۰/۱۳*	۰/۲۰**	۰/۲۶**	۱					
۵- سواستفاده عاطفی	۰/۳۰**	۰/۳۶**	۰/۲۵**	۰/۲۵**	۱				
۶- علائم پانیک	۰/۳۵**	۰/۳۸**	۰/۲۵**	۰/۲۳**	۰/۵۰**	۱			
۷- وابستگی	۰/۳۰**	۰/۲۵**	۰/۱۵*	۰/۲۷**	۰/۲۲**	۰/۳۷**	۱		
۸- مشکلات مصرف	۰/۱۵*	۰/۱۷**	۰/۲۵**	۰/۲۸**	۰/۲۷**	۰/۴۱**	۰/۲۱**	۱	
۹- شدت مصرف	۰/۱۵*	۰/۲۱**	۰/۱۱*	۰/۱۴*	۰/۲۷**	۰/۳۸**	۰/۳۱**	۰/۳۷**	۱

**p<۰/۰۱ *p<۰۵

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین همه متغیرهای پژوهش همبستگی معنادار وجود دارد. جهت بررسی مفروضه عدم وجود خودهمبستگی در خطاهای پژوهش، از آماره دوربین-واتسون[1] استفاده شد که مقدار آن ۱/۶۲ به‌دست آمد؛ از آنجا که مقدار مورد نظر در دامنه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد می‌توان گفت مفروضه عدم وجود خودهمبستگی مورد تأیید است. همچنین مفروضه عدم وجود همخطی چندگانه برای متغیرهای برونزای پژوهش با استفاده از ضریب تحمل[2] و عامل تورم واریانس[3] بررسی شد. نتایج نشان داد مفروضه عدم وجود همخطی چندگانه محقق شده است؛ زیرا مقدار ضریب تحمل در تمامی متغیرها به عدد یک نزدیک بود و مقادیر عامل تورم واریانس در همه آن‌ها از حد بحرانی ۲ کمتر بود. جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل پژوهش را نشان می‌دهد.

1. Durbin-Watson
2. Tolerance
3. Variance Inflation Factors (VIF)

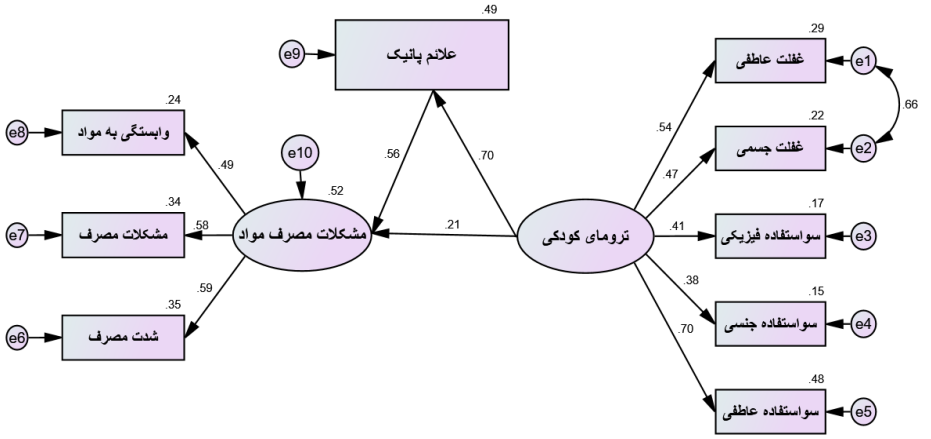
[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.159]

جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل پژوهش

شاخص برازندگی	خی دو	Df	X^2/df	CFI	NFI	GFI	AGFI	IFI	RMSEA
مقادیر قابل قبول	–	–	۳<	۰/۹۰<	۰/۹۰<	۰/۹۰<	۰/۹۰<	۰/۹۰<	۰/۰۸<
مقادیر قبل از اصلاح	۹۱/۸۵	۲۵	۳/۶۷	۰/۸۷	۰/۸۹	۰/۸۶	۰/۸۷	۰/۸۶	۰/۱۰۴
مقادیر محاسبه شده	۳۱/۹۱	۲۴	۱/۳۳	۰/۹۸	۰/۹۴	۰/۹۷	۰/۹۶	۰/۹۸	۰/۰۳۶

نتایج مدل اصلاح شده در جدول ۳ نشان می‌دهد که بر اساس معیار هو و بنتلر[1] (۱۹۹۹؛ به نقل از عامری، ۱۴۰۱) مدل از برازش مطلوبی برخوردار است. ضرایب استاندارد مسیرهای مدل مفهومی در شکل ۲ نشان داده شده است.



شکل۲: مدل مفهومی پژوهش

جدول ۴ اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ٤: ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم مدل پژوهش

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	ضریب بتا	SE	C.R	P	نتیجه
ترومای کودکی	مشکلات مصرف مواد	۰/۲۱	۰/۰۹۳	۵/۴۱	۰/۰۴۳*	تأیید
ترومای کودکی	علائم پانیک	۰/۷۰	۰/۴۲	۶/۴۷	۰/۰۰۱**	تأیید
علائم پانیک	مشکلات مصرف مواد	۰/۵۶	۰/۰۲۱	۴/۱۷	۰/۰۰۱**	تأیید

**p<۰/۰۱

1. Hu & Bentler

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.159]

همان‌گونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود ضرایب مسیر مربوط به اثرهای مستقیم متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۵ معنادار است. در ادامه به منظور آزمون معناداری نقش میانجی علائم پانیک در رابطه بین ترومای کودکی با مشکلات مصرف مواد از آزمون بوت استراپ[1] با ۲۰۰۰ نمونه استفاده شد.

جدول ۵: نتایج آزمون بوت استراپ اثر غیرمستقیم مدل پژوهش

مسیر غیر مستقیم	اثر غیرمستقیم	خطای استاندارد	حدبالا	حدپایین	سطح معناداری
ترومای کودکی ← علائم پانیک ← مشکلات مصرف	۰/۳۸۸	۰/۱۴۲	۰/۶۷۸	۰/۲۴۵	۰/۰۰۶**

*p<۰/۰۱

طبق نتایج جدول ۵، مسیر غیرمستقیم مدل تأیید شد. در نتیجه علائم پانیک به صورت جزئی و نه کلی قادر به میانجی‌گری معنادار بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک بود. همچنین، ترومای کودکی و علائم پانیک در مجموع ۵۲ درصد از واریانس مشکلات مصرف مواد را تبیین می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجی علائم پانیک در رابطه بین ترومای دوران کودکی و مشکلات مصرف مواد در افراد مصرف کننده مت‌آمفتامین انجام گرفت. در پژوهش حاضر مدل روابط مستقیم و غیرمستقیم متغیرها آزمون شد و همانگونه که در نتایج یافته‌ها مشاهده شد، الگوی پیشنهادی برازش قابل قبولی نشان داد. اولین یافته تحقیق، نشان‌دهنده تاثیر مستقیم ترومای دوران کودکی بر مشکلات مصرف مواد بود که با نتایج پژوهش نیا و همکاران (۲۰۲۳)، کیفر و همکاران (۲۰۲۲)، هافمن و همکاران (۲۰۲۲)، داسین-ریوز و همکاران (۲۰۲۰)، لوتیز و همکاران (۲۰۱۹)، جانگلن و همکاران (۲۰۱۹)، بلیوس و همکاران (۲۰۱۹) و مرادزاده و نجفی (۱۴۰۱) همسو است. این یافته با تحقیقات قبلی مطابقت داشته و نشان می‌دهد که ترومای دوران کودکی با مصرف مواد ارتباط دارد. شواهد نشانگر رابطه بین ابعاد ترومای کودکی (غفلت عاطفی و فیزیکی، سو استفاده

1. Bootstrapping

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.159]

عاطفی، جنسی و جسمی) و مشکلات مصرف مواد است؛ برای مثال، پژوهش نیا و همکاران (۲۰۲۳) نشان می‌دهد آسیب‌های بلندمدت در زمان کودکی منجر به ایجاد مشکلات مرتبط با مصرف مواد می‌شود. در مطالعه‌ی مرادزاده و نجفی (۱۴۰۱) مولفه‌های سوءاستفاده هیجانی و فیزیکی تاثیر مستقیم بر علائم افسردگی در مصرف‌کنندگان مواد داشت. یکی از تبیین‌هایی که برای این یافته می‌توان ذکر کرد مبتنی بر شواهد حاصل از نظریه‌های دلبستگی است. دیدگاه‌های اخیر دلبستگی در زمینه‌های ایجاد اختلال مصرف مواد و ارتباط آن با اختلالات مربوط به دلبستگی، با در نظرگرفتن تروما و آسیب در کودکی بر تاثیر اساسی پیوندهای رابطه‌ای اولیه در رشد روان‌شناختی فردی تاکید دارند (ساوت گیت[1]، ۲۰۱۶). بر اساس این تئوری، اگر در دلبستگی اولیه اختلالی ایجاد شود کودک مستعد اضطراب شده که بعدها زمینه‌ی ایجاد مشکلات مرتبط با مصرف مواد را به وجود می‌آورد. همچنین تجارب آسیب‌زای اولیه به‌ویژه با مراقبین، محیطی را ایجاد می‌کند که احساسات و عواطف کودک را بی‌اعتبار کرده و کودک در این فضای ناامن، از راهبردهای ناسازگار مانند سرکوب و یا جلوگیری از احساسات منفی استفاده می‌کند که ممکن است در بزرگسالی منجر به مشکلات مرتبط با مصرف مواد گردد؛ بنابراین احساسات ناسازگارِ ناشی از آسیب‌های دوران کودکی باعث آسیب‌پذیری در برابر اعتیاد در مراحل بعدی زندگی می‌شود. حوادث آسیب‌زایی که در دوران کودکی تجربه می‌شوند به عنوان علل اعتیاد در دوران نوجوانی و بزرگسالی شناخته شده‌اند و سبب تمایل فرد به مصرف مواد و خشونت می‌شود (لوتیز و همکاران، ۲۰۱۹). بنابراین، در افراد مبتلا به اختلال مصرف‌مواد، تروما می‌تواند نتیجه حوادث استرس‌زایی باشد که احساس امنیت فرد را از بین می‌برد و به فرد در یک دنیای خطرناک، احساس ناامنی می‌دهد. در این صورت، احتمال بیشتری دارد که افراد به دنبال قرار گرفتن در معرض رویدادهای آسیب‌زا، مشکلات مصرف مواد را تجربه کنند و قرار گرفتن در معرض تروما در دوران کودکی رابطه مثبت و مستقیمی با بروز مشکلات مصرف مواد در بزرگسالی دارد. به‌طور کلی این

1. Southgate

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.159]

نتایج بر اهمیت عوامل آسیب‌پذیری شناختی در مشکلات مرتبط با مصرف مواد در بزرگسالی تأکید می‌کند، که مطابق با مطالعات قبلی است.

همچنین یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد ضریب مسیر ترومای کودکی بر علائم پانیک معنی‌دار است. این یافته همسو با نتایج ژانگ و همکاران (۲۰۲۱)، دراکر و همکاران، (۲۰۲۰)، تاسدلن و یاگکی (۲۰۱۹)، هاونس و همکاران (۲۰۱۵) و حسینی رمقانی و همکاران (۱۳۹۸) است. شواهد نشانگر تاثیر مستقیم ابعاد ترومای کودکی (غفلت عاطفی و فیزیکی، سو استفاده عاطفی، جنسی و جسمی) بر علائم پانیک است؛ برای مثال، پژوهش تاسدلن و یاگکی (۲۰۱۹) نشان می‌دهد آسیب‌های بلندمدت در زمان کودکی منجر به ایجاد علائم پانیک می‌شود. یکی از تبیین‌هایی که برای این یافته می‌توان ذکر کرد تبیین روانی زیستی است. طبق تحقیقات لارچیوت[1] و همکاران (۲۰۲۳) استرس‌های دوره‌های اولیه زندگی فرد باعث تحریک‌پذیری بیشتر سیستم عصبی مرکزی و سیستم‌های دیگر انتقال‌دهنده‌های عصبی می‌شود که این در نهایت باعث افزایش پاسخدهی بیش‌ازحد غدد درون‌ریز، دستگاه عصبی خودمختار و تنش‌های رفتاری می‌شود. وقتی فرد در مراحل بعدی زندگی مکرراً با استرس و تنش مواجه می‌شود، می‌تواند با توجه به مکرر و فراگیر بودن این استرس‌ها و تنش‌ها، نشانه‌های اختلال پانیک را در او ایجاد کند و باعث شود فرد در مقابل هر موضوع تنش‌زایی، دچار حملات اضطرابی گردد که این از نشانه‌های اختلال پانیک است. تبیین دیگر تبیینی روان‌شناختی است به طوری که در تبیین این موارد می‌توان گفت تجربه سوءاستفاده و غفلت‌های دورهٔ کودکی می‌تواند دید و نظر کودک را نسبت به خود و جهان اطراف تغییر دهد. مخصوصاً قربانی شدن در این دوره می‌تواند باعث بیش‌ازحد محتاط شدن، نگرانی بیش‌ازحد در مورد جسم خود و پیش‌بینی بیش‌ازحد خطر در مراحل بعدی زندگی شود که این خود می‌تواند ابتلا به انواع اختلالات اضطرابی خصوصًا اختلال پانیک را که اصلی‌ترین نشانهٔ آن داشتن تنش و اضطراب در مورد اکثر موضوعات بالقوه استرس‌زا است را در فرد پیش‌بینی کند. درمجموع، یافته‌های کنونی

1. Laricchiuta

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.159]

نشـــان می‌دهد که احتمالا علائم پانیک در افراد دارای ترومای کودکی بیشـــتر اســـت؛ بنابراین، ترومای کودکی نقش مهمی را در شروع و تداوم علائم پانیک ایفا می‌کنند.
همچنین نتایج حاکی از آن اســـت که علائم پانیک تأثیر مســـتقیم معناداری بر مشـــکلات مصرف مواد دارد. این یافته همسو با یافته‌های بلفرج و همکاران (۲۰۲۳)، تایلر و همکاران (۲۰۲۱)، دورکین وهمکاران (۲۰۱۸)، ســـامر و همکاران (۲۰۱۷)، گراداس و همکاران (۲۰۱۷) اســـت. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت افراد مبتلا به اختلال مصـــرف مواد که رویدادهای استرس‌زای بیشتری در زندگی خود تجربه کرده‌اند، مشکلات شدیدتری را تجربه می‌کنند. رویدادهای اســـترس‌زا یا آســـیب‌زای زندگی ســـبب فعال شـــدن محور هیپوتالاموس هیپوفیز آدرنال و سیســـتم عصـــبی خودمختار همراه با عوامل شـــناختی منفی مرتبط با رویداد اســـترس‌زا (مثل نشـــخوار فکری) در غیاب رفتارهای مقابله‌ای بهنجار می‌شوند. مواجهه طولانی‌مدت و مکرر با استرس و رویدادهای آسیب‌زا سبب مختل شدن مکانیسم‌های خودتنظیمی و اختلال عملکردی در نواحی از مغز ازجمله قشر پیش‌پیشانی و آمیگدال می‌شـــود؛ ازاین‌رو مواجهه با رویدادهای اســـترس‌زا در زندگی و تجربه پانیک می‌تواند منجر به رفتار ناســـازگار یا خود تخریب‌گر ازجمله اختلال مصـــرف مواد و مشکلات مرتبط با مصرف آن شود (دورکین و همکاران، ۲۰۱۸).
علاوه براین، ترومای کودکی نه‌تنها به‌طور مستقیم بلکه غیرمستقیم نیز از طریق مسیر علائم پانیک با مشکلات مصرف مواد همراه است و نتایج نشان داد که الگوی پیشنهادی برازش قابل قبولی دارد. در تبیین روابط به‌دســـت‌آمده می‌توان گفت که علائم پانیک رابطه بین ترومای کودکی و مشکلات مصرف مواد را تعدیل می‌کند، به‌طوری که ترومای کودکی مشـکلات مرتبط با مصـرف را پیش‌بینی می‌کند اما فقط در میان افرادی که تجربه آسـیب بیشتری را تجربه می‌کنند. در تبیین این یافته می‌توان به این موضوع اشاره کرد که ترومای اولیه در دوران رشـد با طیف وسـیعی از تغییرات فیزیولوژیکی دائمی از جمله تغییرات در مســـیرهای پاداش دوپامین که خطر اعتیاد بعدی را افزایش می‌دهد همراه اســـت و چنین آسیب‌های اولیه ممکن است به طور همزمان منجر به افزایش تأثیر منفی و اختلال در تنظیم اســـترس در افراد با حملات اضـــطرابی شـــود. به عبارت دیگر، گرچه آســـیب‌های دوران

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.159]

کودکی می‌تواند به طور مستقل خطر اعتیاد را افزایش دهد، اما همانطور که علائم پانیک آشکار می‌شود، اثرات خود درمانی مواد (به عنوان مثال، کاهش خلق منفی با مواد، کاهش پاسخ مبهوت‌کننده با مت‌آمفتامین، کاهش بی‌خوابی و کابوس با ماری جوانا) ممکن است بیشتر مفید باشد. براین اساس ترومای کودکی از عوامل تاثیرگذار بر علائم پانیک است که منجر به افزایش میزان مشکلات مصرف مواد می‌شود و علائم پانیک به عنوان عامل میانجی برای ارتباط ترومای کودکی و مشکلات مصرف مواد عمل می‌کند و یک اثر میانجی جزئی را نشان می‌دهد. افراد با تجربه تروما در کودکی دچار استرس بیشتری می‌شوند که در آن‌ها علائم مرتبط با استرس را ایجاد می‌کند و احتمال مشکلات مصرف را افزایش می‌دهد. در نتیجه، افراد تمایل بیشتری به استفاده از مواد مخدر برای کاهش استرس ناشی از تجربه تروما و موقعیت‌های مشابه دارند. به‌طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که ترومای کودکی هم به‌طور مستقیم و هم به‌طور غیرمستقیم و از طریق تاثیر بر علائم پانیک با مشکلات مصرف مواد در افراد مصرف‌کننده مت‌آمفتامین رابطه دارد.

این مطالعه با محدودیت‌هایی همراه است از جمله اینکه براساس آن هیچ‌گونه نتیجه‌گیری علّی نمی‌توان گرفت و برای پشتیبانی از یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌گردد به مطالعات طولی در بررسی متغیرها پرداخته شود تا بتوان اطلاعات جامع‌تری به‌دست آورد. همچنین استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر بود و توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی برای جلوگیری از سوگیری در پاسخدهی و کسب نتایج دقیق‌تر از ابزارهای دیگری مانند مصاحبه و طرح‌های کیفی نیز استفاده شود. پژوهش حاضر با پررنگ‌سازی مخرب بودن اثر تروما در دوران کودکی بر مشکلات مصرف مواد در افراد مصرف‌کننده مت‌آمفتامین، توجه پژوهشگران، درمانگران، مراکز مشاوره و ... را به این مولفه خواستار است. همچنین به‌منظور کمک به افراد مصرف‌کننده مواد برای داشتن زندگی بهتر، نیاز است که مشکلات مصرف مواد از جوانب کلی مورد بررسی قرار گیرد و عوامل زمینه‌ساز آن به خوبی شناخته شود. همچنین با توجه به دوره‌ی حساس کودکی و تاثیرات ماندگار تجاربِ آسیب‌زا و عواقب متعاقب با آن همچون افسردگی، اضطراب و ... در بزرگسالی، نتایج این پژوهش می‌تواند رهنمودی باشد تا از طریق آن به

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.159]

آگاه‌سازی والدین به نقش حساس خود، از طریق برنامه‌های آموزشی در مدارس و یا رسانه‌ها مبادرت ورزید.

منابع

ابراهیمی، حجت‌الله؛ دژکام، محمود و ثقه الاسلام، طاهره (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۹(۴)، ۲۷۵-۲۸۲.

پورفتحیه، عارفه و فتحی، آیت الله (۱۳۹۹). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری به عنوان مکمل درمان‌های نگهدارنده بر پیشگیری از عود و بهبود نشانه‌های اختلالات روانی بیماران وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۲۷۳-۲۹۲.

تقی‌پور، بهزاد؛ بشرپور، سجاد و اسمعیلی، منیژه (۱۴۰۰). اثر بخشی آموزش تنظیم هیجان بر پردازش هیجان و علائم پانیک زنان مبتلا به اختلال پانیک. *نشریه روانشناسی بالینی*، ۱۳(۳)، ۷۹-۸۷.

حاجی‌ها، ضحی و بهرامی احسان، هادی (۱۳۹۹). عوامل فردی آشکارساز وسوسه در زنان معتاد در شهر تهران. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۴۷-۸۲.

حبیبی، مجتبی؛ اله دادی، سجاد؛ سالاری، محسن و قنبری، نیکزاد (۱۳۹۶). ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون تشخیص اختلالات مصرف مواد(DUDIT) در افراد مبتلاء به سوءمصرف مواد. *مجله اپیدمیولوژی ایران*، ۱۳(۳)، ۲۱۰-۲۲۱.

حسینی رمقانی، نسرین السادات؛ رضایی، فاطمه؛ سپهوندی، محمدعلی؛ غلامرضایی، سیمین و میردریکوند، فضل اله (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای فراشناخت و اجتناب تجربی در رابطه بین ترومای کودکی و نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه: کاربرد مدل معادلات ساختاری. *دوماهنامه علمی پژوهشی فیض*، ۲۳(۵)، ۵۴۳-۵۵۳.

رحمتی، زهرا؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا و جهانگیری، محمدمهدی (۱۴۰۰). بررسی نقش تعدیل‌کننده شفقت به خود در رابطه بین تاب‌آوری در برابر استرس و وسوسه مصرف مواد در مردان وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۲۵۳-۲۷۶.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.159]

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.

مرادزاده، شیوا و نجفی، محمود (۱۴۰۱). پیش‌بینی افسردگی بر اساس ترومای کودکی، تکانشگری و تنظیم شناختی هیجان در افراد وابسته به مواد. *مجله اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۴)، ۲۱۹-۲۴۰.

هاشمی مقدم، لیلا؛ ترکان، هاجر و یوسفی، زهرا (۱۳۹۹). مطالعه کیفی عوامل محافظت‌کننده و مخاطره‌آمیز در اعتیاد در زنان و مردان شهر اصفهان. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۱۳۳-۱۵۰.

References

Anderson, R. E., Hruska, B., Boros, A. P., Richardson, C. J., & Delahanty, D. L. (2018). Patterns of co-occurring addictions, posttraumatic stress disorder, and major depressive disorder in detoxification treatment seekers: Implications for improving detoxification treatment outcomes. *Journal of substance abuse treatment*, 86, 45-51.

Bandelow, B., Broocks, A., Pekrun, G., George, A., Meyer, T., Pralle, L., & Rüther, E. (2000). The use of the Panic and Agoraphobia Scale (P & A) in a controlled clinical trial. *Pharmacopsychiatry*, 33(05), 174-181.

Belfrage, A., Mjølhus Njå, A. L., Lunde, S., Årstad, J., Fodstad, E. C., Lid, T. G., & Erga, A. H. (2023). Traumatic experiences and PTSD symptoms in substance use disorder: A comparison of recovered versus current users. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 40(1), 61-75.

Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2003). *DUDIT: The Drug Use Disorders Identification Test: manual*. Stockholm, Sweden: Karolinska Institute.

Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *European addiction research*, 11(1), 22-31.

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.

Bliuc, A. M., Doan, T. N., & Best, D. (2019). Sober social networks: The role of online support groups in recovery from alcohol addiction. *Journal of community & applied social psychology*, 29(2), 121-132.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.159]

Cross, D., Crow, T., Powers, A., & Bradley, B. (2015). Childhood trauma, PTSD, and problematic alcohol and substance use in low-income, African-American men and women. *Child abuse & neglect*, 44, 26-35.

Dawson-Rose, C., Shehadeh, D., Hao, J., Barnard, J., Khoddam-Khorasani, L., Leonard, A., & Cuca, Y. P. (2020). Trauma, substance use, and mental health symptoms in transitional age youth experiencing homelessness. *Public health nursing*, 37(3), 363-370.

Drukker, M., Peters, J. C., Vork, L., Mujagic, Z., Rutten, B. P., Van Os, J., & Leue, C. (2020). Network approach of mood and functional gastrointestinal symptom dynamics in relation to childhood trauma in patients with irritable bowel syndrome and comorbid panic disorder. *Journal of psychosomatic research*, 139, 110-121.

Dworkin, E. R., Wanklyn, S., Stasiewicz, P. R., & Coffey, S. F. (2018). PTSD symptom presentation among people with alcohol and drug use disorders: Comparisons by substance of abuse. *Addictive behaviors*, 76, 188-194.

Gradus, J. L., Leatherman, S., Curreri, A., Myers, L. G., Ferguson, R., & Miller, M. (2017). Gender differences in substance abuse, PTSD and intentional self-harm among veterans health administration patients. *Drug and alcohol dependence*, 171, 66-69.

Hoffmann, A., Benzano, D., Ornell, F., Kessler, F. H., Von Diemen, L., & Schuch, J. B. (2022). Childhood trauma subtypes may influence the pattern of substance use and preferential substance in men with alcohol and/or crack-cocaine addiction. *Brazilian journal of psychiatry*, 44, 416-419.

Hovens, J. G., Giltay, E. J., Spinhoven, P., Van Hemert, A. M., & Penninx, B. W. (2015). Impact of childhood life events and childhood trauma on the onset and recurrence of depressive and anxiety disorders. *The journal of clinical psychiatry*, 76(7), 59-85.

Junglen, A., Hruska, B., Jensen, T., Boros, A., & Delahanty, D. L. (2019). Improving our understanding of the relationship between emotional abuse and substance use disorders: the mediating roles of negative urgency and posttraumatic stress disorder. *Substance use & misuse*, 54(9), 1569-1579.

Kiefer, R., Goncharenko, S., Forkus, S. R., Contractor, A. A., LeBlanc, N., & Weiss, N. H. (2022). Role of positive emotion regulation strategies in the association between childhood trauma and posttraumatic stress disorder among trauma-exposed individuals who use substances. *Anxiety, stress, & coping*, 21, 1-16.

Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling.* New York: Guilford publications.

Laricchiuta, D., Panuccio, A., Picerni, E., Biondo, D., Genovesi, B., & Petrosini, L. (2023). The body keeps the score: the neurobiological profile

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.159]

of traumatized adolescents. *Neuroscience & biobehavioral reviews*, 105–133.

Liebowitz, M. R., Fyer, A. J., Gorman, J. M., Dillon, D., Appleby, I. L., Levy, G., & Klein, D. F. (1984). Lactate provocation of panic attacks: I. Clinical and behavioral findings. *Archives of general psychiatry*, 41(8), 764-770.

Lotzin, A., Grundmann, J., Hiller, P., Pawils, S., & Schäfer, I. (2019). Profiles of childhood trauma in women with substance use disorders and comorbid posttraumatic stress disorders. *Frontiers in psychiatry*, 10, 674-689.

Nia, A. B., Weleff, J., Fogelman, N., Nourbakhsh, S., & Sinha, R. (2023). Regular cannabis use is associated with history of childhood and lifetime trauma in a non-clinical community sample. *Journal of psychiatric research*, 159, 159-164.

Pyszkowska, A., & Stojek, M. M. (2022). Early Maladaptive Schemas and Self-Stigma in People with Physical Disabilities: The Role of Self-Compassion and Psychological Flexibility. *International journal of environmental research and public health*, 19(17), 108-120.

Ressel, M., Thompson, B., Poulin, M. H., Normand, C. L., Fisher, M. H., Couture, G., & Iarocci, G. (2020). Systematic review of risk and protective factors associated with substance use and abuse in individuals with autism spectrum disorders. *Autism*, 24(4), 899-918.

Sommer, J., Hinsberger, M., Elbert, T., Holtzhausen, L., Kaminer, D., Seedat, S., & Weierstall, R. (2017). The interplay between trauma, substance abuse and appetitive aggression and its relation to criminal activity among high-risk males in South Africa. *Addictive behaviors*, 64, 29-34.

Southgate, K. (2016). *A Potential Space: Discovering a Place for D.W. Winnicott in the Psychoanalytic Literature on Drug Addiction*. Doctoral Dissertation, the Chicago School of Professional Psychology.

Taşdelen, Y., & Yağci, İ. (2019). Anxiety, depression, type D personality, somatosensory amplification levels and childhood traumas in patients with panic disorders. *Journal of surgery and medicine*, 3(5), 366-370.

Taylor, C. B., Graham, A. K., Flatt, R. E., Waldherr, K., & Fitzsimmons-Craft, E. E. (2021). Current state of scientific evidence on Internet-based interventions for the treatment of depression, anxiety, eating disorders and substance abuse: an overview of systematic reviews and meta-analyses. *European journal of public health*, 31(1), 3-10.

United Nations Office on Drugs & Crime. (2019). *World Drug Report, 2019*. United State: United Nations publication.

US Department of Health and Human Services. (2020). *Healthy people 2020.* Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2011.

Zhang, J., Wiecaszek, P., Sami, S., & Meiser-Stedman, R. (2021). Association between panic disorder and childhood adversities: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 1, 1-11.

سال هفدهم، شماره ۶۸، تابستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 68, Summer 2023

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.159]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.68.159] [Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-01]