Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 18, No. 72, P 33-52, Summer 2024

Research Article

The Relationship between Childhood Maltreatment and Externalizing Spectrum Disorders in Substance Users: The Mediating Role of Experiential Avoidance

Mehdi Zemestani[1], Sara Kakaie[2]

Received:2024/02/20 Accepted:2024/09/14

Abstract

Objective: The aim of this study was to examine the mediating role of experiential avoidance in the relationship between childhood maltreatment and externalizing spectrum disorders in substance users. Method: This research was a descriptive-correlational study of the structural equation modeling type. The statistical population consisted of all substance users undergoing addiction treatment centers in Sanandaj city. A sample of 333 individuals was selected using the convenience sampling method. The research tools included the child abuse self-report scale, the externalizing spectrum inventory, and the acceptance and action questionnaire-II. The structural equation model was used for data analysis with AMOS-24 software. Results: The results indicated that the model fit well. Childhood maltreatment had a direct and significant impact on externalizing spectrum disorders, with experiential avoidance playing a significant mediating role in this relationship. Conclusion: Recognizing the critical period of childhood and the enduring effects of traumatic experiences, which can lead to externalizing spectrum disorders and the use of ineffective coping mechanisms like experiential avoidance, is crucial. The findings of this study can have practical implications by educating parents about their crucial role in preventing substance use problems. Therefore, emphasizing these factors is essential for addressing substance use issues effectively.

Keywords*:* Childhood maltreatment, Externalizing spectrum disorders, Substance use disorders, Experiential avoidance

1. Corresponding Author; Professor, Department of Psychology, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran. Email: m.zemestani@uok.ac.ir

2. MA, Department of Clinical Psychology, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.72.2]

فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال هجدهم، شماره هفتاد و دو، ص۵۲-۳۳، تابستان ۱۴۰۳

مقاله پژوهشی

رابطه بین سوءرفتار دوران کودکی و آسیب‌های طیف برونی‌ساز در افراد مصرف‌کننده مواد: نقش میانجی‌گر اجتناب تجربه‌ای

مهدی زمستانی[1]، سارا کاکایی[2]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۰۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۲۴

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی اجتناب تجربه‌ای در رابطه بین سوءرفتار دوران کودکی و آسیب‌های طیف برونی‌ساز در افراد مصرف‌کننده مواد بود. **روش:** روش پژوهش توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه مصرف‌کنندگان مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی مصرف مواد شهر سنندج بود که از بین آنها ۳۳۳ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس کودک‌آزاری، سیاهه آسیب‌های طیف برون-سازی و پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم بود. به منظور تحلیل مدل پژوهش از مدل معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار AMOS-24 استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که مدل از برازش مطلوبی برخوردار بود. سوءرفتار دوران کودکی بر آسیب‌های طیف برونی‌ساز اثر مستقیم و معنی‌دار داشت و اجتناب تجربه‌ای در رابطه بین سوءرفتار دوران کودکی و آسیب‌های طیف برونی‌ساز نقش واسطه‌ای ایفا کرد. **نتیجه‌گیری:** شناخت دوره بحرانی کودکی و اثرات پایدار تجارب آسیب زا، که می‌تواند منجر به برونی‌سازی اختلالات طیف و استفاده از مکانیسم‌های مقابله‌ای ناکارآمد مانند اجتناب تجربی شود، بسیار مهم است. یافته‌های این مطالعه می‌تواند با آموزش والدین در مورد نقش حیاتی آنها در پیشگیری از مشکلات مصرف مواد، پیامدهای عملی داشته باشد. بنابراین، تأکید بر این عوامل برای پرداختن مؤثر به مسائل مصرف مواد ضروری است.

کلید واژه‌ها: سوءرفتار دوران کودکی، آسیب‌های طیف برونی‌ساز، اختلالات مصرف مواد، اجتناب تجربه‌ای

۱. نویسنده مسئول: استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران. پست الکترونیک: m.zemestani@uok.ac.ir

۲. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.72.2]

مقدمه

بدرفتاری یا سوءرفتار با کودک[1] به طیف وسیعی از رفتارهای آسیب‌رسان از قبیل عدم برآوردن نیازهای اساسی کودک، تنبیه بدنی، سوءاستفاده جنسی، رفتاری و آزار عاطفی گفته می‌شود. به‌طور کلی، بدرفتاری‌ها در چهار دسته آزار جسمی[2]، جنسی[3]، هیجانی[4] و بی‌توجهی (غفلت[5]) جای داده می‌شوند (پالمر[6] و همکاران، ۲۰۲۴؛ گیلبرت[7] و همکاران، ۲۰۰۹). طبق گزارش خدمات بهداشتی و انسانی امریکا از هر ۱۰۰۰ کودک امریکایی، ۳۰ کودک مورد غفلت قرار گرفته و ۱۸ کودک از نظر جسمی، جنسی و روانی آزار دیده‌اند. طی چندین سال گذشته تقریباً ۲۵۰ هزار تا ۲۷۵ هزار کودک هر ساله در ایالات متحده امریکا به دلیل سوءرفتار تحت مراقبت‌های ویژه قرار می‌گیرند (کیم[8] و همکاران، ۲۰۱۷). سوءرفتار دوران کودکی و تروماهای ناشی از آن، اثرات مخربی برای افراد قربانی به دنبال دارد و آنها را مستعد ابتلا به انواع آسیب‌های روانی در دوران بزرگسالی می‌کند؛ لذا پرداختن به این مسئله و تبعات ناشی از آن از موضوعات مهم و حائز اهمیت در روانشناسی محسوب می‌شود (حشمتی و همکاران، ۲۰۲۲).

سوءرفتار دوران کودکی و تروماهای ناشی از آن از مهمترین عوامل زمینه‌ساز اختلالات روانپزشکی در میان قربانیان محسوب می‌شود (راسوتی[9] و همکاران، ۲۰۲۱). تحقیقات اخیر اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که درصد بالایی از اختلالات روانپزشکی به ویژه اختلالات مرتبط با مصرف مواد و الکل در دوران بزرگسالی می‌تواند به‌طور مستقیم با سوءرفتار دوران کودکی مرتبط باشد (ژیائو[10] و همکاران، ۲۰۲۳). افراد دارای تاریخچهٔ سوءرفتار دوران کودکی به‌طور معنی‌داری بیش از افراد عادی جامعه در معرض ابتلا به اختلالات طیف برونی‌ساز و اختلالات مرتبط با مصرف مواد قرار دارند (بالدوین[11] و همکاران، ۲۰۲۳؛ سیکچتی و هندلی[12]، ۲۰۱۹). مطالعات طولی ارتباط بین سوءرفتار دوران

1. child maltreatment
2. physical abuse
3. sexual abuse
4. emotional abuse
5. neglect
6. Palmer
7. Gilbert
8. Kim
9. Russotti
10. Xiao
11. Baldwin
12. Cicchetti & Handley

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.72.2]

کودکی و مصرف مواد و الکل در بزرگسالان را تأیید کرده‌اند و نشان داده‌اند که مصرف مواد و الکل در افراد قربانی سوءرفتار دوران کودکی بیشتر از جمعیت عادی است (ون‌متر و همکاران[1]، ۲۰۲۲؛ محمدزاده و همکاران، ۱۴۰۲؛ حکاک و همکاران، ۱۳۹۸). نتایج یک مطالعهٔ جامع در این زمینه نشـــان داد افرادی که بیش از پنج تجربهٔ نامطلوب دوران کودکی را گزارش کرده‌اند ۷ تا ۱۰ برابر بیشتر احتمال درگیر شدن در مشکلات مرتبط با مصرف مواد و الکل را دارند (گاردنر[2] و همکاران، ۲۰۱۹).

ارتباط بین بدرفتاری‌های دوران کودکی و اختلالات طیف برونی‌ســـاز و اختلالات اعتیادی در بزگســـالی پدیده‌ای پیچیده و چندبعدی اســـت که می‌تواند تحت تاثیر عوامل میانجی مختلف قرار گیرد. متغیرهای میانجی متعددی در ارتباط بین بدرفتاری‌های دوران کودکی و اختلالات اعتیادی و اختلالات طیف برونی‌ساز می‌تواند مطرح باشد (زمستانی و همکاران، ۲۰۲۱؛ کاظم پور و همکاران، ۱۴۰۲؛ رهبرکنارســـری و همکاران، ۱۴۰۲). شـــناســـایی نقش این عوامل در تبیین این ارتباط می‌تواند نقش مهمی در پیشـــگیری از آسیب‌های بعدی و تدوین پروتکل‌های مداخله‌ای دقیق‌تر ایفا نماید (عاصی کوچصفهانی و برادران، ۱۴۰۱؛ زمســـتانی و اوتاویانی، ۲۰۱۶). از جمله متغیرهای میانجی در این ارتباط می‌توان به اجتناب تجربه‌ای[3] اشاره کرد. اجتناب تجربه‌ای به عنوان تلاش‌های انعطاف‌ناپذیر برای اجتناب از تجربه‌های ناخوشایند درونی تعریف شده است (هیز[4] و همکاران، ۲۰۱۱). اجتناب تجربه‌ای منجر به محدودســـازی تماس فرد با تجارب ناخوشـــایند درونی مانند (افکار، خاطرات و هیجانات مرتبط با سوءرفتار دوران کودکی) می‌شود. اجتناب تجربه‌ای یک مفهوم کلی است و به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای ناسازگار در نظر گرفته می‌شود. هر چند این راهبرد در کوتاه مدت از طریق کاهش رنج روان‌شـــناختی تقویت شـــده و تدوام می‌یابد، ولی در بلندمدت پیامدهای آزاردهنده‌ای داشته و کارکردهای روانی فرد را مختل می‌سازد (زمستانی و همکاران، ۲۰۲۲؛ لوین[5] و همکاران، ۲۰۱۸).

1. VanMeter
2. Gardner
3. Experiential avoidance
4. Hayes
5. Levin

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.72.2]

شـواهد پژوهشـی حاکی از آن اسـت که اجتناب تجربه‌ای در بسـیاری از مشـکلات مرتبط با سـلامت روان نقش موثری ایفا می‌کند (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). اجتناب تجربه‌ای ممکن است به‌طور متفاوت جنبه‌های مختلف استفاده از مواد را میانجی‌گری نماید. پیشینهٔ پژوهشی در این زمینه نشان می‌دهد که در افراد دارای آسیب‌های دوران کودکی، اجتناب تجربه‌ای به عنوان یک مکانیسم میانجی‌گر در شکل‌گیری و تداوم مصرف مواد نقش ایفا می‌کند (فیتزجرالد و گالوس[1]، ۲۰۲۰؛ ون‌متر و همکاران، ۲۰۲۲؛ روشـه[2] و همکاران، ۲۰۱۹). افرادی که تجربه آسیب‌های دوران کودکی دارند، سطوح بالایی از عواطف منفی را گزارش می‌کنند و در عین حال در معرض خطر اسـتفاده از مواد و الکل به عنوان یک مکانیسـم مقابله‌ای جهت اجتناب از تجربهٔ این حالات منفی و ناخوشـایند درونی خود هسـتند. احتمالاً، افرادی که قربانی بدرفتاری‌های دوران کودکی شـده‌اند در بزرگسـالی برای حل تعارض‌ها و تنش‌های درونی خود و فرونشـانی هیجانات منفی و اجتناب از خاطرات آزاردهندهٔ مرتبط با بدرفتاری‌های دوران کودکی به مصرف مواد روی می‌آورند (سانتو[3] و همکاران، ۲۰۲۱؛ هالپرن[4] و همکاران، ۲۰۱۸).

با توجه به اینکه رابطه بین بدرفتاری‌های دوران کودکی و مصـرف مواد پیچیده و چندبعدی اسـت و می‌تواند تحت تأثیر عوامل میانجی مختلف قرار گیرد، شـناسـایی نقش این عوامل در تبیین این ارتباط می‌تواند نقش مهمی در پیشـگیری از آسـیب‌های مرتبط با آن ایفا نماید. علیرغم این که در تحقیقات مختلف پیامدهای سـوءرفتار دوران کودکی و تأثیرات آن بر شکل‌گیری آسیب‌های طیف برونی‌ساز در افراد دارای مصرف مواد بررسی شـده اسـت، اما نقش مکانیسـم‌های دخیل در این پیوند به ندرت در این افراد مورد بررسـی قرار گرفته اسـت. از آنجا که بر اسـاس منابع موجود، تاکنون در ایران مطالعه‌ای به منظور بررسی متغیرهای میانجی‌گر دخیل در رابطه بین بدرفتاری‌های دوران کودکی و آسیب‌های طیف برونی‌ساز در افراد دارای مصـرف مواد انجام نشـده اسـت، بنابراین مطالعه حاضـر با

1. Fitzgerald & Gallus
2. Roche
3. Santo
4. Halpern

سال هجدهم، شماره ۷۲، تابستان ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 72, Summer 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.72.2]

هدف بررسی نقش میانجی‌گر اجتناب تجربه‌ای در رابطه بین سوءرفتار دوران کودکی و آسیب‌های طیف برونی‌ساز در افراد مصرف‌کنندهٔ مواد انجام شد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل کلیه مصرف‌کنندگان مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی مصرف مواد شهر سنندج بود. حجم نمونه با رجوع به راهکار کلاین[1] (۲۰۱۵) برای مطالعات با روش معادلات ساختاری تعیین شد. کلاین (۲۰۱۵) مطرح می‌کند که حداقل نسبت حجم نمونه برای هر متغیر مشاهده شده ۵ نفر است، نسبت ۱۰ نفر به ازای هر متغیر مناسب‌تر و نسبت ۲۰ نفر به ازای هر متغیر مطلوب قلمداد می‌شود. بنابراین در پژوهش حاضر با توجه به امکان ریزش نمونه‌ها و همچنین اطمینان بالای یافته‌ها و تعمیم‌دهی بهتر نتایج، نمونه‌ای برابر با ۴۵۰ نفر به روش در دسترس انتخاب شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از عضویت در مراکز درمان مصرف مواد شهر سنندج و داشتن کد مددجویی از سامانه، داشتن تحصیلات حداقل سیکل، دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، شرکت داوطلبانه در پژوهش و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم پاسخ‌دهی یا تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها بود. پس از مراجعه به مراکز ترک اعتیاد شهر سنندج، پرسشنامه پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و امکان انصراف از ادامه همکاری در همه مراحل پژوهش وجود داشت. از تعداد ۴۵۰ پرسشنامه اولیه در این پژوهش، تعداد ۴۱۷ پرسشنامه عودت داده شد که تعداد ۷۷ پرسشنامه به دلیل پاسخ‌های یکسان به سؤالات و شانسی پر کردن از نمونه‌های پژوهش حذف شدند و ۷ پرسشنامه به دلیل پرت بودن نمرات آزمودنی‌ها نیز حذف گردید که در نهایت ۳۳۳ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از مدل معادلات ساختاری در نرم‌افزار $AMOS_{24}$ تحلیل شدند.

1. Kline

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.72.2]

ابزار

۱- مقیاس خودگزارشی کودک آزاری[1]: این مقیاس توسط محمدخانی و همکاران (۲۰۰۳) برای سنجش سطح آزاردیدگی فرد در خانواده تهیه شده است. این ابزار شامل ۳۸ گویه و چهار خرده مقیاس آزار عاطفی و هیجانی (۱۴ گویه شامل سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴؛ دامنه نمره ۰ تا ۴۲)، غفلت (۱۱ گویه شامل سؤالات ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵؛ دامنه نمره ۰ تا ۳۳)، آزار جسمی (۸ گویه شامل سؤالات ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳؛ دامنه نمره ۰ تا ۲۴) و آزار جنسی (۵ گویه شامل سؤالات ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، دامنه نمره ۰ تا ۱۵) می‌باشد. نمره‌گذاری این پرسشنامه در طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۳ (همیشه) می‌باشد که کمترین نمره ۰ و بیشترین نمره ۱۱۴ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده وجود آسیب بیشتر در فرد می‌باشد. محمدخانی و همکاران (۲۰۰۳) به منظور محاسبه ضریب اعتبار این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ و روش آزمون-بازآزمون استفاده نموده‌اند. پژوهشگران مذکور، ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل این پرسشنامه را ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند که نشان می‌دهد این ابزار از ضریب پایایی درونی بالایی برخوردار است. همچنین پژوهشگران مذکور، ضریب همبستگی آزمون-بازآزمون برای خرده مقیاس‌های آزار عاطفی، غفلت، آزار جسمی و آزار جنسی را در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ گزارش نمودند. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۰ به دست آمد.

۲- سیاهه طیف آسیب‌های برونی‌سازی[2]: این ابزار توسط پاتریک[3] و همکاران (۲۰۱۳) طراحی شده است و ۱۶۰ گویه دارد. این ابزار شامل ۲۳ زیر مقیاس است که دامنه وسیعی از آسیب‌های طیف برونی‌ساز شامل تکانشگری مشکل‌ساز (۷ گویه شامل سؤالات ۱۰، ۳۶، ۸۱، ۹۵، ۱۱۲، ۱۲۹، ۱۳۹)، بی‌مسئولیتی (۱۰ گویه شامل سؤالات ۱، ۱۹، ۲۹، ۴۵، ۴۹، ۷۳، ۹۴، ۱۱۸، ۱۲۴، ۱۵۷)، سرقت (۸ گویه شامل سؤالات ۹، ۲۸، ۴۴، ۶۲، ۸۴، ۱۰۷، ۱۴۵، ۱۵۴)، فریبکاری (۶ گویه شامل سؤالات ۶، ۱۸، ۳۲، ۵۸، ۹۷، ۱۴۴)، اضطرار بی‌صبرانه (۵

1. Child Abuse Self Report Scale (CASRS)

2. Externalizing Spectrum Inventory (ESI)

3. Patrick

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.72.2]

گویه شامل سؤالات ۴۷، ۶۹، ۹۲، ۱۵۲، ۱۵۶)، عدم کنترل (۶ گویه شامل سؤالات ۱۲، ۳۸، ۷۷، ۹۰، ۹۸، ۱۲۷)، غیرقابل اعتماد بودن (۷ گویه شامل سؤالات ۱۴، ۴۳، ۵۹، ۷۸، ۱۰۶، ۱۲۵، ۱۴۳)، بیگانگی (۳ گویه شامل سؤالات ۱۳، ۶۵، ۱۳۵)، مستعد بی‌حوصلگی (۴ گویه شامل ۲۵، ۴۱، ۶۶، ۱۳۳)، سرزنش دیگران (۴ گویه شامل سؤالات ۳۰، ۷۱، ۱۰۴، ۱۳۴)، عدم صداقت (۵ گویه شامل سؤالات ۳۵، ۷۵، ۱۱۰، ۱۴۰، ۱۵۹)، عصیانگری (۶ گویه شامل سؤالات ۱۶، ۵۱، ۸۶، ۱۱۱، ۱۳۰، ۱۴۹)، پرخاشگری فیزیکی (۸ گویه شامل سؤالات ۱۷، ۳۹، ۵۴، ۶۳، ۶۸، ۹۳، ۹۹، ۱۳۲)، پرخاشگری مخرب (۷ گویه شامل سؤالات ۲۲، ۵۶، ۸۳، ۱۰۳، ۱۲۰، ۱۳۱، ۱۴۲)، پرخاشگری رابطه‌ای (۸ گویه شامل سؤالات ۲، ۲۴، ۴۸، ۶۱، ۷۰، ۱۱۳، ۱۲۳، ۱۵۱)، عدم همدلی (۱۱ گویه شامل سؤالات ۵، ۱۵، ۲۶، ۴۰، ۷۶، ۸۸، ۱۰۰، ۱۰۸، ۱۲۱، ۱۴۶، ۱۴۸)، هیجان‌طلبی (۶ گویه شامل سؤالات ۳، ۳۴، ۸۰، ۱۱۵، ۱۳۸، ۱۵۵)، مصرف ماری‌جوانا (۷ گویه شامل سؤالات ۱۱، ۲۷، ۵۲، ۷۴، ۸۹، ۱۱۹، ۱۵۳)، مشکلات مرتبط با مصرف ماری‌جوانا (۷ گویه شامل سؤالات ۸، ۲۳، ۵۷، ۸۲، ۱۰۱، ۱۱۷، ۱۴۱)، مصرف مواد (۶ گویه شامل سؤالات ۳۳، ۵۵، ۶۴، ۷۲، ۹۱، ۱۰۹)، مشکلات مرتبط با مصرف مواد (۱۱ گویه شامل سؤالات ۷، ۲۱، ۳۷، ۴۶، ۷۹، ۹۶، ۱۱۴، ۱۲۸، ۱۳۶، ۱۴۷، ۱۶۰)، مصرف الکل (۹ گویه شامل سؤالات ۴، ۳۱، ۵۰، ۸۵، ۱۰۲، ۱۲۲، ۱۲۶، ۱۳۷، ۱۵۰)، مشکلات مرتبط با مصرف الکل (۹ گویه شامل سؤالات ۲۰، ۴۲، ۵۳، ۶۰، ۶۷، ۸۷، ۱۰۵، ۱۱۶، ۱۵۸) را می‌سنجد. شیوهٔ نمره‌گذاری آن به صورت طیف لیکرت چهار درجه‌ای است که از ۰ (صحیح) تا ۳ (غلط) نمره گذاری می‌شود. نمرات بالاتر در هر مقیاس نشان دهنده سطوح بالاتر و مشکل‌سازتری از آسیب‌های طیف برونی‌ساز می‌باشد. در مطالعه پاتریک و همکاران (۲۰۱۳) آلفای کرونباخ نمره کل این پرسشنامه ۰/۸۵، ضریب پایایی بازآزمایی آن در بازه دو هفته‌ای ۰/۶۹ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. این پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط عبدی و زمستانی (۱۴۰۰) به زبان فارسی ترجمه شده و آلفای کرونباخ نمره کل آن نیز ۰/۹۵ گزارش شده است. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۶ به دست آمد.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.72.2]

۳- پرسشنامه پذیرش و عمل[1]: این پرسشنامه توسط باند[2] و همکاران (۲۰۱۱) جهت ارزیابی عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یا اجتناب تجربه‌ای تدوین شده است. نسخه اولیه این پرسشنامه شامل ۳۲ گویه بود، نسخه‌های بعدی آن با تعداد کمتری گویه تدوین و اعتباریابی شده‌اند. باند و همکاران (۲۰۱۱) آخرین نسخه این پرسشنامه را که حاوی ۷ گویه است تدوین کردند. پرسشنامه در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از ۱ (هرگز درست نیست) تا ۷ (همیشه درست است) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربه‌ای بالاتر است. ضریب آلفای کرونباخ نسخه اصلی این پرسشنامه برای گروه‌های بالینی و غیر بالینی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۷۸ گزارش شده است (باند و همکاران، ۲۰۱۱). این پرسشنامه توسط عباسی و همکاران (۱۳۹۱) به فارسی ترجمه شده و همسانی درونی و اعتبار همگرای قابل قبولی را برای نمونه‌های بالینی (۰/۷۱) و غیربالینی (۰/۸۴) گزارش داده‌اند. عامری و نجفی (۱۴۰۰) آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۸۷ به دست آوردند. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۳ به‌دست آمد.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که اغلب شرکت کنندگان (۵۴/۴ درصد) در رده سنی ۱۹ تا ۳۰ سال قرار داشتند و جنسیت ۳۱۴ نفر (۹۴/۳ درصد) از آن‌ها مرد و ۱۹ نفر (۵/۷ درصد) زن بود. همچنین، ۱۳۴ نفر (۴۰/۲ درصد) آنها مجرد، ۱۵۹ نفر (۴۷/۷ درصد) متاهل و ۴۰ نفر (۱۲ درصد) متارکه کرده بودند. ۶۶ نفر (۱۹/۸ درصد) از شرکت‌کنندگان تحصیلات سیکل، ۱۱۶ نفر (۳۴/۸ درصد) دیپلم، ۶۱ نفر (۱۸/۴ درصد) کاردانی و ۹۰ نفر (۲۷ درصد) لیسانس داشتند. ۳۲/۱ درصد از شرکت‌کنندگان نیز سابقهٔ دوبار ترک داشتند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Acceptance & Action Questionnaire-II (AAQ-II)
2. Bond

سال هجدهم، شماره ۷۲، تابستان ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 72, Summer 2024
[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]
[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.72.2]

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	زیرمقیاس	میانگین	انحراف استاندارد
سوءرفتار	جسمی	۱۷/۷۷	۵/۱۸
کودکی	جنسی	۱۲/۷۸	۳/۷۶
	عاطفی	۳۰/۵۴	۹/۶۰
	غفلت	۲۳/۷۳	۹/۱۴
	نمره کل سوءرفتار کودکی	۸۴/۸۴	۲۵/۸۳
	اجتناب تجربه‌ای -	۳۸/۳۰	۱۰/۸۴
آسیب‌های	تکانشگری مشکل ساز	۸/۳۵	۴/۱۲
مرتبط با	بی‌مسئولیتی	۱۲/۵۶	۵/۹۲
طیف	سرقت	۱۱/۶۷	۶/۰۰
برونی‌ساز	اضطرار بی‌صبرانه	۶/۴۸	۳/۰۲
	کنترل برنامه‌ریزی شده	۹/۱۳	۴/۰۸
	قابل اعتماد بودن	۱۲/۰۰	۳/۲۸
	بیگانگی	۴/۸۵	۱/۹۱
	مستعد بی‌حوصلگی	۵/۳۹	۳/۴۰
	سرزنش دیگران	۵/۰۰	۲/۷۵
	عدم صداقت	۹/۰۵	۳/۲۳
	عصیانگری	۸/۴۰	۳/۳۱
	پرخاشگری فیزیکی	۱۱/۸۶	۵/۱۲
	پرخاشگری مخرب	۱۰/۴۶	۴/۹۵
	پرخاشگری رابطه‌ای	۱۲/۶۱	۵/۱۰
	مشکل در همدلی	۱۹/۳۰	۷/۱۵
	هیجان‌طلبی	۹/۰۷	۴/۰۲
	مصرف ماری‌جوانا	۹/۲۴	۳/۸۸
	مشکلات مرتبط با مصرف ماری‌جوانا	۹/۱۳	۴/۳۸
	مصرف مواد مخدر	۸/۷۳	۳/۶۶
	مشکلات مرتبط با مصرف مواد مخدر	۱۴/۳۷	۸/۵۲
	مصرف الکل	۱۲/۷۸	۵/۹۵
	مشکلات مرتبط با مصرف الکل	۱۲/۲۳	۵/۶۷
	نمره کل آسیب‌های طیف برونی‌ساز	۲۲۲/۷۷	۸۰/۳۴

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.72.2]

در جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است. پیش از تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های مدل معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. در همین راستا جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنف[1] استفاده شد که نتایج حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بودند (p>۰/۰۵). همچنین، شاخص‌های کجی و کشیدگی همه متغیرهای آشکار بین ۲- و ۲ قرار دارد که و حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرها و مناسب بودن آن‌ها جهت انجام مدل معادلات ساختاری است. باتوجه به اینکه زیربنای مدل معادلات ساختاری مبتنی بر ماتریس همبستگی نمونه است، در جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۲: ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳
۱. سوءرفتار دوران کودکی	۱		
۲. اجتناب تجربه‌ای	۰/۴۱۶**	۱	
۳. آسیب‌های طیف برونی‌سازی	۰/۶۱۰**	۰/۴۳۴**	۱

**p<۰/۰۱

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین سوءرفتار کودکی، اجتناب تجربه‌ای و آسیب‌های برونی‌سازی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. جهت بررسی مفروضه عدم وجود خودهمبستگی در خطاهای پژوهش، از آماره دوربین-واتسون[2] استفاده شد که مقدار آن ۱/۸۲ به‌دست آمد؛ از آنجا که مقدار مورد نظر در دامنه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد میتوان گفت مفروضه عدم وجود خودهمبستگی مورد تأیید است. همچنین مفروضه همخطی برای متغیرهای برونزای پژوهش با استفاده از ضریب تحمل[3] و عامل تورم واریانس[4] بررسی شد. نتایج نشان داد مفروضه همخطی محقق شده است؛ زیرا مقدار ضریب تحمل در تمامی متغیرها به عدد یک نزدیک بود و مقادیر عامل تورم واریانس در همه آن‌ها از حد بحرانی ۲ کمتر بود. بررسی شاخص کفایت حجم نمونه[5] (۰/۸۶) و شاخص کرویت بارتلت[6]

1. Kolmogoro-Smirnov test
2. Durbin-Watson
3. Tolerance
4. Variance Inflation Factors (VIF)
5. Kaiser-Meyer-Olkin (KmO)
6. Bartlett

سال هجدهم، شماره ۷۲، تابستان ۱۴۰۳
Vol. 18, No. 72, Summer 2024

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

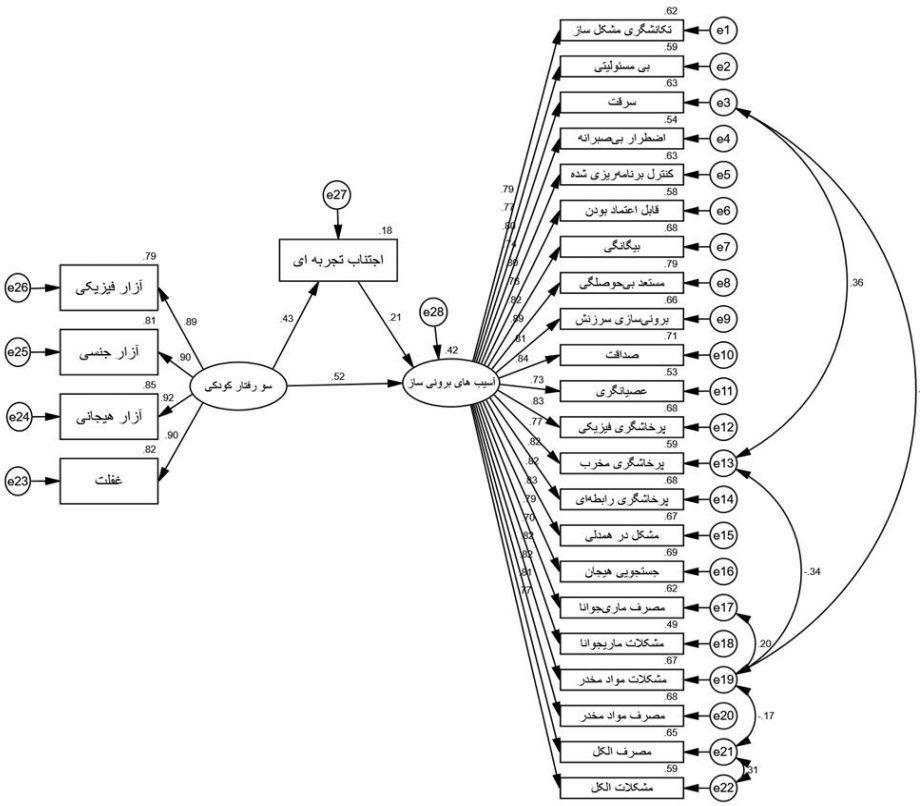
[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.72.2]

(df=۳۱ و p< ۰/۰۱) حاکی از برآورده شدن ملاک‌های لازم برای مدل معادلات ساختاری بود. جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳: شاخص‌های برازش مدل پژوهش

شاخص‌های برازش	χ^2	df	χ^2/df	P	NFI	TLI	CFI	SRMR	RMSEA	Confidence Interval 90%	
مقادیر قابل قبول	–	–	<۳	<۰/۰۵	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	<۰/۰۸	<۰/۰۸	High	Low
مقادیر محاسبه‌شده	۷۹۵/۲۲	۳۱۹	۲/۴۹	۰/۰۱	۰/۹۱	۰/۹۴	۰/۹۴	۰/۰۳۷	۰/۰۶۷	۰/۰۷۳	۰/۰۶۱

نتایج جدول ۳ نشـان می‌دهد که بر اسـاس معیار هو و بنتلر[1] (۱۹۹۹؛ به نقل از عامری، ۱۴۰۱) مدل از برازش مطلوبی برخوردار است. ضرایب استاندارد مسیرهای مدل پژوهش در شکل ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

1. Hu & Bentler

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.72.2]

جدول ۴ اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ٤: ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم مدل پژوهش

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	SE	C.R	P	نتیجه
سوءرفتار کودکی	اجتناب تجربه‌ای	۰/۴۲۵	۰/۵۵۹	۰/۰۶۹	۸/۱۲	۰/۰۰۱**	تأیید
سوءرفتار کودکی	آسیب‌های برونی‌ساز	۰/۵۲۵	۰/۲۰۷	۰/۰۲۲	۹/۴۲	۰/۰۰۱**	تأیید
اجتناب تجربه‌ای	آسیب‌های برونی‌ساز	۰/۲۱۳	۰/۰۶۴	۰/۰۱۵	۴/۳۴	۰/۰۰۱**	تأیید

**p<۰/۰۱

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود ضرایب مسیر مربوط به اثرهای مستقیم متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۱ معنادار است. در ادامه به منظور آزمون معناداری نقش میانجی اجتناب تجربه‌ای در رابطهٔ بین سوءرفتار دوران کودکی و آسیب‌های طیف برونی‌ساز از آزمون بوت استراپ[1] با ۲۰۰۰ نمونه استفاده شد.

جدول ۵: نتایج آزمون بوت استراپ اثر غیرمستقیم مدل پژوهش

مسیر غیر مستقیم	اثر غیرمستقیم	خطای استاندارد	حدبالا	حدپایین	سطح معناداری
سوءرفتار کودکی ← اجتناب تجربه‌ای ← آسیب‌های برونی‌ساز	۰/۰۹۰	۰/۶۳	۰/۱۵۳	۰/۰۴۳	۰/۰۲۴*

*p<۰/۰۵

طبق نتایج جدول ۵، مسیر غیرمستقیم مدل تأیید شد. در نتیجه اجتناب تجربه‌ای به صورت جزئی و نه کلی قادر به میانجی‌گری معنادار بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین سوءرفتار دوران کودکی و آسیب‌های طیف برونی‌ساز در افراد مصرف‌کننده مواد با تعیین نقش میانجی‌گر اجتناب تجربه‌ای بود. نتایج نشان داد که مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار است و سوءرفتار کودکی به صورت مستقیم و معناداری آسیب‌های طیف برونی‌ساز را در افراد دارای مصرف مواد پیش‌بینی می‌کند. نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های لوهید-نیسمن[2] و

1. Bootstrapping
2. Loheide-Niesmann

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.72.2]

همکاران (۲۰۲۲) و لیک[1] و همکاران (۲۰۱۵) است. مطالعات قبلی رابطه بین سوءرفتار دوران کودکی و مصرف مواد در بزرگسالی را تأیید کرده‌اند و نشان داده‌اند که مصرف مواد در بزرگسالان ناشی از تجربه سوءرفتار دوران کودکی است (ون‌متر و همکاران، ۲۰۲۲؛ رودریگز[2]، ۲۰۱۰). لوهید-نیسمن و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه خود نشان دادند که انواع مختلف سوءرفتار کودکی به ویژه سوء استفاده فیزیکی و جنسی به‌طور معنی‌داری با آسیب‌های طیف برونی‌ساز در افراد دارای مصرف مواد مرتبط هستند. لیک و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند توالی رشدی که در آن شدت بدرفتاری در اوایل دوران کودکی وجود دارد، عملکرد شخصیتی ناسازگار در دوران کودکی را تشدید می‌کند و به دنبال آن مشکلات برونی‌ساز در دوران پیش از نوجوانی و در نهایت وابستگی به مواد ایجاد می‌شود. درک مسیرهای رشدی که از طریق آن‌ها تجربه بدرفتاری، خطر مصرف مواد و علائم وابستگی را در جوانان افزایش می‌دهد، پیامدهای گسترده‌ای برای درمان و پیشگیری از اختلالات مصرف مواد دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که عوامل مختلفی در افراد با سابقه مصرف مواد وجود دارد که شامل اختلالات روان‌شناختی والدین، محیط نامناسب و فاقد حمایت روان‌شناختی مناسب، به ویژه سوء استفاده از کودکی؛ سوءرفتار جسمی، جنسی و نادیده گرفتن در پیدایش اختلالات برونی‌ساز نقش مهمی دارد. در این بین عوامل روان‌شناختی و سایر عوامل همچون شدت آسیب و محیط نامناسب همراه با وضعیت ناکارآمد خانواده، افراد را در معرض آسیب پذیری بیشتری می‌گذارد و این افراد بیشتر از سایر افراد آمادگی ابتلا به اختلالات روانی و جسمی دارند؛ به عبارت دیگر عوامل محیطی و بدرفتاری کودکی باعث چرخه‌ای معیوب و ناکارآمد و تشدیدکننده برای شکل‌گیری اختلالات هیجانی در این کودکان خواهد شد.

علاوه بر این، یافته‌ها نشان داد که اجتناب تجربه‌ای در رابطه بین سوءرفتار دوران کودکی و آسیب‌های طیف برونی‌ساز در افراد دارای مصرف مواد نقش واسطه‌ای معنی‌داری را ایفا می‌کند. نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های شاملی[3] و

1. Lake
2. Rodriguez
3. Shameli

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.72.2]

همکاران (۲۰۲۲)، ون‌متر و همکاران (۲۰۲۲)، روشـــه و همکاران (۲۰۱۹) و فیتزجرالد و گالوس (۲۰۲۰) می‌باشـد. روان‌شـناختی روشـه و همکاران (۲۰۱۹) و فیتزجرالد و گالوس (۲۰۲۰) در پژوهش خود نشان دادند افرادی که در معرض سوءرفتار کودکی قرارگرفته‌اند، از لحاظ روان‌شـــناختی دچار تنش‌های درونی هســـتند؛ بنابراین این افراد به منظور تعدیل هیجانات منفی خود به راهبردهای ناســـازگارانه مانند اجتناب تجربه‌ای روی می‌آورند. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که احتمالاً کودکانی که قربانی بدرفتاری شـــده‌اند، در بزرگسـالی برای حل موقت تنش‌های درونی خود و فرونشـانی هیجانات منفی و اجتناب از خاطرات آزاردهنده مرتبط با بدرفتاری دوران کودکی، به مصـرف مواد و سـایر رفتارهای آســیب‌زا به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای اجتنابی روی می‌آورند (حشـــمتی و همکاران، ۲۰۲۲). در بین افرادی که سـابقهٔ سـوءرفتار دوران کودکی دارند، گرایش به مصـرف مواد جهت اجتناب از تجارب درونی دردناک و کاهش رنج روانی مشاهده می‌شود. این سبک رفتاری اجتنابی با هدف به حداقل رسـاندن یا کنترل تجارب درونی ناخوشـایند و منفی به عنوان راهبرد، خود تبدیل به مشـــکل خواهد شـــد (کلی[1] و همکاران، ۲۰۱۹؛ زمســـتانی و همکاران، ۱۳۹۵).

اجتناب تجربه‌ای یک عامل فراتشخیصی می‌باشد که در سبب‌شناسی و آسیب شناسی بسیاری از اختلالات رفتاری و هیجانی نقش به‌سزایی دارد. اجتناب از رویدادهای استرس‌زا و دردناک و عدم پذیرش منجر به تداوم مشـکلات روان‌شـناختی می‌شـود و در نتیجه افراد از به‌کارگیری روش‌ها و راهبردهای کارآمد جهت مدیریت هیجانات و افکار آزاردهنده و منفی دچار مشـــکل می‌شـــوند (لوین و همکاران، ۲۰۱۲). اجتناب تجربه‌ای شـــامل عدم تمایل افراد برای تجربه رویدادهای آزاردهنده و دردناک همراه با کوشش برای سرکوب، کنترل و بازداری فراوانی و شـکل این تجارب خصـوصـی و عواملی که این موقعیت‌ها را تداعی و ایجاد می‌کنند، است. اجتناب تجربی باعث سرکوب یا کنترل اثر تجارب آزارنده خواهد شـد و درنتیجه آرامش کوتاه مدت را فراهم می‌سـازد که این عمل اجتناب رفتاری به شـکل منفی تقویت می‌شـود. این اجتناب رفتاری وقتی مشـکل‌سـاز خواهد شـد که به

1. Kelly

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.72.2]

صورت سبک رفتاری منجر به اختلال در کارکرد روزانه فرد و ناکامی در دستیابی به اهداف زندگی فرد شود (زمستانی و همکاران، ۲۰۲۲). اجتناب تجربه‌ای به عنوان یک روش مقابله‌ای اگر طولانی مدت استفاده شود باعث محدودیت در تجربه رویدادها و مانع دستیابی فرد به منابع و اطلاعات درونی و مهم فرد خواهد شد. اشخاصی که تجربه بدرفتاری کودکی دارند، به احتمال بیشتر دچار نشخوار ذهنی درباره چگونگی وقوع رویدادها و پاسخ‌های رفتاری به آن رویدادها می‌شوند و در نتیجه خودسرزنشی بیشتری را تجربه خواهند کرد که منجر اختلالات هیجانی در افراد خواهد شد (لوما[1] و همکاران، ۲۰۲۰؛ زمستانی و مظفری، ۲۰۲۰).

در جمع‌بندی نهایی می‌توان گفت که با توجه به اهمیت دوران کودکی و تأثیرات ماندگار تجارب آسیب‌زا و تبعات بعدی آن در بزرگسالی همچون ابتلا به اختلالات طیف برونی‌ساز و گرایش به مصرف مواد و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد مانند اجتناب تجربه‌ای جهت کنار آمدن با احساسات ناخوشایند ناشی از سوءرفتار دوران کودکی، نتایج این مطالعه می‌تواند در جهت آگاه‌سازی والدین از طریق برنامه‌های آموزشی در مورد نقش حساس آنها در پیشگیری از آسیب‌های دوران کودکی تلویحات کاربردی به همراه داشته باشد. همچنین، بررسی آسیب‌های دوران کودکی در افراد دارای مصرف مواد و همچنین آموزش راهبردهای مقابله‌ای کارآمدتر به جای اجتناب تجربه‌ای می‌تواند در پیشگیری از تداوم مصرف مواد سودمند باشد. بنابراین، توجه به این متغیرها در کاهش گرایش به مصرف مواد و مشکلات همراه با آن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، روش نمونه‌گیری در دسترس می‌باشد که در آن آزمودنی‌ها شرایط یکسان و برابر برای انتخاب شدن ندارند و امکان تعمیم نتایج محدود می‌باشد. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از پرسشنامه برای جمع‌آوری داده‌ها است و با توجه به اینکه پرسشنامه‌ها جنبه خودگزارشی داشتند و حجم آنها نیز زیاد بود، ممکن است در پاسخ‌ها سوگیری وجود داشته باشد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم تمایل به همکاری افراد تحت درمان

1. Luoma

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.72.2]

کمپ‌های ترک اعتیاد اشـــاره کرد. با توجه به نتایج پژوهش حاضـــر لازم اســـت تدوین برنامه‌های آموزشـــی و آموزش مهارت مدیریت خلق منفی و آموزش راهبردهای تنظیم هیجان کارآمد و همچنین آموزش نقش اجتناب تجربه‌ای در تداوم مصـــرف در افراد مبتلا به مصرف مواد و همچنین خانواده‌های آنها و عموم مردم صورت بگیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی بر روی نمونه‌های گسترده‌تر انجام شود و از طرح‌های تجربی یا طولی که امکان استنتاج یک رابطه علت و معلولی را ایجاد نماید، استفاده شود.

منابع

حکاک، سیده منصوره؛ کاظمی، شکوفه و کاکاوند، علیرضا (۱۳۹۸). رابطه آسیب‌های دوران کودکی و تجارب تجزیه‌ای با اعتیاد به اینترنت در دانشجویان. *فصلنامه علمی مطالعات روان‌شناختی*، ۱۵(۱)، ۴۰-۲۳.

رهبر کنارسری، زینب؛ رنجبر نوشری، فرزانه و برادران، مجید (۱۴۰۲). نقش واسطه‌ای خودمهارگری در رابطه بین تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و ولع مصرف مواد در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۷(۷۰)، ۵۴-۳۱.

زمستانی، مهدی؛ بابامیری، محمد و سپیانی، علیرضا (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سوءمصرف مواد و شدت علائم افسردگی و اضطراب هم آیند در معتادان مرکز اجتماع درمان مدار. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۰(۳۹)، ۱۹۴-۱۷۹.

عاصی کوچصفهانی، عطاالله و برادران، مجید (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، اجتناب تجربی و کاهش دوز متادون در بیماران تحت درمان با متادون. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۶)، ۳۱۰-۲۹۱.

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

عامری، نرجس و نجفی، محمود (۱۴۰۰). نقش میانجی پریشانی روان‌شناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) در رابطه بین اجتناب تجربی با علائم وسواس فکری-عملی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۷(۴)، ۳۱-۱۱.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.72.2]

عباسی، ایمانه؛ فتی، لادن؛ مولودی، رضا و ضرابی، حمید (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل– نسخه دوم. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۳(۱۰)، ۸۰-۶۵.

عبدی، سیدکسری و زمستانی، مهدی (۱۴۰۰). *نقش عوامل فراتشخیصی بدتنظیمی هیجان و عدم تحمل ابهام در ارتباط بین صفات شخصیت مرضی و آسیب‌های درونی‌ساز-برونی‌ساز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه کردستان.

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

محمدزاده، علی؛ رضائی، اکبر و امینی، محمدحسن (۱۴۰۲). پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس ترومای کودکی، آشفتگی روان‌شناختی، و دشواری تنظیم هیجان در افراد با مصرف مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۷(۶۹)، ۸۶-۶۷.

References

Baldwin, J. R., Wang, B., Karwatowska, L., Schoeler, T., Tsaligopoulou, A., Munafò, M. R., & Pingault, J. B. (2023). Childhood maltreatment and mental health problems: A systematic review and meta-analysis of quasi-experimental studies. *American journal of psychiatry*, 180(2), 117-126.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*, 42(4), 676-688.

Cicchetti, D., & Handley, E. D. (2019). Child maltreatment and the development of substance use and disorder. *Neurobiology of stress*, 10(21), 100-144.

Fitzgerald, M., & Gallus, K. (2020). Emotional support as a mechanism linking childhood maltreatment and adult's depressive and social anxiety symptoms. *Child abuse & neglect*, 108(36), 104645.

Gardner, M. J., Thomas, H. J., & Erskine, H. E. (2019). The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child abuse & neglect*, 96(21), 104082.

Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68-81.

Halpern, S. C., Schuch, F. B., Scherer, J. N., Sordi, A. O., Pachado, M., Dalbosco, C., ... & Von Diemen, L. (2018). Child maltreatment and illicit substance abuse: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Child abuse review*, *27*(5), 344-360.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.72.2]

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford press.

Heshmati, R., Zemestani, M., & Vujanovic, A. (2022). Associations of childhood maltreatment and attachment styles with romantic breakup grief severity: The role of emotional suppression. *Journal of interpersonal violence*, 37(13-14), 11883-11904.

Kelly, M. M., DeBeer, B. B., Meyer, E. C., Kimbrel, N. A., Gulliver, S. B., & Morissette, S. B. (2019). Experiential avoidance as a mediator of the association between posttraumatic stress disorder symptoms and social support: A longitudinal analysis. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 11(3), 353-371.

Kim, H., Wildeman, C., Jonson-Reid, M., & Drake, B. (2017). Lifetime prevalence of investigating child maltreatment among US children. *American journal of public health*, 107(2), 274-280.

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

Lake, S., Wood, E., Dong, H., Dobrer, S., Montaner, J., & Kerr, T. (2015). The impact of childhood emotional abuse on violence among people who inject drugs. *Drug and alcohol review*, 34(1), 4-9.

Levin, M. E., Krafft, J., Pierce, B., & Potts, S. (2018). When is experiential avoidance harmful in the moment? Examining global experiential avoidance as a moderator. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 61(22), 158-163.

Levin, M. E., Lillis, J., Seeley, J., Hayes, S. C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2012). Exploring the relationship between experiential avoidance, alcohol use disorders, and alcohol-related problems among first-year college students. *Journal of american college health*, 60(6), 443-448.

Loheide-Niesmann, L., Riem, M. M., & Cima, M. (2022). The impact of maternal childhood maltreatment on child externalizing behaviour and the mediating factors underlying this association: a three-level meta-analysis and systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 36(10), 1-26.

Luoma, J. B., Pierce, B., & Levin, M. E. (2020). Experiential avoidance and negative affect as predictors of daily drinking. *Psychology of addictive behaviors*, 34(3), 421-134.

Mohammadkhani, P., Mohammadi, M. R., Nazari, M. A., Salavati, M., & Razzaghi, O. M. (2003). Development, validation and reliability of child abuse self-report scale (CASRS) in Iranian students. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran (MJIRI)*, 17(1), 51-58.

Palmer, L., Font, S., Eastman, A. L., Guo, L., & Putnam-Hornstein, E. (2024). What does child protective services investigate as neglect? A population-based study. *Child maltreatment*, *29*(1), 96-105.

Patrick, C. J., Kramer, M. D., Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2013). Optimizing efficiency of psychopathology assessment through

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.72.2]

quantitative modeling: development of a brief form of the Externalizing Spectrum Inventory. *Psychological assessment*, *25*(4), 13-32.

Roche, A. I., Kroska, E. B., Miller, M. L., Kroska, S. K., & O'Hara, M. W. (2019). Childhood trauma and problem behavior: Examining the mediating roles of experiential avoidance and mindfulness processes. *Journal of American college health*, *67*(1), 17-26.

Rodriguez, C. M. (2010). Personal contextual characteristics and cognitions: Predicting child abuse potential and disciplinary style. *Journal of interpersonal violence*, *25*(2), 315-335.

Russotti, J., Warmingham, J. M., Duprey, E. B., Handley, E. D., Manly, J. T., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2021). Child maltreatment and the development of psychopathology: The role of developmental timing and chronicity. *Child abuse & neglect*, 120(33), 105215.

Santo Jr, T., Campbell, G., Gisev, N., Tran, L. T., Colledge, S., Di Tanna, G. L., & Degenhardt, L. (2021). Prevalence of childhood maltreatment among people with opioid use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 219(18), 108459.

Shameli, L., Bahramara, Z., Mohammadi, M., & Hadianfard, H. (2022). The Relationship between Childhood Maltreatment and Mental Health with the Mediation of Experiential Avoidance in Girl Students. *Journal of psychological achievements*, *29*(1), 57-78.

VanMeter, F., Handley, E. D., & Cicchetti, D. (2020). The role of coping strategies in the pathway between child maltreatment and internalizing and externalizing behaviors. *Child abuse & neglect*, 101(81), 104323.

Xiao, Z., Murat Baldwin, M., Wong, S. C., Obsuth, I., Meinck, F., & Murray, A. L. (2023). The impact of childhood psychological maltreatment on mental health outcomes in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Trauma, violence, & abuse*, *24*(5), 3049-3064.

Zemestani, M., & Mozaffari, S. (2020). Acceptance and commitment therapy for the treatment of depression in persons with physical disability: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, *34*(7), 938-947.

Zemestani, M., & Ottaviani, C. (2016). Effectiveness of mindfulness-based relapse prevention for co-occurring substance use and depression disorders. *Mindfulness*, *7*(6), 1347–1355.

Zemestani, M., Hosseini, M., Petersen, J. M., & Twohig, M. P. (2022). A pilot randomized controlled trial of culturally-adapted, telehealth group acceptance and commitment therapy for Iranian adolescent females reporting symptoms of anxiety. *Journal of contextual behavioral science*, 25(11), 145-152.

Zemestani, M., Niakan, F., Shafeizadeh, K., & Griffiths, M. D. (2021). The relationship between psychobiological dimensions of personality and internet gaming disorder: The role of positive and negative affects. *Current psychology*, 42(19), 4744-4753.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.61186/etiadpajohi.18.72.2]