فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال شانزدهم، شماره شصت و پنجم، ص۴۸-۲۷، پاییز ۱۴۰۱
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 16, No. 65, P 27-48, Autumn 2022

مقاله پژوهشی
Research Article

رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد: نقش تعدیل‌کننده تاب‌آوری و ذهن آگاهی*

مریم صبوری[۱]، احمد منصوری[۲]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۱۵

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی نقش تعدیل‌کننده تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی در رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و پریشانی روان‌شناختی در زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد بود. **روش:** طرح پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد تحت پوشش بهزیستی شهر مشهد در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. از این بین، ۲۵۳ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون، مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر، پرسشنامه غربالگری رویدادهای استرس‌زای زندگی، و مقیاس ذهن آگاهی، توجه و هشیاری بود. داده‌ها با روش تحلیل همبستگی پیرسون و رگرسیون تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج این پژوهش نشان داد که ذهن آگاهی تعدیل‌کننده رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد بود، اما تاب‌آوری تعدیل‌کننده این رابطه نبود. **نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌کند که ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک عامل محافظت‌کننده نقش مهمی در کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد دارد. بنابراین، می‌توان از رویکردهای درمانی یا آموزشی متمرکز بر ذهن‌آگاهی از جمله ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس برای کاهش پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: اختلال مصرف مواد، پریشانی روان‌شناختی، تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی

*. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور است.

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.
۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. پست الکترونیک: mansoury_am@yahoo.com

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.27]

مقدمه

اختلال‌های مصرف مواد در بین زنان و مردان، شایع، مزمن و عودکننده هستند و منجر به پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی مختلفی برای افراد، خانواده‌ها و جامعه می‌شوند (خاموشی قلعه‌نویی و منصوری، ۱۳۹۹). تشخیص اختلال مصرف مواد برای ۱۰ طبقه از مواد ازجمله الکل، حشیش، توهم‌زاها، استنشاقی، افیونی، رخوت‌زا، خواب‌آور یا ضد اضطرابی‌ها، محرک‌ها، توتون و سایر مواد گذاشته می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[1]، ۲۰۱۳). عوامل ژنتیکی، روانی و اجتماعی متعددی با اختلال‌های مصرف مواد مرتبط هستند (تروکو[2]، ۲۰۲۰؛ گلنتر و پلیمانتی[3]، ۲۰۲۱). این اختلال‌ها پیامدهای جسمی و روان‌شناختی متعددی ازجمله ابتلا به ایدز، هپاتیت، اندوکاردیت باکتریایی، مشکلات جنسی، اقدام به خودکشی و خودکشی موفق را به دنبال دارد (خاموشی قلعه‌نویی و منصوری، ۱۳۹۹). باوجود این، پیامدهای طبی، روان‌شناختی و کارکردی ناشی از این اختلال‌ها در زنان نامطلوب‌تر از مردان است (مک هیو، ووتاو، سوگارمان و گرین‌فیلد[4]، ۲۰۱۸). همچنین، رابطه بین اختلال‌های روانی با مصرف مواد پیچیده است؛ یعنی هرکدام می‌توانند، باعث به وجود آمدن دیگری شوند و یا دیگری را تقویت کنند (یی[5] و همکاران، ۲۰۱۶). به‌عبارت‌دیگر، رابطه بین مصرف مواد و پریشانی روان‌شناختی[6] می‌تواند به‌صورت دوطرفه باشد (سوفیب[7] و همکاران، ۲۰۲۰).

پریشانی روان‌شناختی به مجموعه‌ای از علائم روانی و جسمی مرتبط با نوسان‌های طبیعی خلق در اکثر افراد اشاره دارد. همچنین در برخی موارد می‌تواند نشان‌دهنده شروع اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطرابی، اسکیزوفرنی، اختلال جسمانی شدن یا سایر شرایط بالینی باشد (واندنباس[8]، ۲۰۱۵). یکی از رایج‌ترین مشکلات روانی که توسط افراد مبتلا به اختلال مصرف تجربه می‌شود، پریشانی روان‌شناختی است (یی و همکاران،

1. American Psychiatric Association (APA)
2. Trucco
3. Gelernter & Polimanti
4. McHugh, Votaw, Sugarman & Greenfield
5. Yi
6. psychological distress
7. Sopheab
8. VandenBos

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.27]

۲۰۱۶). پریشانی روان‌شناختی در بین مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون شایع است (نوین[1] و همکاران، ۲۰۱۷؛ یی و همکاران، ۲۰۱۶). سوفیب و همکاران (۲۰۲۰) دریافتند که پریشانی روان‌شناختی در بین زنان و مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد شایع است، اما زنان پریشانی روان‌شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند. پژوهش دیگری نشان داد که بین سطوح بالاتر مصرف مواد و افزایش پریشانی روان‌شناختی نوجوانان همبستگی وجود دارد (تیان، جین، چن، تانگ و جیمنز-هررا[2]، ۲۰۲۱). عظیمی و سلیمانی (۱۳۹۹) نشان دادند که دانشجویان دارای نگرش‌های مثبت به مصرف مواد پریشانی روان‌شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند. عوامل متعددی ازجمله سن پایین‌تر، جنسیت، بیکاری، بهداشت جسمی پایین، مدت مصرف مواد، ابتلا به ایدز، داشتن درد و ناراحتی، دوز نگهدارنده متادون بالا، مصرف مواد مختلف و مشکلات روانی اجتماعی در خانواده با پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد مرتبط هست (سوفیب و همکاران، ۲۰۲۰؛ نوین و همکاران، ۲۰۱۷). رویدادهای استرس‌زای زندگی[3] (مثل انواع تجربه‌های نامطلوب دوران کودکی)، افزایش پریشانی روان‌شناختی، خطر ابتلا به طیف وسیعی از آسیب‌های روانی مثل افسردگی، اختلال‌های اضطرابی (هیوارد، وارتانیان، ووک و نیوبای[4]، ۲۰۲۰)، مصرف مواد و پریشانی روان‌شناختی (مین، فارکاس، مینز و سینگر[5]، ۲۰۰۷) را در بزرگسالی به همراه دارد. گارلند، پتوس-دیویس و هاوارد[6] (۲۰۱۳) مشاهده کردند که بین سابقه آسیب، مصرف مواد و پریشانی روان‌شناختی نوجوانان رابطه وجود دارد. در پژوهش‌های دیگر نیز رابطه قوی بین آسیب‌های دوران کودکی و بهداشت روانی (مریک[7] و همکاران، ۲۰۱۷)، پریشانی روان‌شناختی، مصرف مواد و حبس مشاهده شده است (ولف و کاراواکا سانچز[8]، ۲۰۱۹).

1. Nguyen
2. Tian, Jin, Chen, Tang & Jiménez-Herrera
3. stressful life events
4. Hayward, Vartanian, Kwok & Newby
5. Min, Farkas, Minnes & Singer
6. Garland, Pettus-Davis & Howard
7. Merrick
8. Wolff & Caravaca Sanchez

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.27]

عوامل متعددی ازجمله تاب‌آوری[1] و ذهن آگاهی[2] می‌توانند تعدیل‌کننده رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و پریشانی روان‌شناختی باشند. تاب‌آوری به فرآیند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده یا چالش‌برانگیز اشاره دارد (گارمزی و ماستن[3]، ۱۹۹۱). تاب‌آوری فرایند سازگاری یا مدیریت منابع استرس یا آسیب است (ویندل[4]، ۲۰۱۱). داسیلوا-سائر[5] و همکاران (۲۰۲۱) دریافتند که تاب‌آوری می‌تواند یک راهبرد انطباقی برای مقابله با استرس و افسردگی باشد. افشاری و امین (۱۳۹۷) نشان دادند زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد، رویدادهای استرس‌زای بیشتر و در مقابل تاب‌آوری کمتری را تجربه می‌کنند. رحمتی، خدابخشی کولایی و جهانگیری (۱۴۰۰) دریافتند که تاب‌آوری در برابر استرس نقش مهمی در ولع مصرف مواد دارد. وانگ، ژو، گو، ژیائو و لیانگ[6] (۲۰۱۹) دریافتند که تاب‌آوری تعدیل‌کننده رابطه بین استرس ادراک‌شده و افسردگی در مصرف‌کنندگان هروئین نیست. پژوهش‌های دیگر نشان دادند که تاب‌آوری تعدیل‌کننده رابطه بین رویدادهای استرس‌زا با سلامت جمعیت عمومی (چیراکو[7]، ۲۰۱۹)، افسردگی بعدی بزرگسالان مسن‌تر (داسیلوا-سائر و همکاران، ۲۰۲۱)، اختلال استرس پس از سانحه پناهندگان مواجه شده با آسیب جنگ (فینو، مما و روزو[8]، ۲۰۲۰)، مصرف مواد در مردان جوان اقلیت جنسی (گامارل[9] و همکاران، ۲۰۱۹)، افسردگی پس از زایمان (جولیان، لی، کسونز-رید، هابل و دانکل اسکتر[10]، ۲۰۲۱) و کیفیت خواب دانشجویان (لی[11] و همکاران، ۲۰۱۹) است.

ذهن آگاهی به‌عنوان آگاهی از طریق توجه هدفمند، در لحظه حال و بدون قضاوت تعریف‌شده است (کابات زین[12]، ۲۰۰۳). ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک منبع شناختی، ابزارهای لازم برای مقابله با استرس را به روش‌های حمایت‌کننده فراهم می‌سازد. همچنین یک

1. resilience
2. mindfulness
3. Garmezy & Masten
4. Windle
5. Da Silva-Sauer
6. Wang, Xu, Gu, Zhu & Liang
7. Chiracu
8. Fino, Mema & Russo
9. Gamarel
10. Julian, Le, Coussons-Read, Hobel & Dunkel Schetter
11. Li
12. Kabat-Zinn

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.27]

عامل حمایت‌کننده و محافظت‌کننده مهم برای افراد دارای سابقه تجارب نامطلوب دوران کودکی است (مک‌کین[1] و همکاران، ۲۰۲۱). به‌عبارت‌دیگر، آگاهی از طریق توجه هدفمند، در لحظه حال و بدون قضاوت به‌عنوان پادزهری مؤثر در برابر اشکال مختلف پریشانی روان‌شناختی ازجمله اضطراب، نگرانی، نشخوار فکری، ترس و خشم و همچنین گرایش ناسازگار به سرکوب، اجتناب یا اشتغال بیش‌ازحد با افکار و هیجان‌های پریشان کننده عمل می‌کنند (کنگ، اسموسکی و رابینز[2]، ۲۰۱۱). بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که ذهن آگاهی به‌عنوان یک عامل حمایت‌کننده در مقابل علائم مختلف پریشانی روان‌شناختی عمل می‌کند (مک‌کین و همکاران، ۲۰۲۱). برای مثال، پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که ذهن آگاهی با عود و پیروی از درمان (طاهری فرد و ابوالقاسمی، ۱۳۹۶)، شدت وابستگی، ولع مصرف الکل (مالیک، کاپلان، سوموهانو، برگمان و باون[3]، ۲۰۲۱) مصرف مواد (لی پرا[4]، ۲۰۱۱) و رفتارهای مصرف مواد (کاریادی، واندروین و سیدرز[5]، ۲۰۱۴) افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد رابطه دارد. پژوهش‌های دیگر نشان دادند که بین ذهن آگاهی و پریشانی روان‌شناختی نوجوانان (ما و فنگ[6]، ۲۰۱۹؛ چن، هی، فان و کای[7]، ۲۰۲۱) و بزرگسالان (کنورسانو[8] و همکاران، ۲۰۲۰؛ هارستن و مدودف[9]، ۲۰۲۰) رابطه وجود دارد. بوون، بوئر و برگمان[10] (۲۰۱۷) دریافتند که بین نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه، ذهن آگاهی و شدت وابستگی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد رابطه وجود دارد. پژوهش‌های انجام‌شده بیانگر رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی (دوپری، مک کی، اونل و آلگویی[11]، ۲۰۱۸) و آسیب (الیسیس[12] و همکاران، ۲۰۱۵) با ذهن آگاهی است. آدامز[13] و همکاران (۲۰۱۵) نیز دریافتند که ذهن آگاهی تعدیل‌کننده رابطه بین استرس ادراک‌شده و میزان مصرف الکل در افراد سیگاری

1. McKeen
2. Keng, Smoski & Robins
3. Mallik, Kaplan, Somohano, Bergman & Bowen
4. LePera
5. Karyadi, VanderVeen & Cyders
6. Ma & Fang
7. Chen, He, Fan & Cai
8. Conversano
9. Hartston & Medvedev
10. Bowen, De Boer & Bergman
11. Duprey, McKee, O'Neal & Algoe
12. Elices
13. Adams

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.27]

اســـت. همچنین گـائو، می، لی، آرســـی و منـگ[1] (۲۰۲۲) دریـافتند کـه ذهن آگـاهی تعدیل‌کننده رابطه بین اضـطراب و کیفیت خواب افراد مبتلا به اختلال مصـرف مواد اسـت. ریدر[2] (۲۰۱۹) نشـــان داد که ذهن آگاهی تعدیل‌کننده رابطه بین اضـــطراب اجتماعی، انگیزه‌های مقابله و پیامدهای مرتبط با مواد هســـتند. مک‌کین و همکاران (۲۰۲۱) گزارش کردنـد کـه ذهن آگـاهی تعـدیـل‌کننـده رابطـه بین تجـارب نـامطلوب دوران کودکی و افسـردگی اسـت. زارعی (۱۴۰۱) دریافت که افسـردگی و ذهن آگاهی تعدیل‌کننده رابطه بین تعارض زناشویی والدین با گرایش به مصرف مواد نوجوانان هستند.

با توجه به شـــیوع بالای اختلال مصرف مواد، اثر نامطلوب فـــــردی، خانوادگی و اجتماعی آن (خاموشی قلعه‌نویی و منصوری، ۱۳۹۹)، همه‌گیری کووید ۱۹ طی سال‌های ۲۰۱۹ تا ۲۰۲۱، اثر محافظت‌کننده یا حمایت‌کننده برخی از عوامل ازجمله تاب‌آوری و ذهن آگاهی در سلامت یا پریشانی روان‌شناختی و گرایش به مصرف مواد، پژوهش حاضر با هدف بررســـی نقش تعدیل‌کننده تاب‌آوری و ذهن آگاهی در رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد انجام شد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضـر از نوع توصـیفی-همبسـتگی بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به اختلال مصـرف مواد تحت پوشـش بهزیسـتی شـهر مشـهد در سـال ۱۳۹۹ تشـکیل دادند. پیشـنهاد شـده اسـت که حجم نمونه برای مدل یابی حداقل ۱۰۰ و ترجیحاً ۲۰۰ مورد باشـد. همچنین پیشـنهاد شـده اسـت که به ازای هر متغیر اندازه‌گیری شـده یا نشـانگر حداقل ۱۵ نفر در نظر گرفته شـــود (میرز[3] و همکاران، ۲۰۱۶). بنابراین از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۲۵۳ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل زنان مبتلا به اختلال مصـــرف مواد، ســـن ۲۰ تا ۵۰ ســـال، تمایل به شـــرکت در پژوهش و عدم ناتوانی جسـمی بود. معیار خروج نیز شـامل عدم پاسـخ کامل به پرسـشنامه‌ها بود. ملاحظات

1. Gao, Mei, Li, Arcy & Meng
2. Reader
3. Meyers, Gamst & Guarino

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.27]

اخلاقی این پژوهش شـامل رضـایت آگاهانه برای شـرکت در پژوهش، رعایت اصـل رازداری و اجتناب از آسیب رساندن به شرکت‌کنندگان بود. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش حاضـر از نرم‌افزارهای SPSS و افزونه PROCESS (هیز[1]، ۲۰۱۸) و روش تحلیل رگرسیون استفاده شد.

ابزار

۱- مقیاس پریشانی روان‌شناختی[2]: این پرسشنامه توسط کسلر[3] و همکاران در سال ۲۰۰۲ طراحی شـده اسـت و دارای ۱۰ سـوال می‌باشـد. سـؤال‌های این مقیاس به‌صـورت طیف لیکرت پنج درجه‌ای از صـفر (هیچ‌وقت) تا چهار (همیشـه) نمره‌گذاری می‌شـود. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس صـفر و ۴۰ اسـت. کسـلر و همکاران (۲۰۰۲) اعتبار این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کردند. همچنین دریافتند که از روایی افتراقی مناسبی برخوردار است. یعقوبی (۱۳۹۴) اعتبار نسخه فارسی آزمون را به روش‌های همسـانی درونی (ضـریب آلفای کرونباخ) و دو نیمه کردن به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۱ گزارش کردند. در پژوهش حاضر اعتبار این مقیاس به روش همسانی درونی ۰/۸۶ به دست آمد.

۲- پرسشنامه غربالگری رویدادهای استرس‌زای زندگی[4]: پرسشنامه‌ای ۱۳ ماده‌ای است که توسـط گودمن، کورکوران، تورنر، یوان و گرین[5] در سـال ۱۹۹۸ تدوین شـده اسـت و در سال ۲۰۰۶ توسط گرین، چونگ، دارووالا،کالتمن و دبندیکتیز[6] تجدیدنظر شده است. هر یک از مواد این پرسـشـنامه به‌صـورت دوگزینه‌ای (بلی و خیر) و به‌صـورت صـفر و یک نمره‌گذاری می‌شـوند. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس صـفر و ۱۳ اسـت. گودمن و همکاران (۱۹۹۸) نشـان دادند که این پرسـشـنامه از اعتبار آزمون بازآزمون (میانگین کاپا= ۰/۷۳) و روایی همگرای (میانگین کاپا= ۰/۶۴) مناسبی برخوردار است. گرین و همکاران

1. Hayes
2. Psychological Distress Scale (K-10)
3. Kessler
4. Stressful Life Events Screening Questionnaire (SLESQ)
5. Goodman, Corcoran, Turner, Yuan & Green
6. Green, Chung, Daroowalla, Kaltman & Debenedictis

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.27]

(۲۰۰۶) نیز نشـان دادند که این پرسـشـنامه از روایی فرهنگی خوبی برخوردار اسـت. در پژوهش حاضر اعتبار این پرسشنامه به روش همسانی درونی ۰/۷۸ به دست آمد.

۳- مقیاس تاب‌آوری[1]: مقیاسی ۲۵ ماده‌ای است که توسط کانر و دیویدسون[2] (۲۰۰۳) طراحی شـده اسـت. هر ماده بر اسـاس یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت و از صـفر (کاملاً نادرسـت) تا چهار (همیشـه درسـت) نمره‌گذاری می‌شـود. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس صـفر و ۱۰۰ است. ضـریب آلفای کرونباخ و آزمون بازآزمون این مقیاس به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۷ گزارش شـده است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) نشان دادند که این مقیاس از روایی همگرای خوبی (۰/۸۳= مقیاس سـرسـختی روان‌شـناختی کوباسـا، ۰/۷۶-= مقیاس استرس ادراک‌شده) برخوردار است. در پژوهش افشاری و امین (۱۳۹۷) اعتبار پرسشنامه با اسـتفاده از آزمون ضـریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ گزارش شـده اسـت. در پژوهش حاضـر اعتبار این پرسشنامه به روش همسانی درونی ۰/۹۲ به دست آمد.

۴- مقیاس ذهن آگاهی، توجه و هشیاری[3]: مقیاسی ۱۵ ماده‌ای است که توسط براون و رایان[4] (۲۰۰۳) ساخته شده است. هر ماده بر اساس یک مقیاس شش‌درجه‌ای لیکرت و از یک (تقریباً همیشه) تا شش (تقریباً هرگز) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس ۱۵ و ۹۰ اسـت. براون و رایان (۲۰۰۳) نشـان دادند که این پرسـشـنامه از اعتبار (۰/۸۷- ۰/۸۰=آلفای کرونباخ، ۰/۸۰= آزمون بازآزمون) و روایی مناسبی برخوردار است. در پژوهش قربانی، واتسـون و وتینگتون[5] (۲۰۰۹) ضـریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۱ بود. در پژوهش حاضر اعتبار این پرسشنامه به روش همسانی درونی ۰/۸۳ به دست آمد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف اسـتاندارد سـن زنان مبتلا به اختلال مصـرف مواد ۳۵/۰۵ و ۹/۱۰ بود. میانگین و انحراف استاندارد مدت مصرف مواد در بین شرکت‌کنندگان ۷/۳۳ و ۶/۴۳ بود. سایر یافته‌های جمعیت شناختی مربوط به شرکت‌کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Resilience Scale (CD-RISC)
2. Connor & Davidson
3. Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS)
4. Brown & Ryan
5. Ghorbani, Watson & Weathington

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.27]

جدول ۱: داده‌های جمعیت شناختی مربوط به شرکت‌کنندگان پژوهش

متغیرهای جمعیت شناختی		فراوانی	درصد
وضعیت تأهل	متأهل	۱۰۴	۴۱/۱
	مجرد	۶۳	۲۴/۹
	جداشده	۷۳	۲۸/۹
	نامشخص	۱۳	۵/۱
تحصیلات	بی‌سواد	۲۱	۸/۳
	سیکل	۸۶	۳۴
	دیپلم	۹۲	۳۶/۴
	فوق‌دیپلم	۲۵	۹/۹
	لیسانس	۶	۲/۴
	فوق‌لیسانس	۱	۰/۴
	نامشخص	۲۲	۸/۷
وضعیت اقتصادی	بالا	۱۲	۴/۷
	متوسط به بالا	۴۰	۱۵/۸
	متوسط	۱۰۴	۴۱/۱
	متوسط به پایین	۵۹	۲۳/۳
	پایین	۲۷	۱۰/۷
	نامشخص	۱۱	۴/۳
نوع ماده مصرفی	محرک	۱۳۹	۵۴/۹
	مواد افیونی	۳۴	۱۳/۴
	حشیش	۹	۳/۶
	توهم‌زاها	۴	۱/۶
	الکل	۲	۰/۸
	چند ماده	۴۹	۱۹/۴
	نامشخص	۱۶	۶/۳

در جدول ۲ یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است. برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها از شاخص‌های کجی و

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.27]

کشیدگی[1] استفاده شد (جدول ۲). با توجه به اینکه زیربنای مدل‌یابی مبتنی بر ماتریس همبستگی نمونه است، در جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف و ضریب همبستگی پیرسون مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیرها	رویدادهای استرس‌زا	تاب‌آوری	ذهن آگاهی	پریشانی روان‌شناختی
رویدادهای استرس‌زا	–			
تاب‌آوری	−۰/۰۸	–		
ذهن آگاهی	−۰/۳۷**	۰/۳۴**	–	
پریشانی روان‌شناختی	۰/۳۶**	−۰/۴۶**	−۰/۶۴**	–
میانگین	۴/۳۹	۷۷/۴۴	۵۰/۰۷	۱۴/۲۶
انحراف استاندارد	۳/۰۹	۱۹/۰۸	۱۰/۳۸	۷/۷۴
کجی	۰/۳۷	۰/۳۲	۰/۰۶	۰/۲۷
کشیدگی	−۰/۵۷	−۰/۳۹	−۰/۴۱	−۰/۳۸

میانگین متغیرهای رویدادهای استرس‌زا، تاب‌آوری، ذهن آگاهی و پریشانی روان‌شناختی به ترتیب ۴/۳۹، ۷۷/۴۴، ۵۰/۰۷ و ۱۴/۲۶ بود. نتایج شاخص‌های کجی و کشیدگی حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بودند. متخصصان آمار ±۱ را به‌عنوان انحراف از نرمال بودن گزارش کرده‌اند (میرز و همکاران، ۲۰۱۶). نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین رویدادهای استرس‌زا با ذهن آگاهی و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد رابطه وجود دارد (p<۰/۰۱)، اما بین رویدادهای استرس‌زا و تاب‌آوری رابطه وجود ندارد (p>۰/۰۵). بین تاب‌آوری با ذهن آگاهی و پریشانی روان‌شناختی رابطه وجود دارد (p<۰/۰۱). همچنین بین ذهن آگاهی و پریشانی روان‌شناختی رابطه وجود دارد (p<۰/۰۱). نتایج مربوط به پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی بر اساس رویدادهای استرس‌زا و تاب‌آوری زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد در جدول ۳ ارائه شده است. جهت بررسی مفروضه عدم وجود خودهمبستگی در خطاهای پژوهش، از آماره دوربین-واتسون[2] استفاده شد که مقدار آن ۱/۶۸ به‌دست آمد؛ ازآنجاکه

1. Skewness & Kurtosis
2. Durbin-Watson

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.27]

مقدار موردنظر در دامنه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد می‌توان گفت مفروضه عدم وجود خودهمبستگی مورد تأیید است. همچنین مفروضه همخطی با استفاده از ضریب تحمل[1] و عامل تورم واریانس[2] بررسی شد. نتایج نشان داد مفروضه همخطی محقق شده است؛ زیرا مقدار ضریب تحمل در تمامی متغیرها به عدد یک (t=۰/۹۹۳) نزدیک بود و مقادیر عامل تورم واریانس (VIF=۱/۰۰۷) در همه آن‌ها از حد بحرانی ۲ کمتر بود.

جدول ۳: پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی بر اساس رویدادهای استرس‌زا و تاب‌آوری

همبستگی چندگانه	ضریب تعیین	خطای استاندارد	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۰/۵۶	۰/۳۱	۴۱/۷۷	۳۷/۷۲	۳	۲۴۹	۰/۰۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که رویدادهای استرس‌زا و تاب‌آوری پیش‌بینی کننده پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد هستند (p<۰/۰۱، F= ۳۷/۷۲، R^2= ۰/۳۱). در جدول ۴ نقش تعدیل‌کننده تاب‌آوری در رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و پریشانی روان‌شناختی بررسی شده است.

جدول ٤: نقش تعدیل‌کننده تاب‌آوری در رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و پریشانی روان‌شناختی

مدل	ضریب	خطای استاندارد	اماره t	سطح معناداری
ثابت	۲۳/۳۷	۳/۳۰	۷/۰۸	۰/۰۰۰۱
رویدادهای استرس‌زا	۰/۹۹	۰/۵۶	۱/۷۵	۰/۰۸
تاب‌آوری	-۰/۱۶	۰/۰۴۰	-۴/۰۷	۰/۰۰۰۱
رویدادهای استرس‌زا* تاب‌آوری	-۰/۰۰۲	۰/۰۰۶	-۰/۳۲	۰/۷۵

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تاب‌آوری تعدیل‌کننده رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد نیست (p>۰/۰۵). در ادامه، نتایج مربوط به پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی بر اساس رویدادهای استرس‌زا و ذهن‌آگاهی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد در جدول ۵ ارائه شده است. جهت بررسی مفروضه عدم وجود خودهمبستگی در خطاهای پژوهش، از آماره دوربین-واتسون استفاده شد که مقدار

1. Tolerance
2. Variance Inflation Factor (VIF)

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.27]

آن ۱/۶۲ به‌دســـت آمد؛ ازآنجاکه مقدار موردنظر در دامنه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد می‌توان گفت مفروضـه عدم وجود خودهمبستگی مورد تأیید اسـت. همچنین مفروضـه همخطی با اسـتفاده از ضـریب تحمل و عامل تورم واریانس بررسـی شـد. نتایج نشـان داد مفروضـه همخطی محقق شـــده اســـت؛ زیرا مقدار ضـــریب تحمل در تمامی متغیرها به عدد یک (t=۰/۸۶۴) نزدیک بود و مقادیر عامل تورم واریانس (VIF=۱/۱۵) در همه آن‌ها از حد بحرانی ۲ کمتر بود.

جدول ۵: پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی بر اساس رویدادهای استرس‌زا و ذهن‌آگاهی

همبستگی چندگانه	ضریب تعیین	خطای استاندارد	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۰/۶۶	۰/۴۳	۳۴/۴۴	۶۳/۴۰	۳	۲۴۹	۰/۰۱

نتایج جدول ۵ نشـــان می‌دهد که رویدادهای اســـترس‌زا و ذهن‌آگاهی پیش‌بینی‌کننده پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد هستند (p<۰/۰۱، F= ۶۳/۴، ۰/۴۳ =R^2). در جدول ۶ نقش تعدیل‌کننده ذهن‌آگاهی در رابطه بین رویدادهای اســـترس‌زا و پریشانی روان‌شناختی بررسی شده است.

جدول ٦: نقش تعدیل‌کننده ذهن آگاهی در رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و پریشانی روان‌شناختی

مدل	ضریب	خطای استاندارد	آماره t	سطح معناداری
ثابت	۲۸/۵۹	۳/۳۵	۸/۵۴	۰/۰۰۰۱
رویدادهای استرس‌زا	۱/۷۵	۰/۶۱	۲/۸۷	۰/۰۰۴
ذهن آگاهی	-۰/۳۲	۰/۰۶	-۵/۲۹	۰/۰۰۰۱
رویدادهای استرس‌زا* ذهن آگاهی	-۰/۰۳	۰/۰۱	-۲/۳۴	۰/۰۲

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد ذهن‌آگاهی تعدیل‌کننده رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد است (p<۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش تعدیل‌کننده تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی در رابطه بین رویدادهای اسـترس‌زا و پریشـانی روان‌شـناختی زنان مبتلا به اختلال مصـرف مواد بود. نتایج این پژوهش همســو با یافته‌های قبلی (گارلند و همکاران، ۲۰۱۳؛ هیوارد و همکاران،

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.27]

۲۰۲۰؛ لیو[1] و همکاران، ۲۰۱۹؛ مین و همکاران، ۲۰۰۷؛ مریک و همکاران، ۲۰۱۷؛ ولف و کاراواکا سانچز، ۲۰۱۹) نشان داد که بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و پریشانی روان‌شناختی همبستگی وجود دارد. پژوهش‌های فوق در مورد بزرگسالان و نوجوانان غیر مبتلا به اختلال مصرف مواد انجام شده است، اما پژوهش حاضر در مورد گروهی از زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد انجام شده است. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد که رویدادهای استرس‌زای بیشتری در زندگی خود تجربه کرده‌اند، پریشانی روان‌شناختی شدیدتری را تجربه می‌کنند. رویدادهای استرس‌زا یا آسیب‌زای زندگی سبب فعال شدن محور هیپوتالاموس هیپوفیز آدرنال و سیستم عصبی خودمختار همراه با عوامل شناختی منفی مرتبط با رویداد استرس‌زا (مثل نشخوار فکری) در غیاب رفتارهای مقابله‌ای بهنجار می‌شوند. مواجهه طولانی‌مدت و مکرر با استرس و رویدادهای آسیب‌زا سبب مختل شدن مکانیسم‌های خودتنظیمی و بار آلوستاتیک در نواحی از مغز ازجمله قشر پیش پیشانی و آمیگدال می‌شود؛ ازاین‌رو مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی می‌تواند منجر به رفتار ناسازگار یا خود تخریب‌گر ازجمله اختلال مصرف مواد و پریشانی روان‌شناختی شود (گارلند و همکاران، ۲۰۱۳).

نتایج این پژوهش همسو با تحقیقات قبلی نشان داد که بین ذهن‌آگاهی و پریشانی روان‌شناختی (ما و فنگ، ۲۰۱۹؛ چن و همکاران، ۲۰۲۱؛ مک‌کین و همکاران، ۲۰۲۱؛ کنورسانو و همکاران، ۲۰۲۰؛ هارستن و مدودف، ۲۰۲۱) رابطه وجود دارد. افرادی که ذهن‌آگاهی بیشتری دارند، پریشانی روان‌شناختی کمتری را تجربه می‌کنند. پژوهش‌های فوق در مورد دانش‌آموزان (ما و فنگ، ۲۰۱۹؛ چن و همکاران، ۲۰۲۱)، دانشجویان (مک‌کین و همکاران، ۲۰۲۱؛ هارستن و مدودف، ۲۰۲۱) و بزرگسالان (کنورسانو و همکاران، ۲۰۲۰) انجام شده است، اما پژوهش حاضر در مورد گروهی از زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد انجام شده است. دوپری و همکاران (۲۰۱۸) و مک‌کین و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و ذهن‌آگاهی دانشجویان رابطه وجود دارد. السیس و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان دادند که بین آسیب دوران کودکی و

1. Liu

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.27]

ذهن‌آگاهی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی رابطه وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد که رویدادهای استرس‌زای بیشتری در زندگی خود تجربه کرده‌اند، ذهن‌آگاهی کمتری را تجربه می‌کنند. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد که ذهن آگاهی بیشتری در زندگی خود دارند، پریشانی روان‌شناختی کمتری را تجربه می‌کنند. ذهن آگاهی می‌تواند استرس ناشی از رویدادهای استرس‌زا و پاسخ‌های واکنشی به استرس را کاهش دهد و از این طریق سبب افزایش سلامت جسمی و روانی افراد و درنتیجه کاهش پریشانی روان‌شناختی آن‌ها شود (ولی خانی[1] و همکاران، ۲۰۲۰). ذهن‌آگاهی از طریق توجه هدفمند، در لحظه حال و بدون قضاوت به‌عنوان یک عامل مؤثر در برابر اشکال مختلف پریشانی روان‌شناختی و همچنین گرایش ناسازگار به سرکوب، اجتناب یا اشتغال بیش‌ازحد با افکار و هیجان‌های پریشان کننده عمل می‌کند (کنگ و همکاران، ۲۰۱۱).

همچنین، نتایج نشان داد که ذهن‌آگاهی، تعدیل‌کننده رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد است. اگرچه پژوهشی همسو با نتایج این پژوهش مشاهده نشد، اما نتایج پژوهش‌های قبلی نشان داده است که ذهن آگاهی تعدیل‌کننده رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و استرس ادراک‌شده با مشکلات روان‌شناختی و بهداشت روان افراد است. برای مثال مک‌کین و همکاران (۲۰۲۱) گزارش کردند که ذهن آگاهی تعدیل‌کننده رابطه بین تجارب نامطلوب کودکی و افسردگی در دانشجویان است. لو[2] و همکاران (۲۰۱۹) دریافتند که ذهن‌آگاهی تعدیل‌کننده رابطه بین استرس ادراک‌شده و پیامدهای بهداشت روانی (افسردگی، اضطراب) پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه است. گائو و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که ذهن‌آگاهی تعدیل‌کننده رابطه بین اضطراب و کیفیت خواب افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد است. ریدر (۲۰۱۹) دریافتند که ذهن‌آگاهی تعدیل‌کننده رابطه بین اضطراب اجتماعی، انگیزه‌های مقابله و پیامدهای مرتبط با مواد هستند. نتایج این پژوهش نشان داد که ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک عامل محافظت‌کننده در برابر پریشانی روان‌شناختی عمل می‌کند.

1. Valikhani
2. Lu

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.27]

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت که ذهن‌آگاهی یک منبع شناختی است که ابزارهای لازم جهت مواجهه با عوامل استرس‌زا و همچنین مقابله با استرس را به روش‌های کارآمد فراهم می‌سازد، لذا افزایش یا کاهش آن می‌تواند به تبیین رابطه بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و پریشانی روان‌شناختی کمک کند. ذهن‌آگاهی یک عامل حمایت‌کننده و محافظت‌کننده مهم برای افراد دارای سابقه رویدادهای استرس‌زا ازجمله تجارب نامطلوب دوران کودکی است (مک‌کین و همکاران، ۲۰۲۱). این آگاهی از طریق توجه هدفمند، در لحظه حال و بدون قضاوت به‌عنوان یک عامل مؤثر در برابر اشکال مختلف پریشانی روان‌شناختی ازجمله اضطراب، نگرانی، نشخوار فکری، ترس و خشم و همچنین گرایش ناسازگار به سرکوب، اجتناب یا اشتغال بیش‌ازحد با افکار و هیجان‌های پریشان کننده عمل می‌کند (کنگ و همکاران، ۲۰۱۱). کنورسانو و همکاران (۲۰۲۰) دریافتند که ذهن‌آگاهی یک عامل محافظت‌کننده در برابر شدت پریشانی روانی است. به علاوه، به‌عنوان یک منبع روان‌شناختی به مقابله و مدیریت رویدادهای استرس‌زا کمک می‌کند. ذهن آگاهی می‌تواند استرس ناشی از رویدادهای استرس‌زا و پاسخ‌های واکنشی مرتبط با آن را کاهش دهد و از این طریق سبب افزایش سلامت جسمی و روانی و درنتیجه کاهش پریشانی روان‌شناختی افراد شود (ولی خانی و همکاران، ۲۰۲۰). دوپری و همکاران (۲۰۱۸) معتقدند که می‌توان رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و ذهن‌آگاهی را بر اساس نظریه کنترل خود تبیین کرد. آن‌ها معتقدند مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی می‌تواند منابع شناختی را از بین ببرد و سبب کاهش توانایی افراد برای ذهن‌آگاه بودن شود. از طرف دیگر، افراد ذهن‌آگاه توانایی بیشتری جهت مواجهه با عوامل استرس‌زا دارند که خود می‌تواند رابطه بین استرس و پیامدهای نامطلوب مرتبط با بهداشت روان را تعدیل کند (لو و همکاران، ۲۰۱۹). کافی و هارتمن[1] (۲۰۰۸) بیان کردند که ذهن‌آگاهی اثر خوبی بر تنظیم هیجان (تغییر افکار یا رفتارهای مرتبط با منابع پریشانی یا مقابله بهتر با آن) دارد و همچنین سبب کاهش نشخوار فکری می‌شود. درمجموع ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک عامل تعدیل‌کننده، حمایت‌کننده یا مشابه یک سپر سبب کاهش پریشانی

1. Coffey & Hartman

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.27]

روان‌شـــناختی زنان مبتلا به اختلال مصـــرف مواد پس از تجربه رویدادهای اســـترس‌زای زندگی می‌شود.

نتایج این پژوهش برخلاف یافته‌های قبلی (افشـــاری و امین، ۱۳۹۷) نشـــان داد که بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و تاب‌آوری رابطه‌ای وجود ندارد. افشاری و امین (۱۳۹۷) دریافتند که زنان مبتلا به اختلال مصـــرف مواد رویدادهای اســـترس‌زای بیشـــتر و در مقابل تاب‌آوری کمتری را تجربه می‌کنند. نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که تاب‌آوری تعدیل‌کننده رابطه بین رویدادهای اسـترس‌زا و پریشـانی روان‌شـناختی زنان مبتلا به اختلال مصـرف مواد نیسـت. وانگ و همکاران (۲۰۱۹) دریافتند که تاب‌آوری تعدیل‌کننده رابطه بین اسـترس ادراک‌شـده و افسـردگی در مصـرف‌کنندگان هروئین نیسـت، اما در پژوهش اخیر اســترس ادراک‌شـــده بررســـی‌شـــده اســـت، درحالی‌که در پژوهش حاضـــر فراوانی رویدادهای اسـترس‌زای زندگی مدنظر بوده اسـت. پژوهش‌های مختلف دیگر نشـان دادند که تاب‌آوری تعدیل‌کننده رابطه بین رویدادهای اســـترس‌زا با ســـلامت جمعیت عمومی (تیراکو، ۲۰۲۰)، افســـردگی بعدی در بزرگســـالان مســـن‌تر (داســـیلوا-ســـائر و همکاران، ۲۰۲۱)، اختلال اســـترس پس از ســـانحه پناهندگان مواجه شـــده با آســـیب جنگ (فینو و همکاران، ۲۰۲۰)، مصرف مواد در مردان جوان اقلیت جنسی (گامارل و همکاران، ۲۰۱۹)، افســـردگی پس از زایمان (جولیان و همکاران، ۲۰۲۱) و کیفیت خواب دانشـــجویان (لی و همکاران، ۲۰۱۹) اســـت، اما پژوهش‌های اخیر در مورد جمعیت عمومی، بزرگســـالان مسـن‌تر، پناهندگان مواجه شـده با آسـیب جنگ، مردان جوان اقلیت جنسـی، زنان باردار و دانشـــجویان انجام شـــده اســـت. از طرف دیگر، این پژوهش در مورد زنان مبتلابه اختلال مصـــرف مواد و طی همه‌گیری کووید ۱۹ انجام شـــده اســـت. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت اگرچه تاب‌آوری به فرآیند، توانایی یا پیامد ســـازگاری موفقیت‌آمیز با شـــرایط تهدیدکننده یا چالش‌برانگیز (گارمزی و ماســـتن، ۱۹۹۱)، ســـازگاری یا مدیریت منابع استرس یا آسیب (ویندل، ۲۰۱۱) و یا راهبرد انطباقی برای مقابله با استرس (داسیلوا-سائر و همکاران، ۲۰۲۱) اشـــاره دارد، اما به‌عنوان یک عامل تعدیل‌کننده، حمایت کنند یا مشـــابه

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.27]

یک سپر سبب کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد پس از تجربه رویدادهای استرس‌زای زندگی نمی‌شود.

درمجموع نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک عامل محافظت‌کننده نقش مهمی در رابطه بین رویدادهای استرس‌زا و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد دارد. از طرف دیگر می‌توان از رویکردهای درمانی یا آموزشی متمرکز بر ذهن‌آگاهی ازجمله ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس برای کاهش پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد استفاده کرد. محدودیت اول این پژوهش مقطعی بودن آن است؛ عاملی که اجازه تبیین علت و معلولی نمی‌دهد. پژوهش‌های آتی می‌توانند با استفاده از پژوهش‌های طولی به تبیین روابط علت و معلولی بین متغیرهای پژوهش بپردازند. دوم، این پژوهش در مورد زنان مبتلابه اختلال مصرف مواد و طی همه‌گیری کووید ۱۹ انجام شد، لذا امکان تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها وجود ندارد. سوم، برای بررسی متغیرهای پژوهش از ابزارهای خود گزارشی استفاده شد. در این روش احتمال سوگیری در نتایج به سبب تائید یا مطلوبیت اجتماعی در شرکت‌کنندگان وجود دارد. پژوهش‌های آتی می‌توانند از سایر روش‌ها برای بررسی متغیرهای پژوهش استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

از کلیه زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد شرکت‌کننده در این پژوهش، اداره کل بهزیستی خراسان رضوی و همچنین معاونت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور تقدیر و تشکر می‌گردد.

منابع

افشاری، افروز و امین، راضیه (۱۳۹۷). نقش تشخیصی رویدادهای استرس‌زا، تاب‌آوری و ناگویی هیجانی در اعتیاد زنان. *مطالعات روانشناختی*، ۱۴(۲)، ۱۲۴-۱۰۹.

خاموشی قلعه نویی، صنم و منصوری، احمد (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خود شفقت ورزی و خود انتقادی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی. *اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۲۳۷-۲۵۴.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.27]

رحمتی، زهرا؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا و جهانگیری، محمدمهدی (۱۴۰۰). ررسی نقش تعدیل کننده شفقت به خود در رابطه بین تاب آوری در برابر استرس و وسوسه مصرف مواد در مردان وابسته به مواد. *اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۲۷۶-۲۵۳.

زارعی، سلمان (۱۴۰۱). تعارض زناشویی والدین و گرایش به سوءمصرف مواد نوجوانان: نقش تعدیل کننده افسردگی و ذهن آگاهی. *اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۳)، ۲۶۶-۲۴۵.

طاهری فرد، مینا و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۶). نقش ذهن آگاهی، تحمل آشفتگی و حافظه هیجانی در پیش بینی بازگشت و پیروی از درمان در سوء مصرف کنندگان مواد. *اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۳)، ۲۳۴-۲۱۱.

عظیمی، حکیم و سلیمانی، اسماعیل (۱۳۹۹). مقایسه پریشانی روان شناختی، تکانشگری و تیپ شخصیتی D بین دانشجویان دارای نگرش مثبت و منفی به اعتیاد. *اعتیاد پژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۱۵۱- ۱۷۰.

یعقوبی، حمید (۱۳۹۴). ویژگی‌های روانسنجی نسخه ۱۰ سوالی پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر. *پژوهش‌های کاربردی روانشناسی*، ۶(۴)، ۵۷-۴۵.

References

Adams, C. E., Cano, M. A., Heppner, W. L., Stewart, D. W., Correa-Fernández, V., Vidrine, J. I., Li, Y., Cinciripini, P. M., Ahluwalia, J. S., & Wetter, D. W. (2015). Testing a moderated mediation model of mindfulness, psychosocial stress, and alcohol use among African American smokers. *Mindfulness*, 6(2), 315-325.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (*5rd ed). US: American Psychiatric Association.

Bowen, S., De Boer, D., & Bergman, A. L. (2017). The role of mindfulness as approach-based coping in the PTSD-substance abuse cycle. *Addictive behaviors*, 64, 212-216.

Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84, 822-848.

Chen, X., He, J., Fan, X., & Cai, Z. (2021). Attachments, dispositional mindfulness, and psychological distress: A mediation analysis. *Current psychology*, 40(4), 1651-1659.

Chiracu, A. (2019). The role of resilience in the relationship between stressful life events and health in a Romanian sample. *Romanian journal of applied psychology*, 21(2), 61-66.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.27]

Coffey, K. A., & Hartman, M. (2008). Mechanisms of action in the inverse relationship between mindfulness and psychological distress. *Complementary health practice review*, 13(2), 79-91.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.

Conversano, C., Di Giuseppe, M., Miccoli, M., Ciacchini, R., Gemignani, A., & Orrù, G. (2020). Mindfulness, age and gender as protective factors against psychological distress during COVID-19 pandemic. Frontiers in Psychology, 11(1900), 1-9.

Da Silva-Sauer, L., Lima, T., Da Fonsêca, É., De la Torre-Luque, A., Yu, X., & Fernández-Calvo, B. (2021). Psychological resilience moderates the effect of perceived stress on late-life depression in community-dwelling older adults. *Trends in psychology*, 29(4), 670-683.

Duprey, E. B., McKee, L. G., O'Neal, C. W., & Algoe, S. B. (2018). Stressful life events and internalizing symptoms in emerging adults: The roles of mindfulness and gratitude. *Mental health and prevention*, 12, 1-9.

Elices, M., Pascual, J. C., Carmona, C., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Ruiz, E., Gomà-I-Freixanet, M., Pérez, V., & Soler, J. (2015). Exploring the relation between childhood trauma, temperamental traits and mindfulness in borderline personality disorder. *BMC psychiatry*, 15(1), 1-7.

Fino, E., Mema, D., & Russo, P. M. (2020). War trauma exposed refugees and posttraumatic stress disorder: The moderating role of trait resilience. *Journal of psychosomatic research*, 129, 1-10.

Gamarel, K. E., Nelson, K. M., Heinze, J., Chiaramonte, D. M., Miller, R. L., & Adolescent Medicine Trials Network for HIV/AIDS Interventions (2019). The moderating role of resilience resources in the association between crime exposure and substance use among young sexual minority men. *Substance use & misuse*, 54(11), 1787–1798.

Gao, T., Mei, S., Li, M., Arcy, C. D., & Meng, X. (2022). Roles of psychological distress and social support in the relationship between childhood maltreatment and perceived needs for mental health care. *Journal of interpersonal violence*, 37(15-16), 14089-14116.

Garland, E. L., Pettus-Davis, C., & Howard, M. O. (2013). Self-medication among traumatized youth: structural equation modeling of pathways between trauma history, substance misuse, and psychological distress. *Journal of behavioral medicine*, 36(2), 175-185.

Garmezy, N., & Masten, A. S. (1991). *The protective role of competence indicators in children at risk.* In: Cummings, E. M., Greene, A. L., Karraker, K. H. (Eds), *Life-span developmental psychology.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.27]

Gelernter, J., & Polimanti, R. (2021). Genetics of substance use disorders in the era of big data. *Nature reviews genetics*, 22(11), 712-729.

Ghorbani, N., Watson, P. J., & Weathington, B. L. (2009). Mindfulness in Iran and the United States: Cross-cultural structural complexity and parallel relationships with psychological adjustment. *Current psychology*, 28(4), 211-224.

Goodman, L. A., Corcoran, C., Turner, K., Yuan, N., & Green, B. L. (1998). Assessing traumatic event exposure: general issues and preliminary findings for the Stressful Life Events Screening Questionnaire. *Journal of traumatic stress*, 11(3), 521-542.

Green, B. L., Chung, J. Y., Daroowalla, A., Kaltman, S., & Debenedictis, C. (2006). Evaluating the cultural validity of the stressful life events screening questionnaire. *Violence against women*, 12(12), 1191-1213.

Hartstone, J. M., & Medvedev, O. N. (2021). The role of mindfulness and life satisfaction in psychological distress during the COVID-19 Lockdown in New Zealand: A Quasi-experimental Study. *Mindfulness*, 12(11), 2693-2706.

Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Hayward, L. E., Vartanian, L. R., Kwok, C., & Newby, J. M. (2020). How might childhood adversity predict adult psychological distress? Applying the Identity Disruption Model to understanding depression and anxiety disorders. *Journal of affective disorders*, 265, 112-119.

Julian, M., Le, H. N., Coussons-Read, M., Hobel, C. J., & Dunkel Schetter, C. (2021). The moderating role of resilience resources in the association between stressful life events and symptoms of postpartum depression. *Journal of affective disorders*, 293, 261-267.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical psychology: science and practice*, 10(2), 144–156.

Karyadi, K. A., VanderVeen, J. D., & Cyders, M. A. (2014). A meta-analysis of the relationship between trait mindfulness and substance use behaviors. *Drug and alcohol dependence*, 143, 1-10.

Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical psychology review*, 31(6), 1041-1056.

Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*, 32(6), 959-976.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.27]

Lepera, N. (2011). Relationships between boredom proneness, mindfulness, anxiety, depression, and substance use. *The new school psychology bulletin*, 8, 15-25.

Li, Y., Gu, S., Wang, Z., Li, H., Xu, X., Zhu, H., Deng, S., Ma, X., Feng, G., Wang, F., & Huang, J. H. (2019). Relationship between stressful life events and sleep quality: Rumination as a mediator and resilience as a moderator. *Frontiers in psychiatry*, 10(348), 1-10.

Liu, W. J., Zhou, L., Wang, X. Q., Yang, B. X., Wang, Y., & Jiang, J. F. (2019). Mediating role of resilience in relationship between negative life events and depression among Chinese adolescents. *Archives of psychiatric nursing*, 33(6), 116-122.

Lu, F., Xu, Y., Yu, Y., Peng, L., Wu, T., Wang, T., Liu, B., Xie, J., Xu, S., & Li, M. (2019). Moderating effect of mindfulness on the relationships between perceived Stress and Mental Health Outcomes Among Chinese Intensive Care nurses. *Frontiers in psychiatry*, 10(260), 1-12.

Ma, Y., & Fang, S. (2019). Adolescents' mindfulness and psychological distress: The mediating role of emotion regulation. *Frontiers in psychology*, 10(1358), 1-10.

Mallik, D., Kaplan, J., Somohano, V., Bergman, A., & Bowen, S. (2021). Examining the role of craving, mindfulness, and psychological flexibility in a sample of individuals with substance use disorder. *Substance use & misuse*, 56(6), 782-786.

McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E., & Greenfield, S. F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical psychology review*, 66, 12-23.

McKeen, H., Hook, M., Podduturi, P., Beitzell, E., Jones, A., & Liss, M. (2021). Mindfulness as a mediator and moderator in the relationship between adverse childhood experiences and depression. *Current psychology*, 40(6), 1-11.

Merrick, M. T., Ports, K. A., Ford, D. C., Afifi, T. O., Gershoff, E. T., & Grogan-Kaylor, A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child abuse & neglect*, 69, 10-19.

Meyers, L.S., Gamst, G. C., & Guarino, A. J. (2016). *Applied multivariate research: Design and interpretation* (3rd ed*)*. Thousand Oaks, CA, USA: SAGE

Min, M., Farkas, K., Minnes, S., & Singer, L. T. (2007). Impact of childhood abuse and neglect on substance abuse and psychological distress in adulthood. *Journal of traumatic stress*, 20(5), 833-844.

Nguyen, L. H., Tran, B. X., Nguyen, H., Nguyen, C. T., Hoang, C. D., Le, H. Q., Van Nguyen, H., Le, H. T., Tran, T. D., Latkin, C. A., & Vu, T. (2017). Psychological distress among methadone maintenance patients in vietnamese mountainous areas. *AIDS and behavior*, 21(11), 3228-3237.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.27]

Raeder, C. A. (2019). *Examining trait mindfulness as a moderator of the mediating relationship between social anxiety, coping motives, and substance-related consequences.* [Master's thesis, The Psychology, Norfolk's Old Dominion University].

Sopheab, H., Suy, S., Chhea, C., Chhit, S., Mun, P., & Bui, T. C. (2020). Psychological distress among Cambodian people who use drugs. *Drug and alcohol review*, 39(1), 66-70.

Tian, X., Jin, Y., Chen, H., Tang, L., & Jiménez-Herrera, M. F. (2021). Relationships among social support, coping style, perceived stress, and psychological distress in chinese lung cancer patients. *Asia-pacific journal of oncology nursing*, 8(2), 172-179.

Trucco, E. M. (2020). A review of psychosocial factors linked to adolescent substance use. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*, 196, 1-35.

Valikhani, A., Kashani, V. O., Rahmanian, M., Sattarian, R., Rahmati Kankat, L., & Mills, P. J. (2020). Examining the mediating role of perceived stress in the relationship between mindfulness and quality of life and mental health: Testing the mindfulness stress buffering model. *Anxiety, stress coping*, 33(3), 311-325.

VandenBos, G. R. (2015). *APA dictionary of psychology* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Wang, L., Xu, B., Gu, Y., Zhu, J., & Liang, Y. (2019). The mediating and moderating effects of resilience on the relationship between perceived stress and depression in heroin addicts. *Journal of community psychology*, 47(3), 495-503.

Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in clinical gerontology*, 21(2), 152-169.

Wolff, N., & Caravaca Sánchez, F. (2019). Associations among psychological distress, adverse childhood experiences, social support, and resilience in incarcerate men. *Criminal justice and behavior*, 46(11), 1630-1649.

Yi, S., Tuot, S., Chhoun, P., Pal, K., Choub, S. C., & Mburu, G. (2016). Prevalence and correlates of psychological distress among drug users in Phnom Penh, Cambodia. *The international journal on drug policy*, 36, 25-32.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.27]