فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هفدهم، شماره هفتاد، ص۵۴-۳۱، زمستان ۱۴۰۲
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 17, No. 70, P 31-54, Winter 2024

مقاله پژوهشی
Research Article

نقش واسطه‌ای خودمهارگری در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و ولع مصرف مواد در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون

زینب رهبر کنارسری[۱]، فرزانه رنجبر نوشری[۲]، مجید برادران [۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۱/۰۶

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای خودمهارگری در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و ولع مصرف مواد در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شد. **روش:** روش پژوهش توصیفی-همبستگی از نوع مدل معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل بیماران وابسته به مواد تحت درمان با متادون مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر کوچصفهان در سال ۱۴۰۲ بود که از این میان ۳۰۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، مقیاس خودمهارگری و پرسشنامه ولع مصرف بود. به منظور تحلیل مدل پژوهش از مدل معادلات ساختاری استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که تجارب آسیب‌زای کودکی بر ولع مصرف و خودمهارگری اثر مستقیم و معناداری داشت. همچنین، خودمهارگری در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و ولع مصرف نقش واسطه‌ای معناداری داشت و مدل از برازش مطلوبی برخوردار بود. **نتیجه‌گیری:** طبق نتایج به‌دست آمده، تجارب آسیب‌زای دوران کودکی با اثرگذاری بر خودمهارگری، نقش مهمی را در ولع مصرف بیماران تحت درمان با متادون داشت. این یافته‌ها می‌تواند به عنوان یک مدل سودمند مورد استفاده قرار گیرد و در درمان مصرف و ولع مصرف مواد به نقش تجارب آسیب‌زای کودکی و خودمهارگری توجه بیشتری شود.

کلیدواژه‌ها: خودمهارگری، تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، ولع مصرف، متادون

۱. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران..
۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. پست الکترونیک: ranjbar@pnu.ac.ir
۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]

مقدمه

اعتیاد یک اختلال عودکننده مزمن است که با علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی از جمله اجبار به مصرف دارو، از دست دادن کنترل بر مصرف و مصرف مداوم علیرغم مشکلات مربوط به مواد مشخص می‌شود (مارتینی، فرگنا، بوسیا، پروزی و کاوالارو[1]، ۲۰۲۲) و می‌تواند فرد را در معرض آسیب‌های جسمانی و روانی قرار دهد (راچکین، کوپوسو، اولند، کلینتبرگ و گریکورینکو[2]، ۲۰۲۱). برآوردهای اخیر حاکی از آن است که تقریباً ۳۵ میلیون نفر در سراسر جهان از اختلالات مصرف مواد[3] رنج می‌برند (دفتر مبارزه با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد[4]، ۲۰۱۹). تا به امروز راهکارهای درمانی مختلفی برای قطع وابستگی روانی و جسمانی به مواد مخدر به وجود آمده است. متادون یکی از پرکاربردترین درمان‌های دارویی محسوب می‌شود. سازمان بهداشت جهانی متادون را به عنوان یک داروی مهم در دهه‌های پیشین معرفی کرده است (خاراچ و گرینبالت[5]، ۲۰۱۹). این دارو به صورت خوراکی در جهت کاهش علائم ترک استفاده می‌شود (لی[6] و همکاران، ۲۰۱۹) و یک داروی آگونیست به شمار می‌آید؛ زیرا خاصیتی شبیه به مواد افیونی دارد و تا حدی می‌تواند تمایل بیماران نسبت به مواد مخدر را کاهش دهد (مک‌نیل، برانیل، اسکیلدینگ و دی‌توماس[7]، ۲۰۲۱). اما برخلاف داروهای غیرمجاز، متادون دارای سرعت آهسته‌ای برای ورود به مغز است که اثرات مفید مواد را محدود می‌کند و نتیجه طولانی‌تری دارد. ورود آهسته آن امکان پیشگیری از ولع[8] و علائم ترک را فراهم می‌کند (ولکو، جونز، انیشتین و وارگو[9]، ۲۰۱۹).

ولع مصرف یکی از ویژگی‌های اصلی اعتیاد است و در حال حاضر به عنوان بخشی از معیارهای تشخیصی برای اختلالات مصرف مواد در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری

1. Martini, Fregna, Bosia, Perrozzi & Cavallaro
2. Ruchkin, Koposov, Oreland, Klinteberg & Grigorenko
3. substance use disorders
4. United Nations Office on Drugs and Crime
5. Kharasch & Greenblatt
6. Le
7. MacNeill, Brunelle, Skelding & DiTommaso
8. craving
9. Volkow, Jones, Einstein & Wargo

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]

اختلالات روانی[1] گنجانده شده است (کلس، کورشن-کراک، بات، میتال و مارینفلد[2]، ۲۰۲۳). سطوح بالاتر ولع مصرف به طور مداوم با بازگشت به مصرف در میان افرادی که تحت درمان اختلال مصرف مواد هستند مرتبط می‌باشد (کاوی‌چیولی، واسنا، مووالی و مافی[3]، ۲۰۲۰) و شدت ولع مصرف بسته به اینکه فرد برای مدت کوتاهی یا طولانی مدت از مصرف مواد مخدر پرهیز کرده باشد، می‌تواند متفاوت باشد (کلیکمپ، ویس و استرین[4]، ۲۰۱۹). ولع به عنوان یک میل مبرم، فوری و غیرقابل مهار برای دادن جای خود به یک رفتار اعتیادآور، با انگیزه‌های درونی و بیرونی، تعریف شده است که در بیشتر موارد منجر به از دست دادن کنترل می‌شود (اسکینر و اوبین[5]، ۲۰۱۰)؛ به گونه‌ای که امکان تفکر بر هر مسئله‌ای غیر از مسئله خواسته شده محال می‌باشد و اگر این وسوسه غیرقابل مهار ارضا نشود، تنش‌های جسمانی و روانی شدیدی بر فرد وارد می‌کند (ویتکیویتز، بوون، داگلاس و هسو[6]، ۲۰۱۳). افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون ممکن است به دلیل وسوسه و ولع نسبت به مواد، متادون را در کنار مواد مخدر به‌طور همزمان استفاده کنند و علاوه بر عدم موفقیت درمانجو در مسیر درمان، آسیب‌های جدی نیز بر سلامتی آن‌ها بگذارد (مک‌نیل و همکاران، ۲۰۲۱). حتی بیمارانی که از این اختلال بهبود می‌یابند پس از سال‌ها پرهیز از مصرف مواد در معرض خطر عود هستند (لویس[7]، ۲۰۱۷). بر این اساس، ولع‌مصرف به عنوان مانعی برای حفظ درمان عمل می‌کند و عدم پایبندی به درمان را پیش‌بینی می‌کند (پانلیلیو[8] و همکاران، ۲۰۱۹)؛ لذا، بررسی عواملی که می‌تواند در ولع‌مصرف مواد نقش داشته باشد حائز اهمیت است.

از جمله متغیرهایی که می‌تواند در ارتباط با ولع‌مصرف مواد مطرح گردد، تجارب آسیب‌زای دوران کودکی است. در سال‌های اخیر، عوامل مرتبط با دوران کودکی به طور

1. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)
2. Cless, Courchesne-Krak, Bhatt, Mittal & Marienfeld
3. Cavicchioli, Vassena, Movalli & Maffei
4. Kleykamp, Weiss & Strain
5. Skinner & Aubin
6. Witkiewitz, Bowen, Douglas & Hsu
7. Lewis
8. Panlilio

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]

فزاینده‌ای با هدف درک چگونگی شروع مسیرهای مصرف و وابستگی به مواد مورد بررسی قرار گرفته‌اند. به طور خاص، علاقه فزاینده‌ای به نقش تجارب نامطلوب و آسیب‌زای دوران کودکی وجود دارد (فولر-تامسون، روآن و برننستول[1]، ۲۰۱۶) که می توانند اثرات طولانی مدت منفی بر سلامت جسمی و روانی داشته باشند (بولیر و بلیر[2]، ۲۰۱۸). بر اساس فرضیه حساسیت به استرس، تجارب آسیب‌زا واکنش افراد را نسبت به استرس بیشتر می‌کند و می‌تواند منجر به مشکلات روانی بزرگتر شود (دیویس[3] و همکاران، ۲۰۲۳). تجارب آسیب‌زای دوران کودکی برای توصیف شیوه‌های مختلف کودک آزاری که شامل سوء استفاده جنسی، عاطفی، جسمی و غفلت و بی‌توجهی است به کار می‌رود (نورمن[4] و همکاران، ۲۰۱۲؛ بک، فلشنهار، برتچ و زتل[5]، ۲۰۲۱). افراد دارای تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، میزان بالاتری از رفتارهای اعتیادگونه را تجربه می‌کنند (مرکود[6] و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین، داشتن سابقه تجارب آسیب‌زای دوران کودکی ممکن است خطر ابتلا به مصرف مواد را افزایش دهد (خوری، تانگ، بردلی، کوبلز و رسلر[7]، ۲۰۱۰؛ وندلند، لبرت، دی اولیویرا و بوجوت[8]، ۲۰۱۷؛ روجرز[9] و همکاران، ۲۰۲۲؛ کاظم‌پور و نادری، ۱۴۰۲). بر اساس نتایج پژوهش‌های پیشین، افرادی که تحت درمان اعتیاد هستند نیز شیوع بیشتری از تجارب آسیب‌زای دوران کودکی نسبت به جمعیت عمومی دارند (استین[10] و همکاران، ۲۰۱۷؛ چندلر، کالماکیس و مورتا[11]، ۲۰۱۸؛ فیلوژن-خالید[12] و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این، لزا، سیریا، لوپز-گونی و فرناندز-مونتالوو[13] (۲۰۲۱) در یک مطالعه مروری با بررسی مطالعات حوزه آسیب‌های دوران کودکی و اختلال مصرف مواد نشان داده‌اند که این خطر یک اثر تجمعی دارد؛ یعنی با

1. Fuller-Thomson, Roane & Brennenstuhl
2. Boullier & Blair
3. Davis
4. Norman
5. Back, Flechsenhar, Bertsch & Zettl
6. Mørkved
7. Khoury, Tang, Bradley, Cubells & Ressler
8. Wendland, Lebert, de Oliveira & Boujut
9. Rogers
10. Stein
11. Chandler, Kalmakis & Murtha
12. Philogene-Khalid
13. Leza, Siria, López-Goñi & Fernández-Montalvo

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]
[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]

افزایش تعداد تجارب آسیب‌زای کودکی، خطر ابتلا به اختلال مصرف مواد در طول زندگی نیز افزایش می‌یابد. نتایج پژوهش گیلن، کرامیک، تکلنبرگ، ندرکورن و هاورمنتس[1] (۲۰۱۶) ارتباط مثبت تجارب آسیب‌زا با مصرف مواد، ولع‌مصرف و عود را نشان داد. بر اساس یافته‌های پژوهش یانلی[2] و همکاران (۲۰۲۲) و بشرپور، احمدی و حیدری (۱۳۹۹) مشخص گردید که بین تجارب آسیب‌زای کودکی و ولع‌مصرف مواد، همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. در پژوهش سانچز و آمارو[3] (۲۰۲۲) نیز مواجهه بیشتر با رویدادهای آسیب‌زا و اختلال در تنظیم هیجان با سطوح بالاتر ولع‌مصرف مواد ارتباط داشت.

یکی دیگر از متغیرهایی که می‌تواند نقش عمده‌ای در ولع مصرف مواد داشته باشد، خودمهارگری[4] است. خودمهارگری توانایی تنظیم افکار، احساسات و اعمال زمانی است که اهداف با ارزش پایدار با اهداف لحظه‌ای رضایت‌بخش‌تر تعارض دارند (داکورث، تاکسر، اسکریس-وینکلر، گالا و گراس[5]، ۲۰۱۹). در نظریه عمومی جرم گاتفردسون و هیرشی[6]، خودمهارگری پایین به عنوان یک ویژگی ایجاد شده در دوران کودکی مطرح شد و آن را به عنوان میزان آسیب‌پذیری فرد در برابر وسوسه‌های لحظه‌ای تعریف کردند. به عقیده آن‌ها، افرادی که از خودمهارگری پایینی برخوردار هستند، تمایل بیشتری به ارتکاب اعمال مجرمانه دارند، بر عملکردشان در مدرسه، کار، سلامت، امور مالی و زندگی شخصی تأثیر نامطلوب می‌گذارند و احتمال بیشتری دارد که درگیر مواد مخدر شوند (لیمبرگ و لهمن[7]، ۲۰۲۲). برخی از پژوهش‌ها خودمهارگری پایین را علت مهم مصرف و عود مصرف مواد، در نظر گرفتند (فورد و بلامنستین[8]، ۲۰۱۳؛ تانگ، پسنر، روتبات و ولکو[9]، ۲۰۱۵؛ واتس و ایراتزوکی[10]، ۲۰۱۹؛ جلیلی، خلعتبری، احدی و قربان

1. Gielen, Krumeich, Tekelenburg, Nederkoorn & Havermans
2. Yanli
3. Sanchez & Amaro
4. self-control
5. Duckworth, Taxer, Eskreis-Winkler, Galla & Gross
6. Gottfredson & Hirschi
7. Leimberg & Lehmann
8. Ford & Blumenstein
9. Tang, Pesner, Rotbat & Velko
10. Watts & Iratzoqui

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]

شـیرودی، ۱۴۰۱). بر اسـاس نتایج پژوهش بشـرپور و همکاران (۲۰۱۴) خودمهارگری شـناختی پیش‌بینی‌کننده ولع‌مصـرف در افراد دارای وابسـتگی به مواد بود. نتایج پژوهش یوسفی، قادری رمازی، ابولقاسمی و دیوسالار (۲۰۱۹) نشان داد که آموزش خودمهارگری بر کاهش ولع‌مصرف مواد در مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی تأثیر بسزایی دارد.

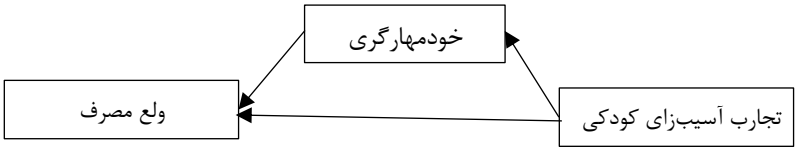
به نظر می‌رسـد خودمهارگری از یک‌سـو با ولع‌مصـرف مواد مرتبط باشـد و از طرف دیگر خودمهارگری پایین می‌تواند پیامد تجارب آسیب‌زا باشد. شواهد در حال ظهور نشان می‌دهد که رویدادهای آسیب‌زای زندگی ساختار و شیمی عصبی مغز را تغییر می‌دهند و در نتیجه منجر به خودتنظیمی ضـعیف می‌شـوند (لاکنر[1] و همکاران، ۲۰۱۸). در مطالعه‌ای که ملدوروم[2] و همکاران (۲۰۲۰) انجام دادند، به این نتیجه رسـیدند که تجربه بیشـتر آسـیب‌های دوران کودکی با خودمهارگری ارتباط منفی دارد. همچنین از نظر آن‌ها، تجارب آسیب‌زای دوران کودکی که منعکس‌کننده بدرفتاری بین‌فردی هستند، نسبت به تجارب آسیب‌زایی که مربوط به جنبه‌های ناکارآمدی در فرزندپروری است، به شدت با نقص در خودمهارگری مرتبط هستند. نتایج پژوهش ژانگ[3] و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که تجارب آسـیب‌زای دوران کودکی با خودمهارگری همبسـتگی منفی و معنادار دارد. چوانگ و پاک[4] (۲۰۲۳) در مطالعه خود به بررسـی تجارب آسـیب‌زای سـال‌های اولیه زندگی و خودمهارگری در سال‌های بعدی زندگی پرداختند. یافته‌های پژوهش آن‌ها نشان داد که تجارب آسـیب‌زای دوران کودکی به‌ویژه حملات فیزیکی یا تجربه‌های تجاوز، نقش بارزی در کاهش میزان خودمهارگری در افراد دارد. در پژوهش پچورو، دلیسـی، آبرونهوسـا گنکالوز و پدرو اولیویرا[5] (۲۰۲۱) اثر میانجی خودمهارگری در ارتباط بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و بزهکاری نوجوانان، اختلاک سلوک، شدت جرم و پیامدهای پرخاشگری مورد بررسی قرار گرفت و نتایج پژوهش نشان داد که خودمهارگری در رابطه بین تجارب آسـیب‌زای دوران کودکی و پیامدهای مورد بررسـی، نقش میانجی دارد.

1. Lackner
2. Meldrum
3. Zhang
4. Choung & Pak
5. Pechorro, DeLisi, Abrunhosa Gonçalves & Pedro Oliveira

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]

بر اســاس گزارش مرکز کنترل و پیشــگیری از بیماری‌ها[1]، تجارب آســیب‌زای دوران کودکی یک عامل حیاتی اســت که تأثیر منفی بر رشــد افراد در طول عمر می‌گذارد و با پیامدهای نامطلوب فیزیکی، روانی، اجتماعی و رفتارهای پرخطر مرتبط هستند (سولبرگ، پیترز، رســکو و تمپلین[2]، ۲۰۲۳). همان‌گونه که در مطالب پیشــین ذکر شــد، از جمله پیامدهای تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، افزایش ولع‌مصرف و کاهش خودمهارگری اســت. علیرغم شــیوع و پیامدهای گســترده تجارب آســیب‌زای دوران کودکی، در مورد اینکه چگونه این تجارب زمینه‌ســاز پیامدهای بلندمدتی نظیر مصــرف و ولع مصــرف مواد هســتند، آگاهی کمتری وجود دارد. تا به امروز در پژوهش‌های پیشــین، رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و خودمهارگری و ولع مصرف به طور مجزا بررسی شده است، اما این متغیرها در قالب یک مدل ساختاری در افراد مبتلا به مصرف مواد مورد بررسی قرار نگرفته اســت؛ از این رو، مطالعه حاضــر به دنبال پر کردن این خلأ بود. با نگاه به موضــوع، نیاز به مدلی جهت درک عمیق‌تر پدیده ولع‌مصــرف مواد وجود دارد، تا بر آن اســاس مداخلات بعدی در راستای کاهش ولع‌مصرف در این افراد طرح‌ریزی گردد. لذا پژوهش حاضــر با هدف بررســی نقش واســطه‌ای خودمهارگری در ارتباط بین تجارب آســیب‌زای دوران کودکی و ولع‌مصرف در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شد.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد مبتلا به مصرف مواد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر کوچصفهان در سال ۱۴۰۲ بود. بر اساس پیشنهاد گاداگنولی و ولیسر[3] (۱۹۹۸؛

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
2. Solberg, Peters, Resko & Templin
3. Guadagnoli & Velicer

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]

به نقل از ورعی، ممدوحی، محصـــب و تقی‌پور، ۱۴۰۱) حداقل ۳۰۰ نفر برای مطالعات مدل‌سازی ساختاری مکفی است که بر این اساس و با در نظر گرفتن امکان ریزش نمونه‌ها، نمونه‌ای برابر با ۳۲۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دســترس و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل داشتن حداقل سواد نوشتن و خواندن، تمایل و رضایت آگاهانه، دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، تشخیص اختلالات مصرف مواد بر اساس ملاک‌های نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، قرار گرفتن تحت درمان با متادون و مراجعه به یکی از مراکز ترک اعتیاد شهر کوچصفهان بود. ملاک‌های خروج نیز شـــامل داشـــتن اختلالات روانی بر اســـاس گزارش شـــرکت‌کنندگان و عدم پاسخ‌دهی کامل به پرسشنامه‌ها یا ارائه اطلاعات ناقص بود. به منظور جمع‌آوری داده‌ها، بعد از کسب مجوز و هماهنگی‌های لازم، از بین ۱۰ مرکز ترک اعتیاد شهر کوچصفهان، ۳ مرکز به تصادف انتخاب شدند. سپس از بین افراد مراجعه‌کننده به این سه مرکز ترک اعتیاد، آن دسته از افرادی که در بازه زمانی فروردین لغایت اردیبهشت ۱۴۰۲ تحت درمان نگهدارنده با متادون بوده‌اند، به شیوه در دسترس انتخاب شدند. پس از توضیح اهداف پژوهش و اخذ رضایت از مشارکت‌کنندگان، پرسشنامه‌ها در بین شرکت‌کنندگان توزیع گردید. لازم به ذکر اســـت که پژوهش حاضـــر دارای کد اخلاق به شـــناســـه IR.PNU.REC.1402.063 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه پیام نور می‌باشد. پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص، داده‌های ۳۰۰ نفر به عنوان نمونه نهایی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و AMOS نسخه ۲۳ و روش‌های آماری همبستگی و مدل‌سازی معادلات ساختاری انجام شد.

ابزار

۱- پرسشنامه تجارب آسیب‌زای دوران کودکی[1]: این پرسشنامه توسط برنستاین[2] و همکاران (۲۰۰۳) طراحی شد و ۲۸ گویه دارد. ۲۵ گویه برای سنجش مؤلفه‌های اصلی و ۳ گویه (۱۰، ۱۶، ۲۲) برای تشخیص افرادی که به انکار مشکلات دوران کودکی خود می‌پردازند، استفاده می‌شود. در این پرسشنامه پنج نوع از بدرفتاری‌ها شامل سوءاستفاده

1. Childhood Trauma Questionnaire
2. Bernstein

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]

جسمی[1] (گویه‌های ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷)، سوءاستفاده جنسی[2] (گویه‌های ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۷)، سوءاستفاده عاطفی[3] (گویه‌های ۳، ۸، ۱۴، ۱۸، ۲۵)، غفلت جسمی[4] (گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۲۶) و غفلت عاطفی[5] (گویه‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸) مورد بررسی قرار می‌گیرد. پاسخگویی به گویه‌ها بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) صورت می‌گیرد. گویه‌های ۲، ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۶ و ۲۸ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمرات برای هریک از زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۵ و ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ و ۱۲۵ است که نمرات بالاتر در پرسشنامه نشان‌دهنده آسیب‌های بیشتر است. برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را در ۳۷۸ نفر از مصرف‌کنندگان مواد مورد بررسی قرار داد و برای ابعاد سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده عاطفی، غفلت جسمی و غفلت عاطفی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۹۳، ۰/۸۴، ۰/۶۸ و ۰/۸۸ گزارش کردند. همچنین روایی همزمان آن با درجه‌بندی درمان‌گران از میزان آسیب‌های دوران کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است. در ایران ابراهیمی، دژکام و ثقه السلام (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج‌گانه آن گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای ابعاد سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده عاطفی، غفلت جسمی و غفلت عاطفی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۱ و ۰/۹۱ و کل مقیاس ۰/۷۹ به دست آمد.

۲- مقیاس خودمهارگری[6]: تانجنی، بامیستر و بون[7] (۲۰۰۴) پرسشنامه خود را در قالب ۳۶ گویه مطرح کردند و فرم کوتاه ۱۳ گویه‌ای از آن اقتباس شده است که در پژوهش حاضر از فرم کوتاه ۱۳ گویه‌ای استفاده شده است. نمره‌گذاری این مقیاس به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (به هیچ وجه) تا ۵ (همیشه) می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری در گویه‌های ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲ و ۱۳ به صورت معکوس است. حداقل و حداکثر نمره ۱۳ و ۶۵ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده خودمهارگری بالاتر در افراد می‌باشد. تانجنی و

1. physical abuse
2. sexual abuse
3. emotional abuse
4. physical neglect
5. emotional neglect
6. Self-Control Scale
7. Tangney, Baumeister & Boone

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]

همکاران (۲۰۰۴) آلفای کرونباخ فرم کوتاه را در دو نمونه مجزا ۰/۸۳ و ۰/۸۵ گزارش نمودند. همچنین، روایی این مقیاس با ارزیابی همبستگی آن با مقیاس‌های پیشرفت تحصیلی، سازگاری، روابط مثبت و مهارت‌های بین فردی مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش رجبی، توزنده جانی و زنده دل (۱۳۹۹) پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد. آلفای کرونباخ مقیاس خودمهارگری در پژوهش حاضر ۰/۸۱ به دست آمد.

۳- پرسشنامه ولع مصرف[1]: فرانکن، هندریکس و واندن برینک[2] (۲۰۰۲) پرسشنامه ولع مصرف را در قالب ۱۴ گویه طراحی کردند که سه عامل هوس و قصد نسبت به مصرف مواد[3] (گویه‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۷، ۱۰، ۱۳ و ۱۴)، تقویت منفی[4] (گویه‌های ۵، ۹، ۱۱ و ۱۲) و کنترل مصرف مواد[5] (گویه‌های ۳ و ۸) را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف ۷ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) است. حداقل و حداکثر نمره کل پرسشنامه برابر با ۱۴ و ۹۸ می‌باشد و نمره بالاتر نشان‌دهنده ولع بیشتر برای مصرف مواد است. فرانکن و همکاران (۲۰۰۲) اعتبار کلی مقیاس را در ۱۰۲ نفر از بیماران تحت درمان وابستگی به مواد مخدر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و برای خرده‌مقیاس‌های هوس و قصد مصرف مواد، تقویت منفی و کنترل مصرف مواد به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۰ و ۰/۷۵ گزارش کردند. روایی همزمان پرسشنامه را نیز با مقیاس ولع مصرف بصری آنالوگ[6]، مطلوب گزارش نمودند. مکری، اختیاری، حسنی ابهریان و گنجگاهی (۱۳۸۹) همسانی درونی این پرسشنامه را به روش محاسبه آلفای کرونباخ در مصرف‌کنندگان کراک و هروئین به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۹ و ۰/۴۰ و در مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۵ و ۰/۸۱ گزارش نمودند و روایی محتوایی این پرسشنامه نیز با نظر ۲۰ نفر از متخصصان روان‌شناسی تأیید شد. در پژوهش

1. desire for drug questionnaire
2. Franken, Hendriks & Van Den Brink
3. desire and intention to use drug
4. negative reinforcement
5. drug abuse control
6. Visual-Analog Craving Scale

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]

حاضـــر آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های فوق به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۸، ۰/۶۱ و کل پرسشنامه ۰/۶۶ به دست آمد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضـر میانگین (انحراف معیار) سـن شـرکت‌کنندگان ۳۲/۷۶ سـال (۷/۰۸) بود. ۲۲۲ نفر (۷۴ درصـــد) از شـــرکت‌کنندگان مرد و ۷۸ نفر (۲۶ درصـــد) زن بودند. ۱۰۷ نفر (۳۵/۷ درصـد) از شـرکت‌کنندگان را افراد مجرد، ۱۵۳ نفر (۵۱ درصـد) را افراد متأهل، ۳۲ نفر (۱۰/۷ درصد) را افراد مطلقه و ۸ نفر (۲/۶ درصد) را همسر فوت شده تشکیل دادند. از نظر تحصـیلات نیز ۱۵۶ نفر (۵۲ درصـد) زیردیپلم، ۱۰۳ نفر (۳۴/۳ درصـد) دیپلم، ۳۳ نفر (۱۱ درصد) کارشناسی و ۸ نفر (۲/۷ درصد) کارشناسی ارشد و دکتری بودند. از نظر نوع ماده مصـرفی قبل از دریافت متادون، ۱۷۴ نفر (۵۸ درصـد) از شـرکت‌کنندگان تریاک، ۴۴ نفر (۱۴/۷ درصد) شیشه، ۳۱ نفر (۱۰/۳ درصد) حشیش، ۲۸ نفر (۹/۳ درصد) هروئین و ۲۳ نفر (۷/۷ درصـد) شـیره مصـرف می‌کردند. در ادامه، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرها	زیرمقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
تجارب آسیب‌زای کودکی	سوء استفاده جسمی	۱۱/۳۰	۲/۴۴	-۰/۰۲	-۰/۷۴
	سوء استفاده جنسی	۱۰/۹۱	۱/۹۸	۰/۲۳	۰/۹۰
	سوء استفاده عاطفی	۱۲/۰۵	۳/۰۳	۰/۳۲	-۰/۰۲
	غفلت جسمی	۱۱/۱۶	۲/۵۴	۰/۲۳	۰/۰۴
	غفلت عاطفی	۱۰/۶۵	۲/۱۳	۰/۰۹	-۰/۲۳
	نمره کل تجارب آسیب‌زا	۵۶/۰۶	۹	۰/۰۶	۰/۰۶
خودمهارگری	-	۳۳	۹/۰۱	۰/۷۷	۱/۰۹
ولع مصرف	هوس و قصد مصرف مواد	۱۷/۵۲	۴/۲۴	۰/۰۶	-۰/۶۱
	تقویت منفی	۱۴/۱۲	۳/۱۲	-۰/۷۳	-۰/۵۳
	کنترل مصرف مواد	۷/۲۹	۱/۲۵	-۰/۹۲	۰/۷۰
	نمره کل ولع مصرف	۳۸/۹۳	۷/۲۷	-۰/۵۴	-۰/۴۴

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به متغیرهای پژوهش و همچنین نتایج کجی و کشیدگی جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها ارائه شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود شاخص‌های کجی و کشیدگی همه متغیرهای پژوهش بین ۲- و ۲ قرار دارد که حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرها می‌باشد. با توجه به اینکه زیربنای مدل‌سازی معادلات ساختاری مبتنی بر ماتریس همبستگی نمونه است، در جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول۲: ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. سوء استفاده جسمی	۱									
۲. سوء استفاده جنسی	۰/۴۳**	۱								
۳. سوء استفاده عاطفی	۰/۵۳**	۰/۳۳**	۱							
۴. غفلت جسمی	۰/۴۲**	۰/۴۱**	۰/۴۸**	۱						
۵. غفلت عاطفی	۰/۴۵**	۰/۲۹**	۰/۴۵**	۰/۵۳**	۱					
۶. تجارب آسیب زا کل	۰/۷۷**	۰/۶۳**	۰/۷۹**	۰/۷۷**	۰/۷۲**	۱				
۷. خودمهارگری	-۰/۲۹**	-۰/۲۱**	-۰/۲۷**	-۰/۲۶**	-۰/۳۰**	-۰/۳۶**	۱			
۸. قصد مصرف مواد	۰/۲۱**	۰/۲۸**	۰/۲۴**	۰/۲۴**	۰/۳۰**	۰/۳۴**	-۰/۴۶**	۱		
۹. تقویت منفی	۰/۲۶**	۰/۱۹**	۰/۳۳**	۰/۲۶**	۰/۳۰**	۰/۳۷**	-۰/۵۴**	۰/۳۹**	۱	
۱۰. کنترل مصرف مواد	۰/۲۰**	۰/۱۷**	۰/۲۸**	۰/۲۲**	۰/۳۰**	۰/۳۲**	-۰/۴۸**	۰/۴۵**	۰/۷۹**	۱
۱۱. ولع مصرف کل	۰/۲۸**	۰/۲۸**	۰/۳۴**	۰/۳۰**	۰/۳۶**	۰/۴۲**	-۰/۵۹**	۰/۸۴**	۰/۸۲**	۰/۸۰**

**p<۰/۰۱

نتایج جدول ۲ نشانگر این است که بین همه متغیرهای پژوهش همبستگی معنادار وجود دارد. در ادامه جهت بررسی مدل پیشنهادی پژوهش از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد و پیش از انجام تحلیل، پیش فرض‌های لازم مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، از آزمون کالموگروف-اسمیرنف استفاده شد و نتایج حاکی از این بود که نمرات متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بودند (p>۰/۰۵). جهت بررسی مفروضه عدم وجود خودهمبستگی در خطاهای پژوهش، آماره

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

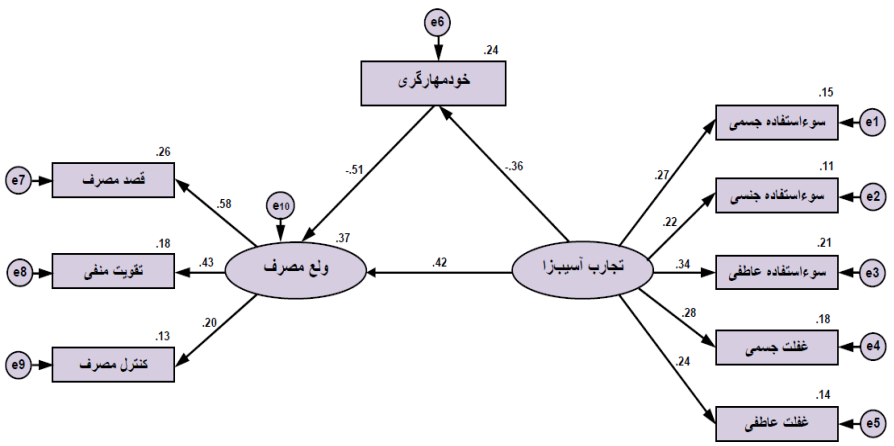
[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]

دوربین- واتسون محاسبه شد که مقدار آن ۱/۸۵ بود، با توجه به اینکه این مقدار در دامنه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد؛ بنابراین می‌توان گفت که مفروضه عدم هم‌خطی مورد تأیید است. همچنین برای متغیرهای برون‌زای پژوهش، ضریب تحمل[1] و عامل تورم واریانس[2] به عنوان مفروضه هم‌خطی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که مقدار ضریب تحمل به عدد یک نزدیک بود و مقدار عامل تورم واریانس نیز از حد بحرانی ۲ پایین‌تر بود؛ لذا مفروضه هم‌خطی رعایت گردیده است. با توجه به ملاک‌های تأیید شده، شاخص‌های برازش مدل پژوهش در جدول ۳ ارائه گردیده است.

جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل

شاخص برازندگی	$\chi2$	df	$\chi2$/df	CFI	NFI	GFI	AGFI	IFI	RMSEA
مقادیر قابل قبول	–	–	<۳	۰/۹۰<	۰/۹۰<	۰/۹۰<	۰/۹۰<	۰/۹۰<	<۰/۰۸
مقادیر محاسبه شده	۷۴/۸۹	۲۵	۲/۹۹	۰/۹۵	۰/۹۲	۰/۹۵	۰/۹۱	۰/۹۵	۰/۰۷

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بر اساس معیار هو و بنتلر[3] (۱۹۹۹؛ به نقل از عامری، ۱۴۰۱) مدل از برازش مطلوبی برخوردار است. ضرایب استاندارد مسیرهای مدل مفهومی در شکل ۲ نشان داده شده است.



شکل ۲: مدل مفهومی پژوهش

1. Tolerance
2. Variance Inflation Factors
3. Hu & Bentler

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]

در ادامه اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ٤: ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم مدل پژوهش

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	ضریب بتا	SE	C.R	P	نتیجه
تجارب آسیب‌زای کودکی	ولع مصرف	۰/۴۲	۰/۰۶	۳/۹۲	۰/۰۰۱**	تأیید
تجارب آسیب‌زای کودکی	خودمهارگری	-۰/۳۶	۰/۴۲	-۶/۰۵	۰/۰۰۱**	تأیید
خودمهارگری	ولع مصرف	-۰/۵۱	۰/۰۱	-۸/۳۴	۰/۰۰۱**	تأیید

**p<۰/۰۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که ضرایب مسیر مربوط به اثرهای مستقیم متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۵ معنادار است. در ادامه به منظور آزمون معناداری نقش واسطه‌ای خودمهارگری در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و ولع مصرف از آزمون بوت استراپ با ۲۰۰۰ نمونه استفاده شد.

جدول ٥: نتایج آزمون بوت استراپ اثر غیرمستقیم مدل پژوهش

مسیر غیر مستقیم	اثر غیر مستقیم	خطای استاندارد	حد بالا	حد پایین	سطح معناداری
تجارب آسیب‌زای کودکی ← خودمهارگری ← ولع مصرف	۰/۱۷۲	۰/۰۰۷	۱/۸۳۹	۱/۸۶۲	۰/۰۰۱**

**p<۰/۰۱

طبق نتایج جدول فوق، مسیر غیرمستقیم مدل مورد تأیید قرار گرفت. در نتیجه خودمهارگری قادر به واسطه‌گری معنادار بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک بود. همچنین، تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و خودمهارگری در مجموع ۴۰ درصد از واریانس ولع مصرف را تبیین می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای خودمهارگری در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و ولع مصرف در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون انجام شد و اثر مستقیم و غیرمستقیم متغیرها آزمون شد. یافته‌های پژوهش نشان داد تجارب آسیب‌زای کودکی باعث افزایش ولع مصرف و کاهش خودمهارگری می‌گردند. همچنین، خودمهارگری اثر مستقیم و معناداری بر ولع مصرف داشته است و در کاهش ولع مصرف نقش دارد. در نهایت یافته‌ها نشان داد تجارب آسیب‌زای کودکی علاوه بر

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]

اثرمستقیم بر ولع مصرف، به طور غیرمستقیم و از طریق خودمهارگری بر ولع مصرف اثرگذار بود. در این راستا، نخستین مسیر نشان داد که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی بر افزایش ولع مصرف در بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون نقش دارد. این یافته با نتایج پژوهش مرکود و همکاران (۲۰۱۸) مبنی بر بالاتر بودن میزان رفتارهای اعتیادگونه در افراد دارای تجارب آسیب‌زای دوران کودکی؛ نتایج پژوهش استین و همکاران (۲۰۱۷)، چندلر و همکاران (۲۰۱۸) و فیلوژن-خالید و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر شیوع بیشتر تجارب آسیب‌زای دوران کودکی در افراد تحت درمان اعتیاد در مقایسه با جمعیت عمومی؛ نتایج پژوهش گیلن و همکاران (۲۰۱۶)، یانلی و همکاران (۲۰۲۲)، سانچز و آمارو (۲۰۲۲) و بشرپور و همکاران (۱۳۹۹) مبنی بر ارتباط مثبت و معنادار بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و ولع‌مصرف، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، تجارب آسیب‌زای کودکی که شامل سوءاستفاده جنسی، عاطفی، جسمی و غفلت و بی‌توجهی است (بک و همکاران، ۲۰۲۱)، می‌توانند باعث به وجود آمدن طرحواره‌های ناسازگار در فرد شوند. هنگامی که کودک مورد غفلت و بی‌توجهی و یا انواع آزار جنسی، عاطفی یا جسمی قرار می‌گیرد به شکل ناسالمی رشد خواهد کرد و ممکن است این احساس در او ایجاد شود که دنیا مکانی امن نیست و نمی‌توان به دیگران اعتماد کرد. این بی‌اعتمادی در ایجاد یا تداوم ارتباط با دیگران اختلال ایجاد کند و رشد مهارت‌های بین‌فردی را دچار مشکل کند. شاید بتوان گفت این افراد به علت عدم تجربه اعتماد در روابط اولیه، احساس رهاشدگی، پوچی و انزوای ناشی از آسیب‌های کودکی و جهت رهایی از این رنج‌ها به امور و اشیای بیرونی وابستگی پیدا کنند و مواد مخدر را منبعی تسلی‌بخش بدانند که آرامش را به خود برگردانند و بنابراین، میل شدید به مصرف مواد یکی از شیوه‌های جبرانی محسوب می‌شود. تجارب آسیب‌زا از نظر هیجانی نیز بر فرد تأثیر می‌گذارند و می‌توانند منجر به افسردگی (مرادزاده و نجفی، ۱۴۰۱) و یا مشکلاتی در حوزه تنظیم هیجان گردند و متعاقب آن، باعث ناتوانی فرد در تعدیل احساسات ناراحت‌کننده به روشی سالم و سازگار شوند. همچنان که نتایج پژوهش سانچز و آمارو (۲۰۲۲) نشان داد که مواجهه بیشتر با رویدادهای آسیب‌زا و اختلال در تنظیم هیجان با

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024
[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]
[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]

سطوح بالاتر ولع‌مصرف مواد مرتبط است. بنابراین، مصرف مواد می‌تواند تلاشی مداوم و ناسازگارانه برای مقابله با هیجان‌های منفی و کاهش آن‌ها باشد که به نوبه خود می‌تواند رابطه بین تجارب آسیب‌زای کودکی و ولع مصرف مواد را تبیین نماید. در واقع اشتیاق و ولع نسبت به مصرف مواد شاید یک نوع مکانیسم دفاعی برای سرپوش گذاشتن و فراموش کردن خاطرات و تجارب نامطلوب گذشته باشد.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر، تأثیر مستقیم و معنادار خودمهارگری بر ولع‌مصرف بود؛ به طوری که خودمهارگری در کاهش ولع‌مصرف نقش داشته است. این یافته، همسو با نتایج پژوهش‌های فورد و بلامنستین (۲۰۱۳)، تانگ و همکاران (۲۰۱۵) و واتس و ایراتزوکی (۲۰۱۹) است که خودمهارگری پایین را علت مصرف مواد در نظر گرفتند. همچنین، این یافته با نتایج پژوهش جلیلی و همکاران (۱۴۰۱) مبنی بر ارتباط خودمهارگری با عود مصرف مواد؛ نتایج پژوهش بشرپور و همکاران (۲۰۱۴) مبنی بر نقش پیش‌بین خودمهارگری در ولع‌مصرف افراد دارای وابستگی به مواد؛ نتایج پژوهش یوسفی و همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر اثربخشی آموزش خودمهارگری بر کاهش ولع مصرف مواد، همسو می‌باشد. از نظر داکورث و همکاران (۲۰۱۹) خودمهارگری توانایی تنظیم افکار، احساسات و اعمال در شرایطی است که فرد در تعارض بین اهداف با ارزش پایدار و اهداف لحظه‌ای رضایت‌بخش‌تر قرار می‌گیرد. بنابراین، جهت تبیین این یافته می‌توان مطرح نمود افرادی که تحت درمان‌های مرتبط با ترک مواد هستند، با یک نوع تعارض انگیزشی مواجه هستند. از یک طرف تمایلات، هوس یا اصرار برای استفاده از مواد مخدر را تجربه می‌کنند که منبع قوی انگیزه هستند و از طرف دیگر تمایل به دستیابی به یک هدف پایدار و رضایت‌بخش یعنی ترک مواد را دارند. بر این اساس، آشکارا با یک چالش بزرگ خودمهارگری مواجه هستند و کسانی که خودمهارگری بالاتری داشته باشند بهتر می‌توانند از عهده این چالش برآیند. در واقع ولع‌مصرف مواد حالتی غیرقابل کنترل است که خودمهارگری نقش مهمی را در ایجاد آن خواهد داشت. همچنین، محتمل به نظر می‌رسد افرادی که در حال ترک مواد هستند لزوماً توانایی پایین خودمهارگری نداشته باشند، بلکه در موقعیتی قرار می‌گیرند که مکرراً نیاز به اعمال خودمهارگری دارند و

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]

دوره‌های طولانی خودمهارگری ممکن است باعث شود شکست‌های خودمهارگری رخ دهد. واضح است که نیاز به اعمال خودمهارگری برای معتادان در حال بهبودی غیرقابل اجتناب است.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی تأثیر مستقیم و معناداری بر خودمهارگری بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون دارد و با کاهش توانایی خودمهارگری همراه است. این یافته با نتایج پژوهش لاکنر و همکاران (۲۰۱۸) مبنی بر ارتباط رویدادهای آسیب‌زای زندگی با ضعف در خودتنظیمی؛ نتایج ملدوروم و همکاران (۲۰۲۰) و ژانگ و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر همبستگی منفی و معنادار تجارب آسیب‌زای دوران کودکی با خودمهارگری؛ نتایج پژوهش چوانگ و پاک (۲۰۲۳) مبنی بر تأثیر تجارب آسیب‌زای سال‌های اولیه زندگی بر خودمهارگری در سال‌های بعدی زندگی، همسو است. در تبیین یافته فوق می‌توان مطرح کرد که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی با میزان استرسی که فرد ادراک می‌کند همایندی دارد. فرضیه حساسیت به استرس بیان می‌کند که تجارب آسیب‌زا واکنش افراد نسبت به استرس را بیشتر و آن‌ها را حساس‌تر می‌کند (دیویس و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین، افراد دارای تجارب آسیب‌زای کودکی ممکن است یک رویداد خفیف استرس‌زا در زندگی را استرس‌زاتر از افراد بدون سابقه آسیب دوران کودکی ادراک کنند. هنگامی که بدن با تهدیدات احتمالی مبارزه می‌کند، عملکردهای پیشرفته مغز که برای بقا ضروری نیستند، کمتر فعال می‌شوند. در نتیجه، قشر پیشانی، مرکز تصمیم‌گیری مغز، به کندی شروع به کار می‌کند و ارتباط آن با سایر قسمت‌های مغز ضعیف می‌شود (پچورو و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس یافته‌های پژوهش تانگ و همکاران (۲۰۱۵) نیز مشخص گردید که افراد مبتلا به مصرف مواد کاهش قابل‌توجهی در عملکرد گیرنده دوپامین نوع ۲ در جسم مخطط نشان می‌دهند که با کاهش فعالیت نواحی قشر پیشانی مغز همراه است. همچنین، در پژوهش آنان مشخص شد که نقص در خودمهارگری نیز با کاهش فعالیت در نواحی قشر پیشانی همراه است. بر این اساس، تجارب آسیب‌زا می‌توانند تأثیر نامطلوبی بر عملکردهای تعدیل‌کننده مغز داشته باشند و موجب نقص در خودمهارگری افراد گردند.

سال هفدهم، شماره ۷۰، زمستان ۱۴۰۲
Vol. 17, No. 70, Winter 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]

نتایج مربوط به مدل پیشنهادی پژوهش یعنی نقش واسطه‌ای خودمهارگری در ارتباط بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و ولع‌مصرف مواد نشان داد که مدل فرضی پژوهش، از برازش مناسبی برخوردار بود؛ به طوری‌که می‌توان بیان داشت نه تنها تجارب آسیب‌زای دوران کودکی به صورت مستقیم با ولع‌مصرف در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون ارتباط دارد، بلکه به صورت غیرمستقیم نیز از طریق مسیر خودمهارگری بر ولع‌مصرف تأثیر می‌گذارد. این یافته همسو با نتایج پژوهش پچورو و همکاران (۲۰۲۱) است که نشان دادند خودمهارگری در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و پیامدهای مورد بررسی (بزهکاری، اختلاک سلوک، شدت جرم و پرخاشگری)، نقش میانجی دارد. بنابراین، افرادی که در معرض بیشترین میزان آسیب‌های کودکی قرار گرفته باشند، به طور چشمگیری بیشتر احتمال دارد که مشکلات رفتاری پاتولوژیک را نشان دهند که یکی از دلایل آن، به افزایش آسیب‌های روانی به‌ویژه نقایص خودمهارگری مربوط می‌شود. طبق یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان اذعان نمود که آسیب‌های دوران کودکی ممکن است ولع مصرف مواد را با آسیب رساندن به توانایی خودمهارگری افزایش دهد. به عبارت دیگر، هرچقدر افراد خودمهارگری پایین‌تری داشته باشند بروز رفتارهایی مانند مصرف و ولع‌مصرف مواد در آن‌ها بیشتر می‌شود. در حالی که، اگر این افراد توانایی خودمهارگری بالا داشته باشند، بهتر می‌توانند احساسات منفی و طرحواره‌های ناسازگار خود که ناشی از تجارب آسیب‌زای دوران کودکی است را تعدیل کنند و در نتیجه به جای بروز رفتارهای مشکل‌ساز، تکانشی و ارضای نیاز فوری مانند ولع‌مصرف، رفتار سازگارانه‌تری از خود نشان دهند. در نهایت می‌توان خودمهارگری را به عنوان یک عامل محافظ و میانجی در ارتباط با تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و ولع‌مصرف در نظر گرفت تا به واسطه آن فرد بتواند هیجانات، افکار، رفتار و انگیزه‌اش را مهار کند و مانع از ولع‌مصرف مواد شود.

مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود از جمله اینکه از پرسشنامه خود گزارشی به منظور اندازه‌گیری متغیرها استفاده شد که ممکن است پاسخ شرکت‌کنندگان همراه با سوگیری باشد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، علاوه بر پرسشنامه از روش‌هایی

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]

نظیر مصاحبه نیز استفاده شود. علاوه بر آن، پژوهش حاضر در نمونه‌ای محدود به یک شهر انجام شد که پیشنهاد می‌گردد، پژوهش‌های آتی با استفاده از نمونه‌های فراگیر انجام شوند تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. با توجه به اینکه یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد تجارب آسیب‌زای دوران کودکی اثرات مستقیم و غیرمستقیم بر ولع‌مصرف مواد دارند و این رابطه تا حدی با خودمهارگری پایین تبیین می‌شود، پیشنهاد می‌شود که در درمان مصرف و ولع‌مصرف مواد به نقش تجارب آسیب‌زای کودکی و خودمهارگری توجه بیشتری شود و در فرایند درمان، به کاهش اثرات آسیب‌های دوران کودکی و تقویت توانایی خودمهارگری پرداخته شود. همچنین، در راستای این نتایج پیشنهاد می‌شود با برگزاری دوره‌های آموزشی و آگاه‌سازی والدین از اثرات مخرب تجارب آسیب‌زای کودکی، از میزان این نوع آسیب‌ها کاسته شود؛ چراکه کاهش آسیب‌های دوران کودکی می‌تواند خودمهارگری را در افراد پرورش دهد و از بروز مشکلات مرتبط با مصرف مواد از جمله ولع‌مصرف مواد جلوگیری کند.

تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند و صمیمانه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

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

بشرپور، سجاد؛ احمدی، شیرین و حیدری، فاضله (۱۳۹۹). الگوی روابط ساختاری پیش‌بینی ولع مصرف مواد براساس سوء رفتار دوران کودکی، هیجان پذیری منفی و تکانشوری با نقش میانجی تنظیم رفتاری هیجان. *مجله طب انتظامی*، ۱۰(۳)، ۱۹۶-۱۸۵.

جلیلی، رؤیا؛ خلعتبری، جواد؛ احدی، حسن و قربان شیرودی، شهره (۱۴۰۱). ارائه الگوی روابط ساختاری نشخوار ذهنی و نگرانی با پیش‌بینی بازگشت افراد به مواد محرک: نقش واسطه‌ای خودکنترلی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۶)، ۲۶۶-۲۴۳.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]

رجبی، محمد؛ توزنده جانی، حسن و زنده دل، احمد (۱۳۹۹). بررسی نقش میانجی‌گرایانه ادراک از بیماری در رابطه عوامل روانی- اجتماعی با خود مراقبتی بیماران دیابت نوعII. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۱۲(۱)، ۵۶-۴۸.

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

کاظم‌پور، معصومه و نادری، حبیب الله (۱۴۰۲). روابط ساختاری ترومای دوران کودکی و مشکلات مصرف مواد در افراد مصرف‌کننده متآمفتامین: نقش میانجی علائم پانیک. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۷(۶۸)، ۱۸۰-۱۵۹.

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

مکری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ حسنی ابهریان، پیمان و گنجگاهی، حبیب (۱۳۸۹). *معتبر سازی پرسشنامه ارزیابی ولع مصرف لحظه‌ای و دوره‌ای در سوءمصرف کنندگان انواع مختلف مواد افیونی (کراک هروئین و مت آمفتامین)*. مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

ورعی، پیام؛ ممدوحی، زهرا؛ محصب، نیلوفر و تقی پور، رقیه (۱۴۰۱). پیش‌بینی خودجرحی بر اساس بزه-دیدگی ناشی از قلدری سایبری: نقش میانجی ناامیدی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در نوجوانان وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۵)، ۲۸۶-۲۵۵.

References

Back, S. N., Flechsenhar, A., Bertsch, K., & Zettl, M. (2021). Childhood traumatic experiences and dimensional models of personality disorder in DSM-5 and ICD-11: Opportunities and challenges. *Current Psychiatry reports*, 23, 1-10.

Basharpoor, S., Khosravinia, D., Atadokht, A., Daneshvar, S., Narimani, M., & Massah, O. (2014). The role of self-compassion, cognitive self-control, and illness perception in predicting craving in people with substance dependency. *Practice in Clinical Psychology*, 2(3), 155-164.

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190.

Boullier, M., & Blair, M. (2018). Adverse childhood experiences. *Paediatrics and Child Health*, 28(3), 132-137.

Cavicchioli, M., Vassena, G., Movalli, M., & Maffei, C. (2020). Is craving a risk factor for substance use among treatment-seeking individuals with alcohol and other drugs use disorders? A meta-analytic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 212, 108-122.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]

Chandler, G. E., Kalmakis, K. A., & Murtha, T. (2018). Screening adults with substance use disorder for adverse childhood experiences. *Journal of Addictions Nursing*, 29(3), 172-178.

Choung, Y., & Pak, T. Y. (2023). More than just a bad day? Traumatic life events and self-control in old age. *PloS One*, 18(2), 1-11.

Cless, M. M., Courchesne-Krak, N. S., Bhatt, K. V., Mittal, M. L., & Marienfeld, C. B. (2023). Craving among patients seeking treatment for substance use disorder. *Discover Mental Health*, 3(1), 23-36.

Davis, J. P., Prindle, J., Saba, S., Lee, D. S., Leightley, D., Tran, D. D., Sedano, A., Fitzke, R., Castro, C. A., & Pedersen, E. R. (2023). Childhood adversity, combat experiences, and military sexual trauma: a test and extension of the stress sensitization hypothesis. *Psychological Medicine*, 53(9), 4055-4063.

Duckworth, A. L., Taxer, J. L., Eskreis-Winkler, L., Galla, B. M., & Gross, J. J. (2019). Self-control and academic achievement. *Annual Review of Psychology*, 70, 373-399.

Ford, J. A., & Blumenstein, L. (2013). Self-control and substance use among college students. *Journal of Drug Issues*, 43(1), 56-68.

Franken, I. H., Hendriks, V. M., & Van Den Brink, W. (2002). Initial validation of two opiate craving questionnaires: the obsessive compulsive drug use scale and the desires for drug questionnaire. *Addictive Behaviors*, 27(5), 675-685.

Fuller-Thomson, E., Roane, J. L., & Brennenstuhl, S. (2016). Three types of adverse childhood experiences, and alcohol and drug dependence among Adults: An investigation using population-based data. *Substance Use & misuse*, 51(11), 1451-1461.

Gielen, N., Krumeich, A., Tekelenburg, M., Nederkoorn, C., & Havermans, R. C. (2016). How patients perceive the relationship between trauma, substance abuse, craving, and relapse: A qualitative study. *Journal of Substance Use*, 21(5), 466-470.

Kharasch, E. D., & Greenblatt, D. J. (2019). Methadone disposition: implementing lessons learned. *Journal of Clinical Pharmacology*, 59(8), 1044-1048.

Khoury, L., Tang, Y. L., Bradley, B., Cubells, J. F., & Ressler, K. J. (2010). Substance use, childhood traumatic experience, and posttraumatic stress disorder in an urban civilian population. *Depression and Anxiety*, 27(12), 1077-1086.

Kleykamp, B. A., Weiss, R. D., & Strain, E. C. (2019). Time to reconsider the role of craving in opioid use disorder. *JAMA Psychiatry*, 76(11), 1113-1114.

Lackner, C. L., Santesso, D. L., Dywan, J., O'Leary, D. D., Wade, T. J., & Segalowitz, S. J. (2018). Adverse childhood experiences are associated

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]

with self-regulation and the magnitude of the error-related negativity difference. *Biological Psychology*, 132, 244-251.

Le, T. A., Le, M. Q. T., Dang, A. D., Dang, A. K., Nguyen, C. T., Pham, H. Q., & Ho, R. C. (2019). Multi-level predictors of psychological problems among methadone maintenance treatment patients in difference types of settings in Vietnam. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 14, 1-10.

Leimberg, A., & Lehmann, P. S. (2022). Unstructured socializing with peers, low self-control, and substance use. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 66(1), 3-27.

Lewis, M. (2017). Addiction and the brain: Development, not disease. *Neuroethics*, 10(1), 7-18.

Leza, L., Siria, S., López-Goñi, J. J., & Fernández-Montalvo, J. (2021). Adverse childhood experiences (ACEs) and substance use disorder (SUD): A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence*, 221(108563), 10-25.

MacNeill, L., Brunelle, C., Skelding, B., & DiTommaso, E. (2021). Experiences of clients in three types of methadone maintenance therapy in an Atlantic Canadian city: A qualitative study. *Canadian Journal of Nursing Research*, 53(3), 211-221.

Martini, F., Fregna, L., Bosia, M., Perrozzi, G., & Cavallaro, R. (2022). *Substance-related disorders*. In: Cavallaro, R., Colombo, C. (eds) Fundamentals of psychiatry for health care professionals. New York: Springer, Cham.

Meldrum, R. C., Campion Young, B., Soor, S., Hay, C., Copp, J. E., Trace, M., & Kernsmith, P. D. (2020). Are adverse childhood experiences associated with deficits in self-control? A test among two independent samples of youth. *Criminal Justice and Behavior*, 47(2), 166-186.

Mørkved, N., Winje, D., Dovran, A., Arefjord, K., Johnsen, E., Kroken, R. A., & Løberg, E. M. (2018). Childhood trauma in schizophrenia spectrum disorders as compared to substance abuse disorders. *Psychiatry Research*, 261, 481-487.

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), 100-139.

Panlilio, L. V., Stull, S. W., Kowalczyk, W. J., Phillips, K. A., Schroeder, J. R., Bertz, J. W., & Preston, K. L. (2019). Stress, craving and mood as predictors of early dropout from opioid agonist therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 202, 200-208.

Pechorro, P., DeLisi, M., Abrunhosa Gonçalves, R., & Pedro Oliveira, J. (2021). The role of low self-control as a mediator between trauma and

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]

antisociality/criminality in youth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 567-580.

Philogene-Khalid, H. L., Cunningham, E., Yu, D., Chambers, J. E., Brooks, A., Lu, X., & Morrison, M. F. (2020). Depression and its association with adverse childhood experiences in people with substance use disorders and comorbid medical illness recruited during medical hospitalization. *Addictive Behaviors*, 110(106489), 1-17.

Rogers, C. J., Pakdaman, S., Forster, M., Sussman, S., Grigsby, T. J., Victoria, J., & Unger, J. B. (2022). Effects of multiple adverse childhood experiences on substance use in young adults: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 234, 109-127.

Ruchkin, V., Koposov, R., Oreland, L., Klinteberg, B., & Grigorenko, E. L. (2021). Dopamine-related receptors, substance dependence, behavioral problems and personality among juvenile delinquents. *Personality and Individual Differences*, 169(109849), 1-10.

Sanchez, M., & Amaro, H. (2022). Cumulative exposure to traumatic events and craving among women in residential treatment for substance use disorder: The role of emotion dysregulation and mindfulness disposition. *Frontiers in psychology*, 13(1048798), 1-15.

Skinner, M. D., & Aubin, H. J. (2010). Craving's place in addiction theory: contributions of the major models. *Neuroscience and Biobehavioral reviews*, 34(4), 606-623.

Solberg, M. A., Peters, R. M., Resko, S. M., & Templin, T. N. (2023). Does coping mediate the relationship between adverse childhood experiences and health outcomes in young adults? *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 16(3), 1-13.

Stein, M. D., Conti, M. T., Kenney, S., Anderson, B. J., Flori, J. N., Risi, M. M., & Bailey, G. L. (2017). Adverse childhood experience effects on opioid use initiation, injection drug use, and overdose among persons with opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 179, 325-329.

Tang, Y. Y., Posner, M. I., Rothbart, M. K., & Volkow, N. D. (2015). Circuitry of self-control and its role in reducing addiction. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(8), 439-444.

Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72(2), 271-324.

United Nations Office on Drugs and Crime (2019). *World Drug Report Executive Summary*. Vienna, Austria: UNODC.

Volkow, N. D., Jones, E. B., Einstein, E. B., & Wargo, E. M. (2019). Prevention and treatment of opioid misuse and addiction: A review. *JAMA Psychiatry*, 76(2), 208-216.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]

Watts, S. J., & Iratzoqui, A. (2019). Unraveling the relationships between low self-control, substance use, substance-using peers, and violent victimization. *American Journal of Criminal Justice,* 44, 979-997.

Wendland, J., Lebert, A., De Oliveira, C., & Boujut, E. (2017). Links between maltreatment during childhood or adolescence and risk-related substance use among young adults. *L'Évolution Psychiatrique*, 82(2), 17-26.

Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563-1571.

Yanli, L., Wanni, Z., Ye, W., Wang, D., Huixia, Z., Lixia, C., & Zhang, X. Y. (2022). The relationship between childhood traumatic experiences and drug craving in Chinese male methamphetamine-dependent patients: The mediating role of anxiety. Available at http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4191016.

Yousefi, H., Ghaderi Rammazi, M., Abolghasemi, A., & Divsalar, K. (2019). Effects of self-control training on emotional wellbeing and opioid craving among men with opioid use disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 13(1), 123-142.

Zhang, Z., Dang, J., Li, J., He, Y., Huang, S., Wang, Y., & Yang, X. (2021). Childhood trauma and self-control: the mediating role of depletion sensitivity. *Journal of Child and Family Studies*, 30(6), 1599-1606.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-09-10]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.17.70.31]