فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال شانزدهم، شماره شصت و پنجم، ص۱۴۸-۱۲۱، پاییز ۱۴۰۱
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 16, No. 65, P 121-148, Autumn 2022

مقاله پژوهشی
Research Article

مدل‌یابی روابط علّی تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی با بهزیستی ذهنی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد: نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان *

ویدا خان[۱]، سعید ایمانی[۲]، امید شکری[۳]، جابر علیزاده گورادل[۴]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۰۶

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی نقش تعدیل‌کننده تنظیم هیجان در رابطه تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی با بهزیستی ذهنی در افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد بود. **روش:** پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد در کمپ‌های ترک اعتیاد و انجمن معتادان گمنام شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود که ۴۰۰ نفر (۲۰۰ نفر مرد و ۲۰۰ نفر زن) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تاب‌آوری، پرسشنامه ذهن‌آگاهی، پرسشنامه بهزیستی ذهنی، پرسشنامه رضایت از زندگی و پرسشنامه تنظیم هیجان استفاده شد. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج مدل معادلات ساختاری نشان داد که اثر مستقیم متغیرهای تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی بر بهزیستی ذهنی معنادار بود. همچنین، نقش میانجی تنظیم هیجان در رابطه بین تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی با بهزیستی ذهنی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد معنادار بود. **نتیجه‌گیری:** طبق نتایج به دست آمده می‌توان گفت که متغیرهای تنظیم هیجان، تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی نقش مهمی در بهزیستی ذهنی دارند. همچنین، نتایج نشان داد تنظیم هیجان در رابطه تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی با بهزیستی ذهنی دارای نقش میانجی می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: اعتیاد، بهزیستی ذهنی، تاب‌آوری، تنظیم هیجان، ذهن‌آگاه

---

*. این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه شهید بهشتی است.

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. پست الکترونیک: psychology2008@gmail.com
۳. استادیار، گروه روانشناسی کاربردی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

مقدمه

اختلال سوءمصرف مواد یکی از نگرانی‌های جهانی است و به سرعت در حال شیوع و گسترش در همه جوامع است (نمازپور، رادفر، قوامی و شیخی، ۱۳۹۶). می‌توان گفت در قرن حاضر، اختلال سوءمصرف مواد به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی وروانی است که از لحاظ ابعاد مختلفی همچون جسمی، عاطفی و اجتماعی برای جامعه و همچنین خانواده‌ها مشکلات جدی را رقم زده است (برسلو[1] و همکاران، ۲۰۱۷). در هر سال اختلال سوءمصرف مواد در کشور ایران تقریبا هشت درصد رشد دارد؛ این در حالی است که جمعیت سالانه کشورمان در حدود ۲/۶ درصد رشد دارد. می‌توان گفت، رشد اختلال سوءمصرف مواد سه برابر رشد جمعیت است (نیک منش، دهقانی، حبیبی، فلاح تفتی و صلواتی، ۱۳۹۷). مطابق با گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل[2] در سال ۲۰۱۶ حدود ۲۴۷ میلیون نفر در جهان در سال ۲۰۱۴ مواد مخدر استفاده کرده‌اند که از این تعداد ۲۹ میلیون نفر از آن‌ها در وضعیت مطلوبی قرار ندارند (فدتو[3]، ۲۰۱۶). با توجه به اینکه مصرف مواد مخدر باعث کاهش کیفیت زندگی و افزایش مرگ و میر و همچنین منجر به افت ارزش‌های اخلاقی و اجتماعی می‌گردد، از مباحث اساسی مرتبط با سلامت در نظر گرفته می‌شود. ارزش‌های اجتماعی و اخلاقی و افزایش رفتارهای مجرمانه، یکی از مهم‌ترین موضوعات مرتبط با سلامت قرار گرفته است (اوزدل و ایکنسی[4]، ۲۰۱۴).

اختلال سوءمصرف مواد به همراه سایر اختلالات روان‌پزشکی، تاثیرات منفی متعددی از لحاظ ابعاد مختلفی همچون روان‌شناختی، خانوادگی، اجتماعی و ... دارد؛ به طوری که تأثیرات گسترده این پدیده، دولت‌ها، جوامع و خانواده‌ها را متحمل هزینه‌های بسیار گزاف می‌کند. اختلالات همبود رایج با اختلالات سوءمصرف مواد شامل اختلال افسردگی اساسی، اضطراب، اختلالات شخصیت مرزی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی است (ساکونپونگ، چوکوم و تافاند[5]، ۲۰۱۶). با وجود اینکه تصور می‌شود مصرف مواد

1. Breslau
2. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)
3. Fedotov
4. Özdel & Ekinci
5. Sakunpong, Choochom & Taephant

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

پدیده‌ای مردانه است؛ اما در دهه‌های گذشته تعداد مصرف‌کنندگان زن رو به افزایش بوده است. اگرچه آمار دقیقی از مصرف مواد مخدر توسط زنان در ایران در دسترس نمی‌باشد؛ اما برخی از پژوهش‌ها مصرف ۹/۶ درصدی را در این گروه نشان می‌دهند، یعنی به ازای هر۲ مرد یک زن درگیر مصرف مواد مخدر می‌باشد (بهزاد، خدابخشی کولایی و تقوایی، ۱۳۹۴). لذا، نتایج مطالعات حاکی از آن است که زنان مصرف‌کننده مواد مخدر، بیشترین معضلات و مشکلات جسمانی، اجتماعی و روانی دیگر را به عنوان گروه آسیب‌پذیر داشتند. از جمله این معضلات می‌توان به تن‌فروشی و کیفیت پایین زندگی (سلیمانی، گلچین و قادری، ۱۳۹۶)، رعایت نکردن رفتارهای بهداشتی، سوءتغذیه، سرقت، مشکلات زناشویی و کیفیت پایین خواب اشاره کرد (قادری، نوری، کریمی و مروت، ۱۳۹۶).

با توجه به تاثیرات منفی اختلال سوءمصرف مواد بر زندگی افراد، درک نحوه مقابله با این مشکل اساسی و شناسایی راهکارهای موثر برای رفع این معضل حائز اهمیت است. پژوهش‌های اخیر در مورد کاهش مشکلات روان‌شناختی ناشی از اختلال سوءمصرف مواد، پدیده بهزیستی ذهنی را مورد بررسی قرار داده‌اند (سورش، سیلویا، کشاما و نایاک[1]، ۲۰۱۸). بهزیستی ذهنی شامل ارزیابی فرد از روند و جهت زندگی خود است که در برگیرنده دیدگاه و نگرش و برداشت فرد از رضایت‌مندی زندگی است (داینر[2]، ۲۰۱۵). بهزیستی ذهنی به خاطر ارتباط با شیوه فکری باعث افزایش رضایت از زندگی و خودکارآمدی افراد مصرف کننده در مسیر زندگی‌شان می‌شود. با این اثر مثبت بهزیستی ذهنی، خوش‌بینی و امیدواری در زندگی افراد افزایش پیدا می‌کند که این امیدواری منجر به افزایش و بهبود انگیزش برای تلاش بیشتر و احساس خوشبختی و موفقیت در زندگی می‌شود (کونروی[3]، ۲۰۱۷). مطالعات نشان می‌دهد که بین رضایت از زندگی و اختلالات روانی همچون استرس، اضطراب، خشم، نگرانی و تنهایی ارتباط منفی وجود دارد (داینر، اویشی و تای[4]، ۲۰۱۸). بنابراین می‌توان گفت که افراد با رضایت از زندگی پایین، در

1. Suresh, Silvia, Kshamaa & Nayak
2. Diener
3. Conroy
4. Oishi & Tay

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

معرض مسائل و مشکلات اجتماعی و روان‌شناختی بیشتری نسبت به سایر افراد قرار دارند (مختاریان، ۲۰۱۹).

در رویکردهای نوین پیشگیری از اختلالات سوءمصرف، عوامل محافظت‌کننده شناسایی می‌گردد که از جمله این عوامل تاب‌آوری می‌باشد. همچنین شناسایی عوامل خطرساز نیز تأثیر عظیمی در پیشگیری مناسب دارد. در علم امروزی از تاب‌آوری به عنوان یکی از فاکتورهای مهم و اساسی جهت پیشگیری از اختلالات سوءمصرف مواد و سایر اختلالات روانی نام می‌برند (وانگ، تائو، باورز، براون و ژانگ[1]، ۲۰۱۸). تاب‌آوری به این معنی است که فرد در مواجهه با شرایط استرس‌زای زندگی چقدر می‌تواند خود را مدیریت کند (کانر[2]، ۲۰۰۶). افراد تاب‌آور وقتی در معرض خطر و تنش قرار می‌گیرند به علت توانمندی‌های روان‌شناختی دچار اختلالات روان‌شناختی نمی‌شوند. این افراد با وجود شرایط و موقعیت‌های دشوار، توانایی استفاده از ظرفیت‌های مثبت خود و رسیدن به موفقیت را دارا هستند و از این مشکلات به عنوان تجربه مناسب رشد فردی استفاده می‌کنند. مطالعات نشان می‌دهند که ویژگی اساسی افراد تاب‌آور این است که پس از مواجهه با موقعیت‌های دشوار زندگی، خیلی راحت به شرایط معمول زندگی بر می‌گردند و توانایی سازگاری بالاتری دارند. حتی عملکرد فردی و اجتماعی این افراد پس از مواجهه با دشواری‌ها، شکست‌ها و اتفاقات بد زندگی نسبت به گذشته بهبود پیدا می‌کند (صدقی و چراغی، ۱۳۹۷). همچنین می‌توان گفت که ویژگی‌های تاب‌آوری نقش کلیدی در بهبود استرس زناشویی، رضایت زناشویی و روابط زوجین و نهایتا تعدیل هیجانات دارد (هربرت، لئونگ، پیتمن، فلوتو و آفاری[3]، ۲۰۱۸). مقاوت در برابر عوامل استرس‌زا و تنش‌های زندگی، شرایط و موقعیت‌های اضطراب‌آور و همچنین عواملی که باعث به وجود آمدن بسیاری از مشکلات روان‌شناختی می‌شود با ارتقاء تاب‌آوری ممکن می‌شود (کانر، ۲۰۰۶). تاب‌آوری نیز باعث بهبود پیوندهای خانوادگی و شبکه اجتماعی در افراد می‌شود (صابری فرد و حاجی اربابی، ۱۳۹۸).

1. Wang, Tao, Bowers, Brown & Zhang
2. Connor
3. Herbert, Leung, Pittman, Floto & Afari

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

از متغیرهای دیگری که در دهه‌های اخیر در حیطه سلامت روان معتادان مورد توجه واقع شده است، ذهن آگاهی است. رنج‌های انسانی اشکال متفاوتی به خود می‌گیرند و روان درمانی‌ها همیشه به دنبال راهکارهایی برای شکل‌های متفاوت این رنج‌ها و افزایش سلامت انسانی بوده‌اند (لی[1]، ۲۰۱۵). یکی از این راه‌ها که به دنبال یافتن آزادی نهایی و رهایی از این رنج‌های انسانی ظهور یافته است، ذهن آگاهی است. رویکرد درمانی ذهن آگاهی به دلیل برخی سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی، حضور در لحظه حال و مشاهده‌گری بدون قضاوت می‌تواند علاوه بر کاهش علائم و پیامدهای پس از بیماری، اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود افراد اقدام‌کننده به خودکشی کمک کند (هسو، گرو و مارلات[2]، ۲۰۰۸). رویکرد مورد استفاده کابات زین[3] (۲۰۰۳) برای درمان، شامل پویش بدنی یا آگاهی از بدن، یک سری تغییرات عمدی را در بر می‌گیرد که در این روش ابتدا فرد بر تمام بدن و سپس بر هر قسمتی از بدن خود بدون قضاوت متمرکز می‌شود (بوئن، چاوالا و مارلات[4]، ۲۰۱۱). ویتکیویتز و بوئن[5] (۲۰۱۰) مطرح کردند که افراد با استفاده از تمرین‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی پاسخ‌های معقول و منطقی به جای هیجانات منفی نشان می‌دهند. همچنین در این رویکرد افراد یاد می‌گیرند که تجربیات را به عنوان تجربیات جدا از خود و به عنوان یک حالت موقتی و موضوعی برای تغییر بپذیرند (ویتکیویتز و بوئن، ۲۰۱۰). پذیرش آگاهانه به جای تمرکز به مشکلات و ناراحتی‌های جسمی و هیجانی، به دنبال تمرینات ذهن‌آگاهی در افراد شکل می‌گیرد و در این رویکرد درمانی به افراد آموزش می‌دهند که وضعیت‌های هیجانی، جسمانی و شناختی را بدون واکنش غیرارادی مورد مشاهده قرار دهند (بوئن و همکاران، ۲۰۱۱). بر اساس پژوهش‌ها، انواع مراقبه‌ها شامل مراقبه ذهن آگاهی و ... اثرگذاری قابل توجهی در بهبود توان‌بخشی انواع مراجعان با مشکلات مختلف داشته‌اند (اسمیت[6]، ۲۰۱۹). مطالعات نشان می‌دهد که درمان ذهن آگاهی با عوامل

1. Lee
2. Hsu, Grow & Marlatt
3. Kabat-Zinn
4. Bowen, Chawla & Marlatt
5. Witkiewitz & Bowen
6. Smith

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

گوناگون سلامت همچون اضطراب، افسردگی (هافمن و گومز[1]، ۲۰۱۷) و استرس (کارپنتر، سانفورد و هافمن[2]، ۲۰۱۹) ارتباط دارد. همچنین می‌توان گفت مداخله ذهن‌آگاهی با ارتقاء کنترل شناختی بر رفتار خودکار از طریق توجه و آگاهی متمرکز، زمینه بازسازی پاداش‌های طبیعی برای جایگزینی پاداش‌های مصرف مواد را فراهم می‌سازد (شکیبایی و قیومی، ۱۴۰۱).

یکی دیگر از مهم‌ترین عواملی که در شروع و تداوم اعتیاد نقشی پر رنگ دارد، مشکل در تنظیم هیجان است. در تعریف تنظیم هیجان می‌توان گفت برخی فرآیندهای درونی و بیرونی درصدد بهبود و تنظیم هیجانات منفی عمل می‌کنند. این فرآیندهای درونی و بیرونی شامل دامنه وسیعی از پاسخ‌های فیزیولوژیک، هیجانی، رفتاری و شناختی است. افراد دارای تنظیم هیجانی می‌توانند بر نوع هیجان خود تأثیر بگذارند، اینکه چگونه تجربه کنند و همچنین در ابراز آن کنترل و مدیریت مثبت دارند (فورد، فینبرگ، لام، ماس و جان[3]، ۲۰۱۹). تنظیم مناسب هیجانات در شرایط تنش‌زا، منجر به سازگاری مثبت در افراد می‌گردد (لگرستی، گارنفسکی، ورهاست و یوتنس[4]، ۲۰۱۱). تنظیم هیجان با بهزیستی و سلامت روان بالا مرتبط است (آلدائو، نولن-هوکسما و شویزر[5]، ۲۰۱۰). همچنین توانایی تنظیم و تعدیل هیجان‌ها باعث می‌شود که افراد زمانی که با مشکلات و چالش‌های زندگی روبرو می‌شوند، بتوانند از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کنند. داشتن توانایی تنظیم هیجانی باعث می‌شود که افراد پیش‌بینی بهتر و دقیقی از درخواست‌های دیگران داشته باشند. این افراد استرس‌های ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مدیریت و تنظیم می‌کنند (باقیان زارچی، ۱۳۹۳). شماری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند افراد مستعد و در معرض خطر برای اختلالات سوءمصرف مواد رفتارهای تنظیم هیجانی ضعیف‌تری نسبت به افرادی که کمتر در معرض اعتیاد هستند، نشان می‌دهند (مارسیو، کلی و سولویج[6]، ۲۰۱۸؛ جبرائیلی، مرادی و حبیبی، ۱۳۹۸). با مرور پژوهش‌های انجام گرفته

1. Hofmann & Gómez
2. Carpenter, Sanford & Hofmann
3. Ford, Feinberg, Lam, Mauss & John
4. Legerstee, Garnefski, Verhulst & Utens
5. Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer
6. Marceau, Kelly, Solowij

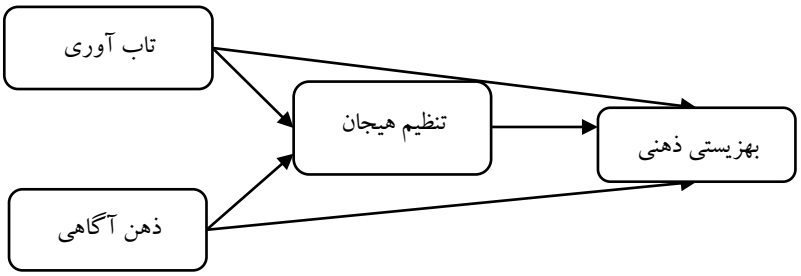
سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

می‌توان گفت که تنظیم هیجان ضعیف یک عامل کلیدی برای اختلالات سوءمصرف مواد به شـمار می‌رود. به طوری که راهبردهای نظم‌جویی هیجان ناکارآمد و بدتنظیمی هیجانی می‌تواند نقش محوری در شروع، حفظ و بازگشت به اختلالات اعتیاد و مرتبط با مواد، ایفا کنند (علی پور، سعیدپور و حسنی، ۱۳۹۴). نتایج برخی از مطالعات نشان داده کژکاری در تنظیم هیجان، از مشکلات مطرح شده برای مصرف کنندگان مواد می‌باشد (پروسک، گیوردنادو، ووهلر، پرایس و مک کولاق[1]، ۲۰۱۸). به صورت کلی می‌توان گفت که توانایی اندک در تنظیم هیجان ماشه چکان عود اعتیاد است (رضائی، قربان پور لفمجانی، فیضی لپوندانی و جهانگیرپور، ۱۴۰۱).

با توجه به اهمیت ویژگی‌هایی مثل تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی، بهزیستی‌ذهنی و تنظیم هیجان در مصرف‌کنندگان مواد و همچنین آسیب‌های کوتاه مدت و طولانی که اعتیاد بر روابط و رضایت‌مندی افراد دارد، تدوین راهکارهای عملی بر اساس پژوهش‌های پیشین برای پیشگیری و درمان اعتیاد به مواد مخدر و اثرات مخرب آن بر جوانان ضرورت دارد و همین‌طور وجود خلاء پژوهشی در مورد مدل ارائه شده، محققین را بر آن داشته که به این موضوع بپردازند که آیا بین تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی با بهزیستی ذهنی در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد با نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان رابطه وجود دارد؟ در نهایت با توجه به سوال فوق مدل مفهومی به شکل زیر ارائه می‌گردد.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

1. Prosek, Giordano, Woehler, Price & McCullough

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان و مردان مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد در کمپ‌های ترک اعتیاد و گروه‌های ترک اعتیاد (مانند انجمن معتادان گمنام[1]) شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. در روش مدل‌یابی معادلات ساختاری در مورد تعداد و حجم نمونه انتخابی توافقی وجود ندارد؛ با این وجود بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه در معادلات ساختاری را ۲۰۰ نفر عنوان کردند (هولتر[2]، ۱۹۸۳). در این پژوهش، نمونه‌ای مشتمل بر ۴۰۰ مشارکت کننده (۲۰۰ نفر مرد و ۲۰۰ نفر زن) با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بر اساس معیارهای ورود و خروج به پژوهش انتخاب شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل: داشتن سن بین ۱۵ تا ۴۵ سال، دارا بودن حداقل تحصیلات متوسطه، امضای رضایت نامه کتبی توسط شرکت کنندگان، و ملاک‌های خروج شامل: داشتن اختلالات روان‌شناختی و علائم سایکوتیک طبق بررسی پرونده و تشخیص روانپزشک، داشتن افکار خودکشی در شرکت کنندگان بر اساس مصاحبه روانپزشک و تشخیص اختلال شخصیت بود. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از نرم‌افزار $SPSS_{23}$ و AMOS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار

۱. مقیاس تاب‌آوری: این مقیاس توسط کانر و دیویدسون[3] در سال ۲۰۰۳ تدوین شد و دارای ۲۵ آیتم می‌باشد. این مقیاس سازه تاب‌آوری را بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت می‌سنجد که به هر سوال نمره ۱ (کاملا نادرست) تا نمره ۵ (همیشه درست) داده می‌شود. دامنه نمره‌گذاری آن بین ۲۵ تا ۱۲۵ است و نمره بیشتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بالای فرد است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) نشان دادن که نسخه ۲۵ مادّه‌ای مقیاس تاب‌آوری یا پنج عامل متناظرند. عامل اول، با هشت مادّه، بر داشتن استانداردهای بالا،

1. narcotics anonymous (NA)
2. Holter
3. Connor & Davidson

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

سـخت رویی و احسـاس کفایت‌مندی اشـاره می‌کند. عامل دوم، با شـمول هفت مادّه، بر مدیریت هیجانات منفی، اعتماد به توانایی‌های فردی و ادراک از مزیت های اسـترس دلالت دارد. عامل سـوم نیز با ۵ مادّه، بر نگرش مثبت نسـبت به تغییر و روابط ایمن دلالت دارد. عامل چهارم با سه سوال بر کنترل ادراک شده و عامل پنجم با دو سوال، بر معنویت دلالت دارد. محمدی (۱۳۸۴) این مقیاس را در ایران ترجمه و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دسـت آورد. قنبری طلب و فولادچنگ (۱۳۹۴) نیز ضـریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ را گزارش کرده‌اند. در پژوهش آهنگرزاده رضایی و رسولی (۱۳۹۴) نتایج تحلیل عاملی تاییدی مقیاس تاب‌آوری کانر ـ دیویدسون با تاکید بر ساختار پنج عاملی و با شـمول زیرمقیاس‌های صـلاحیت و کفایت فردی، تحمل اثرات منفی و قوی بودن در برابر تنش، پـذیرش مثبـت تغییر، خودکنترلی و تـاثیرات معنوی، از روایی عـاملی، مقیـاس تاب‌آوری کانر ــ دیویدسون، حمایت کرد. در این پژوهش، ضریب همسانی درونی عامل کفایت‌مندی و اثرات توانمندسـاز اسـترس برابر با ۰/۸۸ و ضـریب همسـانی درونی عامل پذیرش تغییر/ادراک از کنترل‌گری برابر با ۰/۹۰ به دست آمد.

۲. سـیاهه ذهن‌آگاهی: جهت سـنجش ذهن‌آگاهی از فرم کوتاه سـیاهه ذهن‌آگاهی فرایبورگ[1] استفاده شد. نخستین بار تلاسیارد[2] و همکاران (۲۰۱۰) نسخه کوتاه سیاهه ذهن آگاهی را توسعه دادند. نسخه کوتاه دارای ۱۴ مادّه است و مشارکت کنندگان به هر ماده بر روی یک طیف چهار درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۴) پاسـخ می‌دهند. در نسـخه کوتاه سـیاههٔ ذهن آگاهی، مادّه‌های ۱۱، ۱۲، ۹، ۷، ۱۰، ۲، ۱۴ و ۱۳ به عامل خودآگاهی و مادّه‌های ۳، ۵، ۴، ۸، ۱ و ۶ به عامل خودشـفقت ورزی، مربوط می‌شـوند. بنابراین، بیشـینه و کمینه نمره افراد در این ابزار به ترتیب برابر با ۵۶ و ۱۴ بود. در پژوهش تلاسـیارد و همکاران (۲۰۱۰) نتیجه تحلیل تاییدی سـیاهه از سـاختار دو عاملی آن شـامل پـذیرش و توجـه حمـایـت کرد. در پژوهش قاسـمی جوبنـه، عرب زاده، جلیلی نیکو، محمدعلی پور و محسن زاده (۱۳۹۴) ضریب همسانی درونی ذهن آگاهی، برابر با ۰/۹۲ به

1. Freiburg Mindfulness Inventory_ Short Form (FMI-SF)

2. Trousselard

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

دست آمد. در پژوهش حاضر، ضرایب همسانی درونی عامل‌های خودآگاهی و خودشفقت‌گری به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۶ به دست آمد.

۳. پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی: این پرسشنامه ۲۰ سوال دارد که توسط واتسون، کلارک و تلگن[1] (۱۹۸۸) جهت سنجش دو بعد خلقی یعنی عاطفه مثبت و عاطفه منفی طراحی شده است و هر مولفه دارای ۱۰ گویه است. افراد به سوالات در یک طیف ۵ درجه‌ای از ۱ (بسیار کم) تا ۵ (بسیار زیاد) پاسخ می‌دهند. دامنه نمرات برای هر خرده مقیاس بین ۱۰ تا ۵۰ بدست می‌آید. واتسون و همکاران (۱۹۸۸) ضرایب همسانی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس عاطفه مثبت ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۷ گزارش نموده‌اند. همچنین نتایج پایایی بازآزمایی برای خرده مقیاس عاطفه مثبت ۰/۶۸ و برای خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۷۱ با فاصله ۸ هفته به دست آمده است (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸). در ایران همسانی درونی خرده مقیاس عاطفه مثبت و منفی ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۵ به دست آمده است (بخشی پور و دژکام، ۱۳۸۴). در مطالعه حاضر، ضرایب همسانی درونی برای مقیاس‌های عاطفه مثبت و منفی به ترتیب برابر با ۰/۷۹ و ۰/۸۱ به دست آمد.

۴. مقیاس رضایت از زندگی: این ابزار توسط داینر، ایمونز، لارسن و گریفن[2] در سال ۱۹۸۵ ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۵ آیتم است که مولفه شناختی بهزیستی ذهنی را مورد سنجش قرار می‌دهد. هر سوال این مقیاس در یک طیف لیکرت هفت درجه‌ای (از ۱ تا ۷) نمره گذاری می‌گردد که دامنه نمرات بین ۷ تا ۳۵ قابل محاسبه است. در پژوهش شکری، گودرزی و شریفی (۱۳۹۲) نتایج تحلیل عاملی تاییدی از ساختار تک عاملی مقیاس رضایت از زندگی در دانشجویان دخترو پسر حمایت کرد. در پژوهش شکری و همکاران (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ نمره کلی مقیاس برابر با ۰/۸۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر، ضریب همسانی درونی نمره کلی رضایت از زندگی ۰/۸۱ به دست آمد.

1. Watson, Clark & Tellegen

2. Diener, Emmons, Larsen, & Griffin

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

۵. پرسشنامه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان: جهت ارزیابی نحوه تفکر افراد بعد از تجربه حوادث تهدیدکننده یا استرس‌زای زندگی پرسشنامه ۳۶ آیتمی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان توسط گارنفسکی، کراجی و اسپنهوون[1] (۲۰۰۱) طراحی شده است. پاسخ به سوالات این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) است. این پرسشنامه ۹ راهبرد دارد و هر راهبر ۴ سوال دارد که نمره هر راهبرد پس از جمع‌بندی در دامنه‌ای از ۴ تا ۲۰ قرار می‌گیرد. این راهبردها عبارتند از: راهبردهای منفی شامل سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه پنداری و نشخوار فکری و راهبردهای مثبت شامل پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، برنامه ریزی، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه. نمره کلی از جمع کل نمرات به دست می‌آید که نشان دهنده استفاده از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان است که در دامنه نمره کلی بین ۳۶ تا ۱۸۰ است. جهت بررسی پایایی این آزمون نتایج ضریب آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱ و برای راهبردهای منفی، ۰/۸۷ به دست آمده است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). همچنین در مطالعه گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) با استفاده از روش بازآزمایی، ضریب پایایی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با فاصله زمانی ۱۴ ماه، بین ۰/۴۸ تا ۰/۶۱ به دست آمده است. در پژوهش یوسفی (۱۳۸۵) میزان همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد. روایی این پرسشنامه با استفاده از همبستگی بین نمره راهبردهای منفی با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹؛ به نقل از یوسفی، ۱۳۸۵) مورد آزمون قرار گرفته و به ترتیب ضرایبی برابر ۰/۳۵ و ۰/۳۷ به دست آمده که هر دو ضریب در سطح یک درصد معنی‌دار بودند (یوسفی، ۱۳۸۵). در این پژوهش، نتیجه تحلیل مولفه‌های اصلی با چرخش اُبلیمین نشان داد که ساختار عاملی پرسشنامهٔ راهبردهای تنظیم هیجان از چهار عامل بازارزیابی/بازتمرکز، پذیرش/دیدگاه‌گیری، خود/دگرسرزنشی و نشخوارگری/فاجعه‌سازی، تشکیل شد. در پژوهش حاضر، ضرایب همسانی درونی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان شامل بازارزیابی/بازتمرکز، پذیرش/دیدگاه‌گیری،

1. Garnefski, Kraaij & Spinhoven

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

خود/دگرسرزنشی و نشخوارگری/فاجعه‌سازی به ترتیب برابر با ۰/۷۸، ۰/۸۰، ۰/۷۷ و ۰/۸۴به دست آمد.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد شرکت کننده در مطالعه حاضر ۳۶/۲۵ سال بود. از بین آزمودنی‌ها، ۸۲ نفر (۵/ ۲۰ درصد) دارای مدرک سیکل، ۱۱۷ نفر (۲۹/۲۵ درصد) دارای مدرک دیپلم، ۱۱۶ نفر (۲۹ درصد) دارای مدرک فوق دیپلم و ۸۵ نفر (۲۱/۲۵ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی و بالاتر بودند. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش حاضر در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

عامل کلی	زیرمقیاس‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
تاب‌آوری	کفایت/اثرات نیرومندساز استرس	۴۵/۰۵	۱۰/۲۶
	پذیرش تغییر/ادراک از کنترل‌گری	۳۲/۲۵	۶/۶۴
ذهن‌آگاهی	خودآگاهی	۱۴/۴۰	۳/۸۹
	خودشفقت‌گری	۱۵/۷۴	۳/۹۵
	بازارزیابی/بازتمرکز	۱۲/۵۶	۳/۴۵
مقابله تنظیم شناختی هیجان	پذیرش/دیدگاه‌گیری	۱۵/۷۸	۴/۲۰
	خود/دگرسرزنشی	۹/۵۴	۲/۶۵
	نشخوارگری/فاجعه‌سازی	۹/۸۰	۲/۷۸
عاطفه مثبت و منفی	عاطفه مثبت	۳۱/۰۱	۷/۷۵
	عاطفه منفی	۳۲/۸۰	۷/۸۱
رضامندی از زندگی	رضامندی از زندگی	۱۹/۲۲	۷/۰۱

جدول ۲ نتایج همبستگی بین تاب‌آوری روان‌شناختی و ذهن‌آگاهی را با مقابله مثبت و منفی، عاطفه‌ی مثبت و منفی و رضامندی از زندگی را در مشارکت کنندگان زن و مرد نشان می‌دهد.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱- کفایت/اثرات نیرومندساز استرس	۱										
۲- پذیرش تغییر/ادراک از کنترل‌گری	۰/۴۷**	۱									
۳- خودآگاهی	۰/۴۱**	۰/۳۹**	۱								
۴- خودشفقت‌گری	۰/۳۹**	۰/۳۵**	۰/۴۴**	۱							
۵- بازارزیابی/بازتمرکز	۰/۲۳**	۰/۱۹*	-۰/۱۸*	-۰/۲۵**	۱						
۶- پذیرش/ دیدگاه‌گیری	۰/۲۰**	۰/۱۸*	-۰/۲۰**	-۰/۲۶**	۰/۴۶**	۱					
۷- خود/دگرسرزنشی	۰/۴۷**	۰/۴۵**	-۰/۲۵**	-۰/۴۹**	-۰/۲۵**	-۰/۳۳**	۱				
۸- نشخوارگری/ فاجعه‌سازی	۰/۴۰**	۰/۴۶**	-۰/۳۳**	-۰/۴۶**	-۰/۳۲**	-۰/۳۲**	۰/۴۷**	۱			
۹- عاطفه مثبت	۰/۲۸**	۰/۳۹**	۰/۲۳**	۰/۲۲**	۰/۲۹**	۰/۳۸**	-۰/۲۰**	-۰/۴۱**	۱		
۱۰- عاطفه منفی	-۰/۱۷*	-۰/۲۰**	-۰/۱۶*	-۰/۲۲**	-۰/۱۹*	-۰/۲۰**	۰/۱۶*	۰/۲۴**	-۰/۳۳**	۱	
۱۱- رضایت از زندگی	۰/۲۳**	۰/۱۹*	۰/۱۵*	۰/۲۳**	۰/۱۸*	۰/۲۳**	-۰/۲۳**	-۰/۴۰**	۰/۴۷**	-۰/۳۳**	۱

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

نتایج جدول ۲ نشـــان می‌دهد بین متغیرهای پژوهش رابطه معناداری وجود دارد. در ادامه، به منظور تبیین الگوی پراکندگی نمرات متغیرهای رضـــامندی از زندگی، عاطفه‌ی مثبت و عاطفه‌ی منفی از طریق تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی با میانجی‌گری متغیرهای مکنون مقابله مثبت و منفی تنظیم هیجان از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد (شکل ۲). کلاین[1] (۲۰۰۵) تاکید می‌کند که در اســتفاده از روش مدل‌یابی معادلات ســاختاری، قبل از تحلیل داده‌ها، بررســی مفروضــه‌های زیربنایی این روش ضــروری اســت. برخی از مهم‌ترین مفروضــه‌های زیربنایی آزمون معادلات ســاختاری که در مطالعه حاضــر بررســی شـدند شـامل: ۱) مقادیر گم شـده، می‌یرز، گامسـت و گوارینو[2] (۲۰۱۶) پیشـنهاد می‌کنند، متغیرهایی که در آن‌ها درصد داده‌های گم شده بیشتر از ۵ باشد، بهتر است از لیست داده‌ها حذف شوند، ۲) بهنجاری چندمتغیری (اگر مقادیر چولگی و کشیدگی داده‌ها بین ۲+ و۲-

1. Kline
2. Meyers, Gamst & Guarino

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

باشد داده‌ها در سطح ۰/۰۵ از توزیع بهنجار برخوردارند. در این مطالعه، مقادیر چولگی و کشیدگی داده‌ها بین ۲+ و ۲- به دست آمد)، ۳) خطی بودن (در این مطالعه، استفاده از روش نمودارهای پراکندگی، مفروضه خطی بودن را تأیید کرد.)، ۴) هم‌خطی چندگانه (در این تحلیل، در هیچ یک از مقادیر آماره‌های تحمل و عامل تورم واریانس محاسبه شده برای متغیرهای پژوهش، انحرافی از مفروضه عدم چندگانگی خطی مشاهده نشد). نتایج مربوط به شاخص‌های برازش مدل مفروض در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی

شاخص‌ها	χ^2/df	CFI	GFI	AGFI	NFI	RMSEA
بازه‌های قابل قبول	۱ تا ۳	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	<۰/۰۸
مدل پیشنهادی	۳/۲۴	۰/۹۳	۰/۹۳	۰/۸۹	۰/۸۹	۰/۰۷۵
مدل اصلاح شده	۱/۸۳	۰/۹۶	۰/۹۸	۰/۹۳	۰/۹۲	۰/۰۴۶

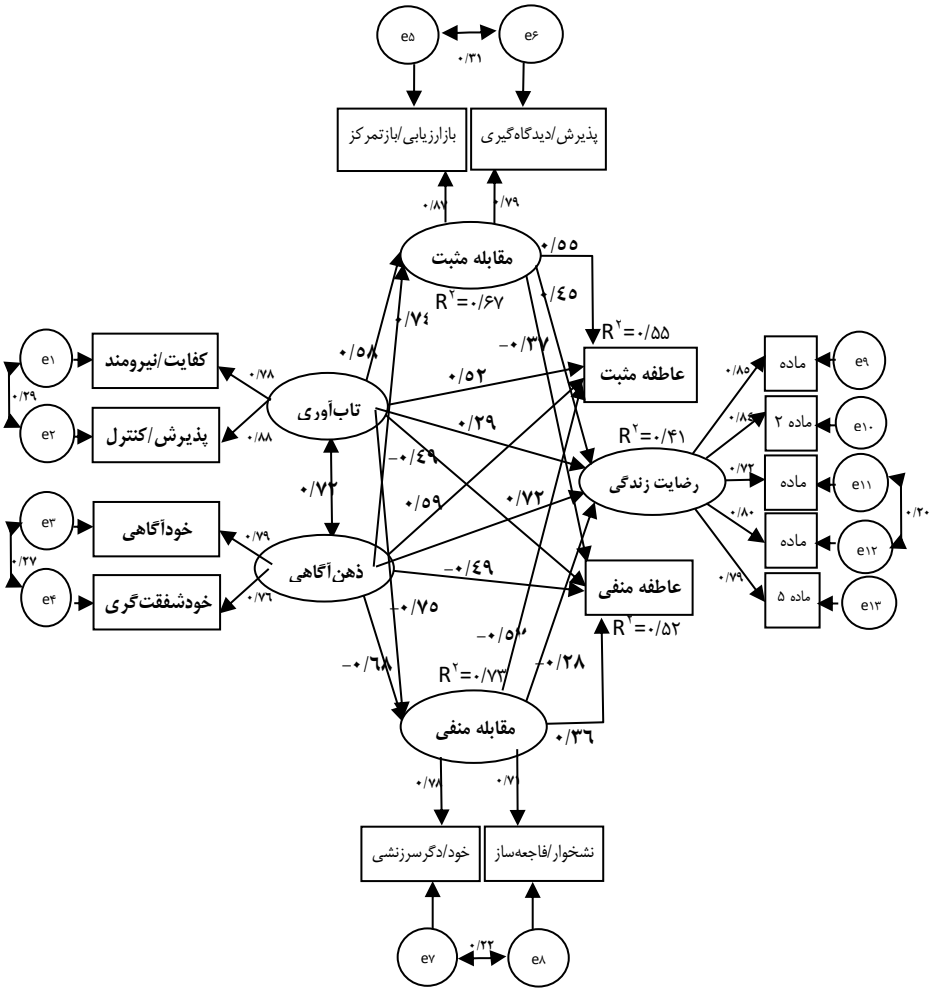
برای شاخص (AGFI) مقدار کمتر از ۰/۹۰ ضرورت اصلاح مدل مفروض را با هدف افزایش برازندگی آن با داده‌های جمع‌آوری شده، مورد تاکید قرار می‌دهد (می‌یرز و همکاران، ۲۰۱۶).

در ادامه اصلاح مدل نشان داد که در متغیر مکنون تاب‌آوری توسط ایجاد کواریانس بین باقی‌مانده‌های خطا برای نشانگرهای «کفایت/نیرومندسازی و پذیرش/کنترل‌گری»، در متغیر مکنون ذهن آگاهی توسط ایجاد کواریانس بین باقی‌مانده‌های خطا برای نشانگرهای «خودآگاهی و خودشفقت‌ورزی»، در متغیر مکنون مقابله مثبت تنظیم هیجان توسط ایجاد کواریانس بین باقی‌مانده‌های خطا برای نشانگرهای «بازارزیابی مثبت و بازتمرکز بر برنامه‌ریزی»، در متغیر مقابله منفی تنظیم هیجان توسط کواریانس بین باقی‌مانده‌های خطا برای نشانگرهای «نشخوارگری/فاجعه‌سازی و خود/دگرسرزنش‌گری»، و در نهایت، در متغیر رضامندی زندگی توسط ایجاد کوواریانس بین باقی‌مانده‌های خطا برای ماده‌های «۱ و ۳»، پس از کاهش ۵ واحد در درجه آزادی مدل اصلاح شده، مقدار ۱۱۴/۷۵ واحد از ارزش عددی مقدار خی دو در این مدل کم شد (شکل ۲).

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]



شکل ۲: مدل مفهومی پژوهش

شکل ۲ نشان می‌دهد که در مدل مفروض، ۶۷ درصد از پراکندگی نمرات مقابله مثبت تنظیم هیجان و ۷۳ درصد از پراکندگی نمرات مقابله منفی تنظیم هیجان از طریق متغیرهای مکنون تاب‌آوری و ذهن آگاهی تبیین شد. همچنین، در این مدل، ۵۵ درصد از پراکندگی نمرات عاطفهٔ مثبت، ۵۳ درصد از پراکندگی عاطفه منفی و ۴۱ درصد از پراکندگی نمرات رضامندی از زندگی از طریق متغیرهای تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی، مقابله مثبت و منفی تنظیم هیجان پیش‌بینی شد. در مدل میانجیگری نسبی، تمامی ضرایب مسیر بین متغیرهای پنهان از لحاظ آماری معنادار هستند (شکل ۲).

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

جدول ۴ اثر مستقیم و غیرمستقیم مسیرهای مدل مفهومی را نشان می‌دهد. جهت بررسی اثر غیرمستقیم متغیرهای پنهان تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی بر عاطفه مثبت، عاطفه منفی و رضامندی از زندگی از طریق مقابله مثبت و منفی تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف مواد از روش بوت‌استراپ استفاده شد.

جدول ٤. ضرایب استانداردشده مستقیم، غیرمستقیم و تبیین شده متغیرها

متغیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	واریانس تبیین شده	آماره t	سطح معناداری
بر **مقابله مثبت** از			۰/۶۷		
تاب آوری	۰/۵۸	–		۵/۴۲	**P<۰/۰۱
ذهن آگاهی	۰/۷۴	–		۶/۶۵	**P<۰/۰۱
بر **مقابله منفی** از			۰/۷۳		
تاب آوری	-۰/۷۵	–		-۶/۹۰	**P<۰/۰۱
ذهن آگاهی	-۰/۶۸	–		-۵/۷۹	**P<۰/۰۱
بر **عاطفه مثبت** از			۰/۵۵		
تاب آوری	۰/۵۲	۰/۳۲		۴/۵۶	**P<۰/۰۱
ذهن آگاهی	۰/۵۹	۰/۴۱		۴/۷۸	**P<۰/۰۱
مقابله مثبت	۰/۴۵	–		۴/۳۱	**P<۰/۰۱
مقابله منفی	-۰/۲۸	–		-۳/۸۷	**P<۰/۰۱
بر **عاطفه منفی** از			۰/۵۲		
تاب آوری	-۰/۴۶	۰/۱۵		-۴/۳۹	**P<۰/۰۱
ذهن آگاهی	-۰/۴۹	۰/۱۹		-۴/۴۰	**P<۰/۰۱
مقابله مثبت	-۰/۳۷			-۴/۲۵	**P<۰/۰۱
مقابله منفی	۰/۳۸			۴/۳۱	**P<۰/۰۱
بر **رضایت از زندگی** از			۰/۴۱		
تاب آوری	۰/۲۹	۰/۲۲		۳/۷۸	**P<۰/۰۱
ذهن آگاهی	۰/۷۲	-۰/۲۷		۶/۵۶	**P<۰/۰۱
مقابله مثبت	۰/۴۵			۴/۳۴	**P<۰/۰۱
مقابله منفی	-۰/۲۸			-۳/۴۵	**P<۰/۰۱

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

نتایج جدول ۴ نشـان می‌دهد که در مدل پیشـنهادی میانجی‌گری نسـبی مقابله مثبت و منفی در رابطه تاب آوری و ذهن آگاهی با عاطفه مثبت و منفی و رضـــایت از زندگی تمامی مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرها از نظر آماری معنادار بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضـــر با هدف مدل‌یابی روابط علّی بین تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی با بهزیســـتی ذهنی در افراد مبتلا به سـوءمصـرف مواد با نقش واسـطه‌ای تنظیم هیجان انجام شـد. نتایج تحقیق و روابط بین متغیرها نشان می‌دهد که مسیر مستقیم تاب‌آوری با تجربه عاطفه مثبت و رضـایت از زندگی، مثبت و با تجربه منفی، منفی اسـت. این بدان مفهوم اسـت که افراد دارای اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد با سـطح تاب‌آوری بیشـتر، عاطفه مثبت بالاتر و سـطح بیشـتری از رضـایت از زندگی را تجربه می‌کنند. نتایج پژوهش با یافته‌های برسـلو و همکاران (۲۰۱۷) همســو می‌باشـد. در تبیین این رابطه می‌توان گفت که ریف و سـینگر[1] (۱۹۹۸) ویژگی‌های بهزیســتی را عزت‌نفس، ارتباط‌های اجتماعی گســترده، احســاس خودکارآمدی و حس استقلال عنوان می‌کنند. این پژوهشگران شش عامل مهم را شناسایی کردند که با اسـتفاده از آن‌ها می‌توان خوب بودن یا نبودن را تعیین کرد، این شـش عمل شـامل پذیرفتن خود، هدفمند زندگی کردن، رشـد دادن خود، برقراری ارتباط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و استقلال است. از نظر سازمان بهداشت جهانی نیز سلامت روانی حالتی از بهزیسـتی اسـت که در آن فرد توانایی‌های خود را شـناسـایی می‌کند، می‌تواند با فشارهای روانی بهنجار زندگی برخورد مناسبی داشته باشد، به نحو موثری کار کند و برای جامعه خویش مفید باشد. همچنین از نظر داینر (۲۰۱۵) مدلی بهزیستی شامل سه مولفه که مولفه اول جنبه شـناختی بهزیسـتی ذهنی اسـت که با رضـایت افراد از جنبه‌های مختلف زندگی (مانند شـغل، ازدواج، و ...) رابطه دارد، و دو مولفه بعدی (عاطفه مثبت و عاطفی منفی) هستند که نشان دهنده تجارب عاطفی روزانه افراد هستند. از سوی دیگر نگاهی به ویژگی‌های افراد تاب‌آور حاکی از همسویی مولفه‌های این دو مفهوم دارد. از نظر بلاک[2] افراد تاب‌آور عواطف مثبت بیشـتری را در زندگی خود تجربه می‌نمایند و همچنین اعتماد

1. Ryff & Singer
2. Black

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

به نفس بالاتری دارند (آلدریچ و مایر[1]، ۲۰۱۵). با این وجود افرادی که مواد مصرف می‌کنند به دلیل اینکه به احتمال بیشتری اضطراب، عزت نفس پایین و افسردگی را تجربه می‌کنند، در مقابل خطر، سازگاری کمتری از خود نشان می‌دهند؛ به همین دلیل بهبود مهارت‌هایی نظیر خودکنترلی، خودکارآمدی و بازسازی و افزایش این توانایی‌ها می‌توانند تاب‌آوری افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد را افزایش دهند. نتایج تحقیقات متعددی نشان داده است که آموزش این مهارت‌ها در مقابله و پیشگیری از عود و افزایش تاب‌آوری موثر است. دراین راستا، نتایج تحقیق کاظمی مهیاری، میرمهدی، آل یاسین و داوودی (۱۳۹۶)، نشان داد تفاوت معنی‌داری در مقایسه تاب‌آوری زنان وابسته به مواد و عادی وجود دارد. زنان سالم به طور معناداری دارای تاب‌آوری بالاتر نسبت به زنان وابسته به مواد بودند. در نتیجه تاب‌آوری جز متغیرهای اساسی بر آسیب‌پذیری روانی افراد وابسته به مواد به ویژه زنان معتاد است.

در پژوهش حاضر، با توجه به بررسی‌های انجام شده در مدل مفروض، اثر مستقیم مثبت و معنادار تاب‌آوری روان‌شناختی بر ذهن‌آگاهی و مقابله مثبت، و اثر مستقیم منفی و معنادار تاب‌آوری روان‌شناختی بر مقابله منفی در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد نشان داده شد. نتایج تحقیق حاکی از این است که افراد داری اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد با سطح تاب‌آوری بالاتر بیشتر از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و کمتر از مقابله منفی استفاده می‌کنند. این نتایج با نتایج تحقیقات هربرت و همکاران (۲۰۱۸) و کاظمی مهیاری و همکاران (۱۳۹۶) همسویی دارد. می‌توان گفت که افراد مصرف کننده مواد با هدف تنظیم هیجان مواد مصرف می‌کنند، در واقع از نظر این افراد مصرف مواد به خاطر مسکن بودن آن است. علاوه بر این، افراد مصرف‌کننده در شرایط و موقعیت‌های عصبانیت، ناراحتی یا پریشانی بیشتر به سمت مواد می‌روند. به عبارت دیگر برای این افراد، مصرف مواد به عنوان راهکار مقابله‌ای هیجان مدار می‌باشد. به علت اینکه برای افراد مصرف‌کننده مواد، استرس‌ها و هیجانات منفی غیرقابل تحمل است و توانایی مدیریت حالات هیجانی را بدون مواد ندارند، استفاده از مواد راهی برای رسیدن به ثبات هیجانی است (خانتزیان[2]،

1. Aldrich & Meyer
2.Khantzian

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

۱۹۹۷). نتایج مطالعه دیمف و کورنر[1] (۲۰۰۷) نیز نشان داده‌اند که مصرف‌کنندگان مواد در تنظیم هیجانات‌شان مشکل دارند و این حالات باعث می‌شود بیشتر به سمت استفاده از مواد بروند. آنچه به نظر می‌رسد این است، وقتی که افراد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرند، ناتوانی در مدیریت هیجان‌ها، منجر به مصرف مواد می‌شود. برعکس، تنظیم و مدیریت هیجان‌ها در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، منجر به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب می‌شود. همچنین عامل دوم حمایت از تاب‌آوری خودتنظیمی است، اگر یک فرد قادر به تعدیل هیجانات و رفتار خود و همچنین آرام کردن خود باشد، توجه مثبتی را از دیگران فرا می‌خواند و حس‌های مثبتی را تجربه خواهد کرد. همچنان که لیو، وانگ و لی[2] (۲۰۱۲) عنوان می‌کنند افراد با تاب‌آوری بالا در برابر آسیب‌ها و تنش‌های غیرقابل اجتناب، مقاومت از خود نشان می‌دهند و بیشتر احتمال دارد معنای مثبتی در استرس‌های که تجربه می‌کنند، پیدا کنند و به طرز موثری با مشکلات زندگی‌شان برخورد کنند.

همچنین، نتایج نشان می‌دهد که اثر مستقیم مثبت و معنادار مقابله منفی تنظیم هیجان بر عاطفه‌ی منفی، و اثر مستقیم منفی و معنادار مقابله منفی تنظیم هیجان بر عاطفه‌ی مثبت و رضامندی از زندگی وجود دارد. این بدان معناست افراد دارای اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد که مقابله هیجانی مثبتی را به کار می‌برند، دارای عاطفه مثبت بیشتر و عاطفه منفی کمتر هستند و افرادی که راهبرهای تنظیم هیجانی منفی به کار می‌برند، عاطفه منفی بیشتر و عاطفه مثبت کمتری نشان می‌دهند. این یافته با نتایج تحقیقات فورد و همکاران (۲۰۱۹) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان چنین عنوان کرد که اتخاذ مقابله مثبت تنظیم هیجان منجر به تجربه عواطف مثبت می‌شود که خود بر کیفیت زندگی و مولفه‌های آن تاثیرات مثبتی دارد. همان‌گونه که پژوهش‌های گوناگون نشان می‌دهند، تنظیم هیجان باعث موفقیت در حوزه‌های مختلف زندگی می‌شود. موفقیت در تنظیم هیجان، منجر به رشد صلاحیت‌های اجتماعی افراد می‌گردد. تنظیم هیجان کارآمد و مثبت باعث بهبود سلامت روان افراد می‌شود. نتایج تحقیقات گویای این است که افراد با مهارت‌های

1. Dimeff & Koerner
2. Liu, Wang & Li

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

مدیریت هیجانی که احساسات خود را به خوبی شناسایی و تنظیم می‌کنند و همچنین احساسات دیگران را درک و به طور موثری برخورد می‌کنند، در زمینه‌های مختلف زندگی واکنش مناسب و کارآمدی دارند. تحقیقات زنجانی و صادقی (۱۳۹۴) نشان داده‌اند که مصرف‌کنندگان مواد به دلیل عدم توانایی در مدیریت هیجان، به منظور تجربه هیجانان مثبت از مواد استفاده می‌کنند.

همچنین نتایج نشان داد که اثر مستقیم مثبت و معنادار ذهن‌آگاهی بر مقابله مثبت تنظیم هیجان، و اثر مستقیم منفی و معنادار ذهن‌آگاهی بر مقابله منفی تنظیم هیجان وجود داشت. این بدان معناست که ذهن آگاهی بالاتر می‌تواند منجر به اتخاذ راهبردهای هیجانی مثبت در افراد مصرف‌کننده مواد شود. این نتایج با نتایج تحقیقات کاریادی و سایدرز[1] (۲۰۱۵) همسو می‌باشد. همانطور که پیش‌تر اشاره شد ذهن‌آگاهی یک فرآیند شناختی است که در این فرآیند، ذهن با آگاهی تمرکز بر تجربه احساسات و اتفاقاتی که در لحظه حال در خود یا اطرافش رخ می‌دهد دارد. ذهن‌آگاهی اتخاذ نگرشی بدون قضاوت نسبت به تجربه‌های شخصی است که در لحظه حال در حال وقوع است، این امر منجر می‌شود تا افراد واکنش کمتر و در مقابل پذیرش بیشتری نسبت به این تجارب داشته باشد. نگاه غیر قضاوتی به بسیاری از وقایع و تجارب و احساسات برآمده از آن‌ها، به ویژه در بسیاری از احساسات درونی اضطراب‌زا و درنظر گرفتن آن‌ها به عنوان احساساتی زودگذر، از تهدیدزا بودن آن‌ها کاسته و مانع تجربه فزاینده اضطراب می‌شود؛ به عبارتی دیگر به عنوان حالتی زودگذر شناخته می‌شود. علاوه براین، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین ابعاد مختلف ذهن‌آگاهی با اعتیاد رابطه وجود دارد. پذیرش غیرقضاوتی، کلید فرآیند به چالش کشیدن شناخت‌های منفی در درمان اعتیاد است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق مجموعه‌ای از تمرینات آگاهی و مشاهده به ایجاد اعتماد، کاهش اضطراب و افزایش تعهد به درمان اعتیاد کمک می‌نمایند (بوئن و همکاران، ۲۰۱۱). اجتناب از گشودگی و صداقت در تعامل با دیگران، مشکل عمده افراد در ارتباطات بین فردی است، این در حالی است که ذهن‌آگاهی افراد را تشویق می‌کند که با دیگران صادق و پذیرا

1. Karyadi & Cyders

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

باشـند و بر اجتناب غلبه نمایند. همچنین مطالعات نشـان می‌دهند که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی با کاهش وسوسه مصرف و دشواری در تنظیم هیجان می توانند مداخلات درمانی مناسـبی جهت بهبودی افراد وابسـته به مواد باشـند (مهدی زاده هنجنی، حسـینیان، حسـنی ابهریان و یزدی، ۱۴۰۰).

در این مـدل نیز، اثر غیرمسـتقیم ذهن‌آگـاهی بر عـاطفـه‌ی مثبـت، عـاطفـه‌ی منفی و رضـامندی از زندگی از طریق مقابله مثبت تنظیم هیجان و اثر غیرمسـتقیم تاب‌آوری بر عاطفه‌ی مثبت، عاطفه‌ی منفی و رضـامندی از زندگی از طریق مقابله منفی تنظیم هیجان از نظر آمـاری معنـادار بود. در نتیجه می‌توان گفـت کـه ذهن‌آگـاهی بر بهزیسـتی ذهنی اثر مستقیم دارد. این بدان معناسـت که ذهن‌آگاهی بالاتر در افراد مصـرف‌کننده مواد منجر به اتخاذ مقابله هیجانی مثبت و در نتیجه تجربه عاطفه مثبت و رضـایت بیشـتر از زندگی می‌شود. این نتایج با نتایج تحقیقات لو[1] و همکاران (۲۰۱۹)، سمپاس، بیسواس، سوهیندا و دوتا[2] (۲۰۱۹) و داینر (۲۰۱۵) همسو می‌باشد. در تبیین این نتایج می‌توان چنین عنوان کرد که ذهن‌آگاهی علاوه بر اینکه به فرد کمک می‌کند تا درک کند به چه طریقی به آرامش و رضـایت درونی برسـد و آن را به عنوان یک الگوی مهم و باثبات زندگی خود مورد استفاده قرار دهد، به او کمک می‌کند تا با آهستگی خود را از نگرانی، اضطراب، خستگی، افسـردگی و نارضـایتی برهاند (ویلیامز و پنمن[3]، ۲۰۱۱)؛ بنابراین هم بر ابعاد شـناختی و هم عاطفی بهزیستی تأثیر اساسی دارد. در راستای کاهش بهبود علائم روان‌شناختی پریشانی و افزایش کیفیت زندگی، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی هم در زمینه سـلامت روان و هم در زمینه سـلامت جسـمی تمرین می‌شـود. علاوه بر این، می‌توان به تأثیر ذهن‌آگاهی به عنوان یک رویکرد درمانی در مصـرف مواد اشـاره کرد که تحقیقات بسـیاری نیز آن را تایید نموده‌اند (هپنر[4] و همکاران، ۲۰۱۶). ذهن‌آگاهی از طریق روش‌های مختلف همچون از طریق بهبود هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های مثبت، هیجان‌های منفی را کاهش می‌دهد. به سـخن دیگر، ذهن آگاهی کمک می‌کند فرد این نکته را بفهمد که هیجان‌های

1. Lu
2. Sampath, Biswas, Soohinda & Dutta
3. Williams & Penman
4. Heppner

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

منفی ممکن اســـت رخ دهد، با این وجود آن‌ها همیشـــگی نخواهند بود. همچنین باعث می‌شود افراد به جای آن که به رویدادها به طور غیرارادی و بی‌تامل واکنش نشان دهند، با تفکر و تامل پاسـخ دهند، می‌توان گفت ذهن‌آگاهی با ویژگی‌های اسـاسـی در آن، مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حسـاسـیت زدایی، در لحظه زندگی کردن، مشـاهده‌گری بدون قضـاوت و مواجهه، باعث پیشـگیری و حتی درمان و جلوگیری از بازگشـت اعتیاد به مواد می‌شود (زنجانی و صادقی، ۱۳۹۴).

به طور کلی یافته‌های این پژوهش بیان می‌دارند که تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی نه تنها با بهزیسـتی ذهنی شـامل عاطفه مثبت و منفی و رضـایت از زندگی ارتباط مسـتقیم دارد، بلکه از طریق مقابله مثبت و منفی تنظیم هیجان نیز بر بهزیسـتی ذهنی افراد مبتلا به سـوءمصـرف مواد موثر اسـت. نتایج نشـان می‌دهند که افراد دارای سـطح تاب‌آوری بالا، با اتکا به مقابله مثبت تنظیم هیجانی، سطح عاطفه مثبت بیشتری را تجربه کرده و نسبت به زندگی خود نیز رضـایت بیشـتری دارند. این نتایج به همراه نتایج پژوهش‌ها در زمینه اثرات متغیرهایی چون تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجانی بر میزان گرایش افراد به مصـــرف مواد، نشـــان می‌دهنـد کـه اســـتفـاده از رویکردهـای آموزشـــی مبتنی بر ذهن‌آگـاهی، افزایش میزان تاب‌آوری و همچنین راهبردهای تنظیم هیجانی می‌تواند در قالب مداخلات روان‌شـناختی بر کاهش چنین گرایشی در میان افراد با اختلال سوءمصرف مواد موثر واقع افتد.

پژوهش حاضـر برخی محدودیت‌هایی را دارد، به علت تعداد زیاد سـوالات پرسـشـنامه، جهت جلوگیری از بی‌حوصـــلگی، افســـردگی و برانگیختگی شـــرکت‌کنندگان، فرم‌های کوتاه پرسـشـنامه‌ها اسـتفاده شـده اسـت. اسـتفاده از پرسـشـنامه‌های فرم کوتاه احتمال دارد روایی نتایج تحقیق را با مشکل مواجه سازد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از ابزارهای عینی جهت ســنجش متغیرها اســتفاده شــود. اســتفاده از روش‌های اندازه‌گیری متفاوت می‌تواند به مفهوم‌ســازی بهتر متغیر کمک کند. شــرکت کنندگان در پژوهش حاضــر جمعیت دارای اختلال ســوءمصــرف مواد بزرگســال بود که پژوهش‌های آتی می‌توانند گروه‌های نوجوانان مصرف کننده مواد را هدف قرار دهند. پیشنهاد می‌شود جهت افزایش فاکتور تعمیم‌پذیری مطالعه، مطالعه انجام شـده در سـایر شـهرها نیز انجام گردد. با توجه به

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

نقش میانجی تنظیم هیجان بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود جهت پیشگیری از عود افراد مصرف کننده مواد مداخلاتی در جهت بهبود نظم بخشی هیجان برای این افراد طراحی و در مراکز درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

آهنگرزاده رضایی سهیلا و رسولی، مریم (۱۳۹۴). بررسی ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۳ (۹)، ۷۴۷-۷۳۹

باقیان زارچی، اعظم (۱۳۹۳). *بررسی عوامل پیش‌بینی کننده رضایت جنسی زنان شهر یزد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.

بخشی پور، عباس و دژکام، محمود (۱۳۸۴). تحلیل عاملی تاییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. *مجله روانشناسی*، ۱(۸)، ۹۱-۷۶.

بهزاد، سارا؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا و تقوایی، داوود (۱۳۹۴). مقایسه تصویر بدنی، کیفیت خواب و رضایت زناشویی در زنان مصرف‌کننده و غیرمصرف کننده مواد. *مجله روانشناسی*، ۴(۸)، ۴۰-۳۱.

پارسافر، سارا و یزد خواستی، فریبا (۱۳۹۳). بررسی روابط علی بین نقش‌های جنسیتی، تاب‌آوری، سرسختی، درماندگی آموخته شده و هم وابستگی در همسران افراد معتاد. *مطالعات اجتماعی روان شناختی زنان*، ۱۲(۴)، ۹۲-۶۹.

جبرائیلی، هاشم؛ مرادی، علیرضا و حبیبی، مجتبی (۱۳۹۸). نقش تعدیل کننده ویژگی شخصیتی تکانشگری و سن در رابطه میان اختلال در تنظیم هیجانی و رفتار جنسی پرخطر در مردانی با سوء مصرف مت‌آمفتامین. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*،۱۳(۵۱)، ۱۸۸-۱۶۷.

رضائی سجاد، قربانپور لفمجانی امیر، فیضی لپوندانی عامر، جهانگیرپور مهسا (۱۴۰۱). روابط ساختاری خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان با گرایش به عود اعتیاد در بیماران تحت درمان نگه‌دارنده با متادون: نقش میانجی تحمّل آشفتگی و انعطاف‌پذیری شناختی. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶ (۶۳)، ۱۹۸-۱۶۷.

زنجانی، زهرا و صادقی، مصطفی (۱۳۹۴). پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی در دانشجویان. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۸(۱)، ۳۸-۲۳.

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

سلیمانی، سمیه؛ گلچین، مسعود و قادری، صلاح الدین (۱۳۹۶). اعتیاد زنان از منظر کنشگران دستگاه‌های اجرایی در استان البرز. *مجله مطالعات اجتماعی ایران*، ۱۱(۴)، ۷۴-۵۲.

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

صابری فرد، فرشته و حاجی اربابی، فاطمه (۱۳۹۸). رابطه جوّ عاطفی خانواده با خودتنظیمی هیجانی و تاب‌آوری در دانشجویان دانشگاه آزاد مشهد. *مجله روانشناسی و روانپزشکی حیات*، ۶(۱)، ۶۳-۴۹.

صدقی، پروین و چراغی، اباذر (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری زنان سرپرست خانوار. *فصلنامه خانواده پژوهی*، ۵۶(۱۵)، ۵۶۲-۵۴۹.

علی پور، فرشید؛ سعیدپور، صابر و حسنی، جعفر (۱۳۹۴). بررسی هیجان‌خواهی در افراد مبتلا به اعتیاد جنسی، اعتباد به محرک‌ها، اعتیاد به مواد افیونی و افراد بهنجار. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۱۲۵(۶۹)، ۱۳۸-۱۲۵.

قادری، صلاح الدین؛ نوری، رویا؛ کریمی، جلیل و مروت، برزو (۱۳۹۶). سبب‌شناسی اعتیاد زنان (مقایسه دیدگاه‌های مصرف کنندگان، متخصصان و مردم). *بررسی مسائل اجتماعی ایران (نامه علوم اجتماعی)*، ۸(۱)، ۱۶۲-۱۳۹.

قاسمی جوبنه، رضا؛ عرب زاده، مهدی؛ جلیلی نیکو، سعید؛ محمدعلی پور، زینب و محسن زاده، فرشاد (۱۳۹۴). بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی فرم کوتاه پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبورگ. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۴(۲)، ۱۵۰-۱۳۷.

قنبری طلب، محمد و فولادچنگ، محبوبه (۱۳۹۴). رابطه بین تاب‌آوری و نشاط ذهنی با استعداد اعتیاد دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهشی سوءمصرف مواد*، ۹(۳۴)، ۲۲-۹.

کاظمی مهیاری، الهام؛ میرمهدی، سیدرضا؛ آل یاسین، سیدعلی و داوودی، حسین (۱۳۹۶). *تاب آوری در زنان وابسته به مواد*. کنگره انجمن روانشناسی ایران، تهران.

محمدی، مسعود (۱۳۸۴). *بررسی عوامل موثر بر تاب آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد*. رساله چاپ نشده دکتری روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

مرادی، اصغر و طاهری، صغری (۱۳۹۱). *سنجش روانشناسی مثبت در دانشجویان (پرسشنامه‌ها)*. تهران: انتشارات دانژه.

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

مهدی زاده هنجنی هانیه، حسینیان سیمین، حسنی ابهریان پیمان، یزدی سیده منور (۱۴۰۰). مقایسه مداخلات ذهن آگاهی و بازتوانی شناختی بر کاهش ولع مصرف و بدتنظیمی هیجانی در سوء مصرف کنندگان مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۵ (۶۰)، ۲۳۰-۲۰۵.

نمازپور، جواد؛ رادفر، مولود؛ قوامی، هاله و شیخی، ناصر (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی مدل مراقبت پیگیر بر لغزش و اشتیاق بیماران تحت درمان نگه‌دارنده با متادون. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۵(۲)، ۱۳۸-۱۲۷.

نیک منش، احسان؛ دهقانی، محسن؛ حبیبی، مجتبی؛ فلاح تفتی، صادق و صلواتی، سارا (۱۳۹۷). کارکرد خانواده و گرایش به سوءمصرف مواد در نوجوانان: نقش واسطه‌ای انسجام و آشفتگی هویت. *فصلنامه خانواده پژوهی*، ۵۶(۱۵)، ۵۷۷-۵۶۳.

یوسفی، فریده (۱۳۸۵). بررسی رابطه راهبردهای شناختی هیجان با افسردگی و اضطراب در دانش‌آموزان مرا کز راهنمایی استعدادهای درخشان. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۶(۴)، ۸۹۲-۸۷۱.

References

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.

Aldrich, D. P., & Meyer, M. A. (2015). Social capital and community resilience. *American behavioral scientist*, 59(2), 254-269.

Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide*. New York: Guilford Press

Breslau, J., Yu, H., Han, B., Pacula, R. L., Burns, R. M., & Stein, B. D. (2017). Did the dependent coverage expansion increase risky substance use among young adults?. *Drug and alcohol dependence*, 178, 556-561.

Buchheld, N., Grossman, P., & Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for meditation and meditation research*, 1(1), 11-34.

Carpenter, J. K., Sanford, J., & Hofmann, S. G. (2019). The effect of a brief mindfulness training on distress tolerance and stress reactivity. *Behavior therapy*, 50(3), 630-645.

Connor, K. M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Journal of clinical psychiatry*, 67(2), 46-49.

Conroy, D. A. (2017). The role of sleep on the pathway to substance abuse in teens. *Journal of adolescent health*, 60(2), 129-130.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

Diener, E. (2015). Subjective well – being. *Psychological Bulletin*, 95, 542 - 575.

Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.

Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (2018). Advances in subjective well-being research. *Nature human behaviour*, 2(4), 253-260.

Dimeff, L. A., & Koerner, K. (2007) *Dialectical behavior therapy in clinical practice.* NewYork: Guilford Press.

Fedotov, Y. (2016). *World Drug Report 2016 By United Nations Office on Drugs and Crime*. New York: United Nations publication.

Ford, B. Q., Feinberg, M., Lam, P., Mauss, I. B., & John, O. P. (2019). Using reappraisal to regulate negative emotion after the 2016 US Presidential election: Does emotion regulation trump political action?. *Journal of personality and social psychology*, 117(5), 998-1015.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and individual differences*, 30(8), 1311-1327.

Heppner, W. L., Spears, C. A., Correa-Fernández, V., Castro, Y., Li, Y., Guo, B. & Wetter, D. W. (2016). Dispositional Mindfulness predicts enhanced smoking cessation and smoking lapse recovery. *Annals of behavioral medicine*, 50(3), 337–347.

Herbert, M. S., Leung, D. W., Pittman, J. O., Floto, E., & Afari, N. (2018). Race/ethnicity, psychological resilience, and social support among OEF/OIF combat veterans. *Psychiatry research*, 265, 265-270.

Hoelter, J. W. (1983). The analysis of covariance structures: Goodness-of-fit indices. *Sociological methods & research*, 11(3), 325-344.

Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatric Clinics*, 40(4), 739-749.

Hsu, S. H., Grow, J., & Marlatt, G. A. (2008). *Mindfulness and addiction.* In *Recent developments in alcoholism* (pp. 229-250). New York: Springer.

Karyadi, K. A., & Cyders, M. A. (2015). Elucidating the association between trait mindfulness and alcohol use behaviors among college students. *Mindfulness*, 6(6), 1242-1249.

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry*, 4(5), 231-244.

Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling 2nd ed*. New York: Guilford press.

Lee, E. J. (2015). The effect of positive group psychotherapy on self-esteem and state anger among adolescents at Korean immigrant churches. *Archives of psychiatric nursing*, 29(2), 108-113.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

Legerstee, J. S., Garnefski, N., Verhulst, F. C., & Utens, E. M. (2011). Cognitive coping in anxiety-disordered adolescents. *Journal of adolescence*, 34(2), 319-326.

Liu, Y., Wang, Z., & Li, Z. (2012). Affective mediators of the influence of neuroticism and resilience on life satisfaction. *Journal of personality and individual differences*, 52, 833-838.

Lu, J., Mumba, M. N., Lynch, S., Li, C., Hua, C., & Allen, R. S. (2019). Nursing students' trait mindfulness and psychological stress: A correlation and mediation analysis. *Nurse education today*, 75, 41-46.

Marceau, E. M., Kelly, P. J., & Solowij, N. (2018). The relationship between executive functions and emotion regulation in females attending therapeutic community treatment for substance use disorder. *Drug and alcohol dependence*, 182, 58-66.

Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2016). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. New York: Sage publications.

Mokhtarian, P. L. (2019). Subjective well-being and travel: Retrospect and prospect. *Transportation*, 46(2), 493-513.

Özdel, K., & Ekinci, S. (2014). Distress intolerance in substance dependent patients. *Comprehensive psychiatry*, 55(4), 960-965.

Prosek, E. A., Giordano, A. L., Woehler, E. S., Price, E., & McCullough, R. (2018). Differences in emotion dysregulation and symptoms of depression and anxiety among illicit substance users and nonusers. *Substance use & misuse*, 53(11), 1915-1918.

Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological inquiry*, 9(1), 1-28.

Sakunpong, N., Choochom, O., & Taephant, N. (2016). Development of a resilience scale for Thai substance-dependent women: A mixed methods approach. *Asian journal of psychiatry*, 22, 177-181.

Sampath, H., Biswas, A. G., Soohinda, G., & Dutta, S. (2019). Mindfulness and its role in psychological well-being among medical college students. *Open journal of psychiatry & allied sciences*, 10(1), 52-56.

Smith, C. (2019). *The effect of mindfulness on short-term memory in teenagers.* Project in South Carolina Junior Academy of Science.

Suresh, V. C., Silvia, W. D., Kshamaa, H. G., & Nayak, S. B. (2018). Internet addictive behaviors and subjective well-being among 1st-year medical students. *Archives of mental health*, 19(1), 24-29.

Trousselard, M., Steiler, D., Raphel, C., Cian, C., Duymedjian, R., Claverie, D., & Canini, F. (2010). Validation of a French version of the Freiburg Mindfulness Inventory-short version: relationships between mindfulness and stress in an adult population. *BioPsychoSocial medicine*, 4(1), 1-11.

Wang, L., Tao, H., Bowers, B. J., Brown, R., & Zhang, Y. (2018). Influence of social support and self-Efficacy on resilience of early career registered nurses. *Western journal of nursing research*, 40(5), 648-664.

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063-1070.

Williams, M., & Penman, D. (2011). *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. Paris: Hachette UK.

Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(3), 362-374.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-11]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.121]