

## الگویابی زیستی - روانی - معنوی در افراد وابسته به مواد و تدوین برنامه مداخله برای ارتقای تاب‌آوری مبتنی بر روایت‌شناسی شناختی و روان‌شناسی مثبت‌نگر

عزت‌ا... گُردمیرزانی‌کوزاده<sup>۱</sup>، احمد برجعلی<sup>۲</sup>،  
حسین اسکندری<sup>۳</sup>، فرامرز سهرابی<sup>۴</sup>، علی دلاور<sup>۵</sup>

### چکیده

**مقدمه:** در طول چند دهه گذشته، پژوهش‌ها در خصوص سوء مصرف و وابستگی به مواد، از نگاه صرف به عوامل خطرآفرین به سوی عوامل حفاظتی تغییر جهت داده است. از سوی دیگر، در طول دو دهه گذشته مفهوم تاب‌آوری در حوزه روان‌شناسی تحولی توجه‌ای روزافزون کسب کرده است. چرخش تمرکز از خطر به تاب‌آوری به واسطه ناکامی تأکید بر شناسایی عوامل خطرآفرین ناشی می‌شود. **روش:** جامعه پژوهش شامل، کلیه معتادین مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر تهران بود که از بین آنها نمونه‌ای با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شد. نمونه در مجموع ۳۱۹ نفر (مذکر)، شامل دو گروه افراد وابسته به مواد (۱۵۰ نفر) و غیر وابسته به مواد (۱۶۹ نفر) بود که از این تعداد پرسشنامه‌های ناقص حذف و در نهایت ۱۲۶ پرسشنامه از معتادان و ۱۰۸ پرسشنامه از افراد سالم مورد تحلیل قرار گرفت. جهت تعیین برازش مدل بر اساس متغیرهای فرض شده در پژوهش، با استفاده از نرم افزار LISREL ابتدا، رابطه متغیرهای بنیادین اولیه با

۱. نویسنده مسئول: دکتری روانشناسی و استادیار دانشگاه پیام نور.

پست الکترونیکی: [knikoozadeh@yahoo.com](mailto:knikoozadeh@yahoo.com)

۲. استادیار دانشگاه علامه طباطبایی

۳. استادیار دانشگاه علامه طباطبایی

۴. دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی

۵. استاد دانشگاه علامه طباطبایی

متغیرهای درون‌زاد نهایی بررسی شد. در ادامه، رابطه متغیرهای پایه با متغیرهای واسطه‌ای بررسی شد و در نهایت، رابطه متغیر واسطه‌ای با متغیر درون‌زاد با کنترل متغیر برون‌زاد تعیین شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد مدل پیش‌بینی شده برای تاب‌آوری در برابر مواد برآزش لازم را داشت. **نتیجه‌گیری:** در این تحقیق برنامه‌ای مبتنی بر مدل زیستی روانی معنوی جهت مداخلات آموزشی برای افزایش تاب‌آوری افراد معتاد، تدوین شد. **کلید واژه‌ها:** شیوه زندگی، ویژگی‌های سرشت و منش، هوش هیجانی، معنویت و دین‌داری.

### مقدمه

در گذشته‌ای نه‌چندان دور، تلاش برای درک، پیش‌بینی، پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد و بیماری‌های روانی با واژه‌ی «چرا» شروع می‌شد. سؤالاتی از این قبیل که «چرا افراد مواد مصرف می‌کنند؟»، «چرا افراد افسرده می‌شوند؟»، «چرا افراد حتی پس از مشاهده پیامدهای مصرف مواد و الکل، به مصرف خود ادامه می‌دهند؟»، اما از حدود چند دهه قبل، پژوهشگران توجه خود را با این عبارت نشان دادند: «چرا نه؟». «چرا بسیاری از افرادی که در خطر مصرف مواد هستند، هرگز به سراغ آن نمی‌روند؟»، «چرا بسیاری از افرادی که مواد را تجربه کرده‌اند، به آن وابسته نمی‌شوند؟»، «چرا برخی از افراد تحت تأثیر عواملی که برای بسیاری از افراد، مشکلات عاطفی و روانی به وجود می‌آورد، این پیامدها را تجربه نمی‌کنند؟». پرسش‌هایی از این دست و دامنه‌ای از مشاهدات بالینی، منجر به توجه بیشتر به مفهوم تاب‌آوری شده است (لشنر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲؛ به نقل از گلانتز<sup>۲</sup> و جانسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲).

طبق نظر تورنز<sup>۴</sup> (۱۹۹۵؛ به نقل از گلانتز و جانسون ۲۰۰۲)، چرخش تمرکز از خطر به تاب‌آوری به واسطه ناکامی تأکید بر شناسایی عوامل خطرآفرین ناشی می‌شود. در حالی که رویکرد متمرکز بر خطر در حوزه سلامت عمومی و در کاهش بیماری‌های عفونی بسیار سودمند بوده است، مداخلات

---

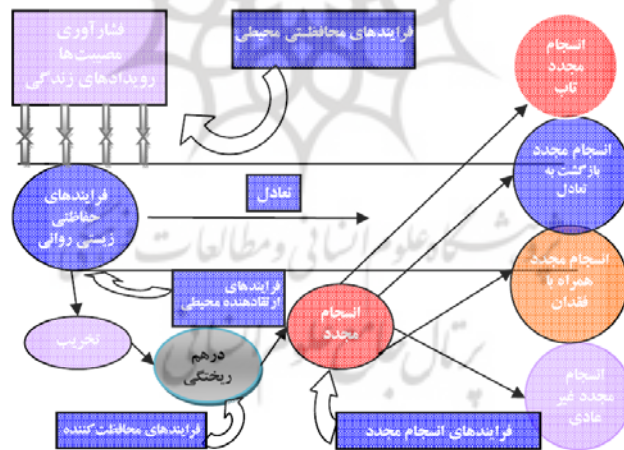
1. Leshner  
2. Glantz  
3. Johnson  
4. Torrenz

الگویابی زیستی، روانی و معنوی در افراد وابسته به مواد و ...

مرتبط به شیوه زندگی به رویکردهای جامع تری از قبیل درک مکانیزم‌های محافظتی و تاب‌آورانه نیازمند است (کمپفر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲).

پژوهش حاضر نیز، در راستای تغییر نگاه از رویکرد مشکل محور به رویکرد پرورش توانمندی‌ها شکل گرفت. این پژوهش دو هدف را هم زمان دنبال می‌کند: ابتدا، طراحی و آزمون مدلی کمی از مسیرهای احتمالی تاب‌آوری و نیز طراحی برنامه آموزشی مبتنی بر مؤلفه‌های به دست آمده از این مدل، جهت ارتقای تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد.

در این راستا، ضمن مرور ادبیات پژوهشی در خصوص خطر آفرین‌ها و عوامل حمایتی، یکی از مدل‌های «عامل خطر/ حفاظتی»<sup>۲</sup>، یعنی مدل تاب‌آوری زیستی، روانی، معنوی<sup>۳</sup> ریچاردسون<sup>۴</sup> (۲۰۰۲)، که مدلی علی پیرامون پیش‌آیندها و پیامدهای متغیرهای فردی است، به عنوان الگو انتخاب و مورد آزمون قرار گرفت. بنا بر ادبیات پژوهشی، عوامل زیستی (ویژگی‌های سرشت و منش)، روانی (هوش هیجانی)، معنویت و دین‌داری به عنوان پیش‌آیندها، شیوه زندگی، عامل واسطه‌ای و تاب‌آوری به عنوان پیامد، تعیین شد.



شکل ۱: مدل تاب‌آوری (ریچاردسون، ۲۰۰۲)

1. Kampfper
2. risk / protective
3. biopsychospiritual model
4. Richardson

این مدل تاب‌آوری (شکل شماره ۱)، ابزاری است که بدان وسیله افراد از طریق تخریب‌های برنامه‌ریزی شده<sup>۱</sup> یا واکنش به رخداد‌های زندگی<sup>۲</sup>، فرصتی برای انتخاب هشیارانه یا ناهشیارانه پیامدهای تخریب<sup>۳</sup> را داشته باشند. انسجام مجدد تاب‌آورانه<sup>۴</sup> اشاره به فرایند انسجام مجدد یا کنار آمدن<sup>۵</sup> دارد که منجر به رشد دانش<sup>۶</sup>، خودفهمی<sup>۷</sup>، و توانمندی افزایش یافته کیفیت‌های تاب‌آوری<sup>۸</sup> تاب‌آوری<sup>۹</sup> می‌شود (ریچاردسون، ۲۰۰۲).

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه تحقیق عبارت بود از کلیه افراد معتاد مراجعه‌کننده به مراکز درمان اعتیاد شهر تهران. ۳۱۹ نفر از آنها شامل دو گروه افراد وابسته به مواد (۱۵۰ نفر) و غیر وابسته به مواد (۱۶۹ نفر) با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. از این تعداد پرسشنامه‌های ناقص حذف و در نهایت ۱۲۶ پرسشنامه از معتادان و ۱۰۸ پرسشنامه از افراد سالم مورد تحلیل قرار گرفت (هر دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی هم‌تا شده بودند).

## ابزار

۱. پرسشنامه مقیاس‌های اساسی آدلر برای موفقیت بین‌فردی - نسخه بزرگسالان<sup>۹</sup>: این پرسشنامه بر اساس سؤال‌های اولیه و سنتی خود آدلر در هدایت مصاحبه بالینی از آن استفاده می‌کرد، توسط کرن<sup>۱۰</sup>، ویلر<sup>۱۱</sup>، و کارلت<sup>۱۲</sup> در سال ۱۹۹۳ تهیه و چارچوب مقیاس لیکرت به آن افزوده شد. از

1. planned disruptions
2. life events
3. outcomes of disruption
4. resilient reintegration
5. coping
6. knowledge
7. self-understanding
8. resilient qualities
9. Basic Adlerian Scales for Interpersonal Success-Adult form (BASIS-A).
10. Kern
11. Wheeler
12. CURlette

مزایای این پرسشنامه این بود که در درجه نخست، متخصصان این توانایی را یافتند که بر سر محتوای اطلاعاتی که از مراجعان درباره شیوه زندگی، از طریق پرسشنامه‌های نوشتاری، نگاشته بودند، توافق کنند و دوم، شمار معدودی از الگوهای شیوه زندگی را مشخص نمایند (اسنو<sup>۱</sup>، ریتز<sup>۲</sup> و و کرن، ۲۰۰۲).

۲. آزمون هوش هیجانی: مقیاس هوش هیجانی توسط برادبری<sup>۳</sup> و گریوز<sup>۴</sup> در ۲۸ گویه تنظیم و چهار عامل خودآگاهی، خودمدیریتی، آگاهی اجتماعی، مدیریت رابطه را می‌سنجد. خودآگاهی، یعنی، توانایی در شناسایی هیجان‌های خود و آگاهی از آنها به هنگام تولید. خودآگاهی، کنترل تمایلات خود در نحوه واکنش به اوضاع و افراد مختلف را نیز شامل می‌شود. خودمدیریتی، یعنی توانایی در به‌کارگیری «آگاهی از هیجان‌ها» به منظور انعطاف‌پذیر ماندن و رفتارها را مثبت هدایت کردن. یعنی این که بتوانید واکنش‌های هیجانی خود را در مقابل همه مردم و شرایط مختلف کنترل کنید. آگاهی اجتماعی، یعنی، توانایی در تشخیص دقیق هیجان‌های دیگران و درک این که دقیقاً چه اتفاقی در حال روی دادن است. این موضوع اغلب به این معناست که طرز تفکر و احساسات دیگران را درک می‌کنید، حتی زمانی که خودتان همان احساسات یا تفکرات را ندارید. مدیریت رابطه، یعنی، توانایی در به‌کارگیری «آگاهی از هیجان‌های دیگران» به منظور موفقیت در کنترل و مدیریت تعامل‌ها. هم‌چنین، این توانایی، ارتباط واضح با شرایط و کنترل مؤثر تعارض‌های دشوار را شامل می‌شود.

سؤالات به شیوه لیکرت از «هرگز» تا «همیشه» تنظیم شده است. نمرات به دست آمده از این آزمون، بر اساس هنجاری به دست آمده از پاسخ هزاران آزمودنی مورد مقایسه قرار می‌گیرد.

۳. پرسشنامه معنویت - دین‌داری: پرسشنامه معنویت - دین‌داری دارای ۳۹ گویه است. این گویه‌ها برای ارزیابی معنویت و دین‌داری در حوزه سلامت روان در سال ۱۹۹۹ توسط مؤسسه ملی سلامت ایالات متحده آمریکا<sup>۵</sup> با دعوت از کارشناسان تمامی ادیان، جامعه‌شناسان، روان‌شناسان، و متخصصین

---

1. Snow  
2. Ritter  
3. Bradberry  
4. Greaves  
5. National Institute on Drug Abuse

متخصصین سلامت عمومی و مدارس، و تشکیل گروه کاری تخصصی دینی و بالینی تدوین و سپس هنجار‌گزینی شد. در تدوین این پرسشنامه سه موضوع مورد توجه است: (۱) تعیین حیطه‌هایی از دین‌داری / معنویت که بیشترین ارتباط را با سلامت می‌توانند داشته باشند. (۲) پیشنهاد مکانیسم‌های بالقوه‌ای که به وسیله این متغیرها می‌توانند عمل کنند. (۳) زمینه‌یابی چندبُعدی کوتاهی را برای استفاده در پژوهش‌های بالینی فراهم آورند. مکانیزم‌هایی که توسط گروه کاری مشخص و در تدوین پرسشنامه لحاظ شد، عبارتند از: مکانیزم‌های بالقوه برای سلامتی، مکانیزم‌های رفتاری، مکانیزم‌های روان‌شناختی، مکانیزم‌های اجتماعی و مکانیزم‌های فیزیولوژیک.

پاسخ به گویه‌ها به صورت لیکرت طراحی و دارای نمره کل است. گزارشات بسیاری گویای ارتباط نمره حاصل از این مقیاس با متغیرهای مرتبط به سلامت روان‌شناختی و اجتماعی بوده که از پرسشنامه‌های دیگر به دست آمده است.

۴. مقیاس تاب‌آوری کونور<sup>۱</sup> و دیویدسون<sup>۲</sup> (۲۰۰۳): این پرسشنامه را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۱ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود.

۵. پرسشنامه شخصیتی سرشت و منش کلونینجر<sup>۳</sup>: این پرسشنامه برای سنجش خصلت‌ها و ویژگی‌های شخصیتی ساخته شده است که یا از طریق وراثت (سرشت) یا از طریق محیط (منش) در فرد وجود دارد. پرسشنامه مذکور توسط رابرت کرلینجر و براساس مدلی عمومی که شخصیت بهنجار و نابهنجار را دربرمی‌گیرد، ساخته شده است. وی مدل عصبی-زیستی خود را برای توضیح مؤلفه‌های سرشت ارائه کرد (کلونینجر، ۱۹۸۷، الف و ب، ۱۹۹۱). این مدل هفت عامل را

1. Connor  
2. Davidson  
3. Cloninger

الگویابی زیستی، روانی و معنوی در افراد وابسته به مواد و ...

اندازه‌گیری می‌کند که عبارتند از: چهار مقیاس سرشت (نوجویی، آسیب‌پرهیزی، پاداش - وابستگی، پشتکار)، و سه مقیاس منش (خود - راهبری، همکاری، خود - فراروی) (کلونینجر و همکاران، ۱۹۹۴؛ به نقل از کاویانی، ۱۳۸۲).

### یافته‌ها

با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت گروه وابسته به مواد در مقایسه با گروه گواه عملکرد پایین‌تری را در مقیاس‌های زیستی - روانی - معنوی نشان دادند. همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود از مجموع متغیرهای زیستی - روانی - معنوی که مورد آزمون قرار گرفتند، بین افراد گروه معتاد و غیر معتاد در عوامل تاب‌آوری، معنویت و دین‌داری، کنار آمدن، تعلق / علاقه اجتماعی، کوشش برای رسیدن به کمال، آسیب‌پرهیزی، نوجویی، خود راهبری، همکاری، خودآگاهی، مدیریت خود، آگاهی اجتماعی و مدیریت رابطه تفاوت وجود دارد.

جدول ۱: نتایج آزمون t مستقل در بین گروه‌های نمونه بر اساس عوامل سنجیده شده

مقدار t	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	شاخص / گروه‌ها		متغیر
				عادی	معتاد	
۴/۴۱*	۱۵/۶۳	۶۱/۴۸	۱۰۸	عادی		تاب‌آوری
	۱۷/۳۳	۵۰/۴۲	۷۰	معتاد		
۲/۵۹*	۲۸/۰۲	۹۴/۶۱	۱۰۸	عادی		معنویت و دین‌داری
	۲۸/۰۵	۱۰۵/۴۸	۷۰	معتاد		
۱/۷۶	۳/۲۵	۲۴/۸۷	۱۰۸	عادی		شیوه زندگی - نیاز به تأیید
	۴/۱۷	۲۳/۸۲	۷۰	معتاد		
۴/۱۷**	۵/۳۲	۳۱/۶۹	۱۰۸	عادی		شیوه زندگی - کنار آمدن
	۵/۵۹	۲۸/۲۱	۷۰	معتاد		
۰/۲۷	۵/۵۴	۲۶/۲۵	۱۰۸	عادی		شیوه زندگی - مسئولیت‌پذیری
	۶/۴۷	۲۶	۷۰	معتاد		
-۱/۹۳	۳/۰۸	۱۳/۴۲	۱۰۸	عادی		شیوه زندگی - محتاط بودن
	۳/۳۹	۱۴/۴۰	۷۰	معتاد		
۴/۱۲**	۲/۹۴	۲۶/۱۰	۱۰۸	عادی		شیوه زندگی - تعلق / علاقه اجتماعی
	۴/۰۱	۲۳/۸۰	۷۰	معتاد		

اعتیاد پژوهی / ۱۰

مقدار t	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	شاخص		متغیر
				گروه ها		
۲/۶۰*	۲/۲۸	۱۸/۴۲	۱۰۸	عادی		شیوه زندگی - کوشش برای رسیدن به کمال
				معتاد		
۰/۶۲	۴	۱۷/۰۵	۱۰۸	عادی		شیوه زندگی - مستحق بودن
				معتاد		
-۰/۷۷	۱/۶۵	۹/۱۴	۱۰۸	عادی		شیوه زندگی - مورد علاقه همه بودن
				معتاد		
۱/۴۵	۲/۳۹	۱۷	۱۰۸	عادی		شیوه زندگی - ملایمت
				معتاد		
۱/۸۲	۲/۵۳	۲۰/۰۹	۱۰۸	عادی		شیوه زندگی - سخت گیری
				معتاد		
-۲/۳۳*	۴/۶۳	۸/۸۳	۱۰۸	عادی		آسیب پرهیزی
				معتاد		
۲/۰۲	۱/۳۸	۲/۷۴	۱۰۸	عادی		پشتکار
				معتاد		
۰/۹۳	۳/۳۶	۸/۷۷	۱۰۸	عادی		خودفراروی
				معتاد		
-۵/۱۹*	۳/۴۹	۹/۴۹	۱۰۸	عادی		نوجویی
				معتاد		
۱/۲۱	۲/۴۲	۸/۵۰	۱۰۸	عادی		پاداش - وابستگی
				معتاد		
۴/۸۱**	۵/۴۸	۱۲/۸۰	۱۰۸	عادی		خودراهبری
				معتاد		
۲/۹۱**	۴/۲۷	۱۶/۳۴	۱۰۸	عادی		همکاری
				معتاد		
۳/۴۰**	۳/۹۵	۲۵/۷۹	۱۰۸	عادی		خود آگاهی
				معتاد		
۳/۵۸**	۶/۷۶	۳۴/۵۳	۱۰۸	عادی		مدیریت خود
				معتاد		
۳/۱۷**	۳/۴۲	۲۱/۴۸	۱۰۸	عادی		آگاهی اجتماعی
				معتاد		



الگویابی زیستی، روانی و معنوی در افراد وابسته به مواد و ...

متغیر	شاخص		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t
	گروه ها	معتاد				
مدیریت رابطه	عادی	۱۰۸	۳۲/۹۳	۶/۰۷	۲/۸۷**	
	معتاد	۷۰	۳۰/۳۱	۶/۲۸		

\*  $P < .05$  & \*\*  $P < .01$

به منظور بررسی ارتباطات موجود در مدل پیشنهادی پژوهش از رگرسیون گام به گام استفاده شد. در این روش بر اساس مراحل موجود در مدل، در هر مرحله یک متغیر به عنوان متغیر وابسته یا درون‌زاد در نظر گرفته می‌شود و کلیه متغیرهایی که در ارتباط این متغیر نقش برون‌زاد یا مستقل را دارند، بر اساس سلسله مراتب مدل (منظور اثر مستقیم یا غیر مستقیم) وارد معادله می‌شوند.

نتایج حاصل از رگرسیون گام به گام در عوامل زیستی - روانی معنوی نشان داد، هشت متغیر مدیریت رابطه، آسیب پرهیزی، معنویت / دین‌داری، شیوه زندگی مستحق بودن، خودراهبری، همکاری، شیوه زندگی سخت‌گیری، و خودآگاهی پیش‌بینی‌کننده تاب‌آوری ( $r = 0.73$ ) بوده و نهایتاً ۵۴ درصد واریانس متغیر تاب‌آوری را تبیین می‌کنند. به عبارتی دیگر، این هشت عامل توانست به ما معادله پیش‌بینی‌کننده‌ای ارائه کند که در صورت به دست آوردن نمره هر آزمودنی در عوامل مذکور و گذاردن در فرمول زیر، می‌توان پیش‌بینی کرد که با چه شدتی احتمال درگیر شدن وی با مصرف مواد و یا تاب‌آوری در برابر مصرف مواد وجود دارد.

$$\text{تاب‌آوری} = 0.74(\text{مدیریت رابطه}) - 0.79(\text{آسیب پرهیزی}) - 0.11(\text{معنویت و دینداری}) + 0.62(\text{مستحق بودن}) + 0.73(\text{خودراهبری}) - 0.57(\text{همکاری}) + 0.63(\text{سخت‌گیری}) + 0.55(\text{خودآگاهی}) + 15.72$$

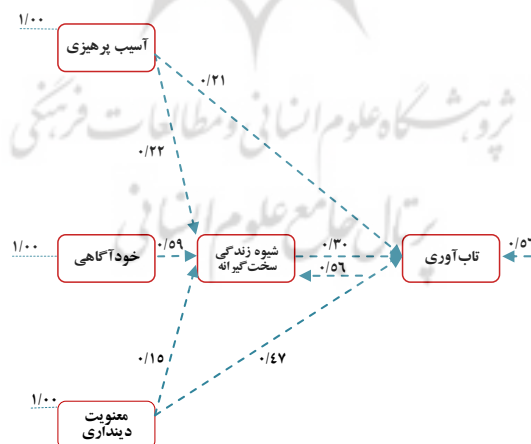
این عوامل، از طریق نرم افزار لیزرل تحلیل مسیر و مدلی علی از تاب‌آوری در برابر مصرف مواد به دست آمد که برآزش لازم جهت تحلیل تاب‌آوری در برابر مصرف مواد را دارد. به عبارتی، در برنامه‌های آموزشی برای ارتقای تاب‌آوری بایستی بر ارتقای آسیب پرهیزی، معنویت / دینداری، شیوه زندگی (سخت‌گیرانه و مستحق بودن)، خودراهبری، همکاری، و خودآگاهی تأکید کرد.

در شکل شماره ۲ ضرایب مسیر تاب‌آوری در برابر وابستگی به مواد آورده شده است. بر اساس نتایج حاصل از مدل، متغیر آسیب‌پرهیزی به عنوان یک متغیر زیستی، مدیریت رابطه به عنوان یک متغیر روانی و معنویت/دین‌داری به عنوان متغیر معنوی و شیوه زندگی سخت‌گیرانه به عنوان یک متغیر میانجی در رابطه بین سه متغیر مذکور با متغیر تاب‌آوری دارای رابطه معنادار است.

بر اساس ضرایب استاندارد مشخص شد که، آسیب‌پرهیزی ( $\beta=0/21$ )، و معنویت و دین‌داری ( $\beta=0/47$ )، در گروه سالم پیش‌بینی‌کننده تاب‌آوری است. البته علی‌رغم این که عامل خودآگاهی در معادله تاب‌آوری بر اساس رگرسیون گام به گام، مشخص شده بود که ( $0/55$ ) پیش‌بینی‌کننده تاب‌آوری است، اما در تحلیل مسیر معنادار نبود.

هم‌چنین، آسیب‌پرهیزی ( $\beta=0/22$ )، خودآگاهی ( $\beta=0/59$ )، و معنویت و دین‌داری ( $\beta=0/15$ )، می‌توانند پیش‌بینی‌کننده معناداری برای شیوه زندگی باشند. مسیر شیوه زندگی به تاب‌آوری ( $\beta=0/30$ )، نیز پیش‌بینی‌کننده معناداری برای تاب‌آوری است.

با توجه به نتایج به دست آمده از تحلیل مسیر و ضرایب متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش، می‌توان گفت، مدل زیستی روانی معنوی برای تاب‌آوری در برابر وابستگی به مواد برازش دارد.



شکل ۲: مسیرها و ضرایب مدل تاب‌آوری زیستی روانی معنوی در برابر وابستگی به مواد

## بحث و نتیجه گیری

مطابق مدل زیستی، روانی، معنوی، تبیین تفاوت بین افراد معتاد و غیر معتاد را در چند بخش به شرح زیر می توان مطرح نمود:

۱. نحوه تعامل عوامل خطرزا و حفاظتی؛ اعتقاد بر این است که عوامل حفاظتی در سطوح مختلفی عمل می کنند. برای مثال، برخی عوامل زیستی هستند (فرد غیر معتاد و تاب آور در برابر مصرف مواد، دارای تحمل بالا برای درد، ظرفیت های بازتوانی، ظرفیت های بازجوانی<sup>۱</sup>، توانایی سازندگی، آسایش متعارف، تغذیه مناسب، و پرهیز از مواد مضر است). برخی عوامل روان شناختی یا معنوی هستند (فرد غیر معتاد و تاب آور در برابر مصرف مواد، دارای عزت نفس خوب، مهارت های تصمیم گیری خوب، مرجع درونی کنترل، اعتماد به نفس، حس خوب شوخ طبعی، استقلال روحی، و نگاه آینده نگرانه مثبت است).

۲. انسجام مجدد تاب آورانه؛ بر اساس مدل زیستی روانی معنوی، تفاوت افراد سالم و معتاد در نوع تجربه تخریب یا استرسورهای زندگی نیست، بلکه، تفاوت در نوع انسجام مجدد و بازگشت به سطح تعادل مجدد یا پیشرفت زندگی است. هر فردی در زندگی خود استرس، فقدان، بحران های مربوط به مراحل گذار و سایر مشکلات را تجربه می کند، اما نوع انتخاب شیوه زندگی خود را لزوماً در قالب مصرف مواد یا سایر آسیب ها پایه ریزی نمی کند.

بنابراین، گروه تاب آور (افراد غیر معتاد)، دارای ویژگی انسجام مجدد تاب آورانه<sup>۲</sup> است. این فرایند انسجام مجدد یا کنار آمدن<sup>۳</sup>، منجر به رشد فزاینده دانش، درک مناسب از خود<sup>۴</sup>، و توانمندی های مبتنی بر کیفیت های تاب آوری<sup>۵</sup> می شود. هم چنین، فرد تاب آور دارای ویژگی تعادل زیستی، روانی، و معنوی است. مطابق مدل، تعادل زیستی روانی معنوی برای توصیف حالتی تطابق یافته از ذهن<sup>۶</sup>، بدن<sup>۷</sup> و روح<sup>۸</sup> مورد استفاده قرار می گیرد.

1. rejuvenation [healing] capabilities
2. resilient reintegration
3. coping
4. self-understanding
5. resilient qualities
6. mind
7. body
8. spirit

۳. مفهوم کلیدی در این جا، «نقطه آسایش»<sup>۱</sup> است. تفاوت شیوه زندگی فرد سالم و فرد آسیب‌دیده از مصرف مواد، در انتخاب نقطه آسایش است. نقطه آسایش، نقطه‌ای از زمان است که یک نفر به لحاظ جسمی، روانی، و معنوی با مجموعه‌ای از شرایط، خواه خوب یا بد، تطابق می‌یابد. اگرچه این نقطه، را نقطه آسایش می‌نامند، اما تطابق در این نقطه، می‌تواند هر چیزی باشد غیر از آسایش. یعنی، مصرف مواد برای فرد وابسته به مواد، نقطه آسایش تعبیر و پرهیز از مصرف مواد، برای فرد سالم نقطه آسایش تلقی می‌شود. از نظر یک ناظر بیرونی ممکن است، انتخاب نقطه «وابستگی به مواد» به عنوان نقطه آسایش، اشتباه باشد، اما آن چه مهم به نظر می‌آید، باور ذهنی فرد از این نقطه است. زیرا، بر اساس ادبیات موجود، تاب‌آوری پیامدی ذهنی است. انسجام مجدد تاب‌آورانه، کامیاب شدن، تسلیم شدن، کارکرد نامناسب، همگی ذهنی بوده و می‌تواند به واسطه افراد، جوامع و فرهنگ‌ها متفاوت باشد.

بنابراین، فرد وابسته به مواد، فردی است که در نتیجه غلبه عوامل خطر، تعادل زیستی روانی معنوی خود را از دست داده (در نقطه‌ای از زمان، به مواد وابسته و مصرف آن را به عنوان نقطه آسایش خود تعبیر نموده) و به وسیله فوریت‌ها، فشار آورها، شرایط ناگوار، فرصت‌ها، و سایر اشکال تغییر بیرونی و درونی زندگی، مورد بمباران قرار گرفته است. این منابع می‌توانند به لحاظ بیرونی ناشی از ادراک شدت یا به لحاظ درونی ناشی از افکار و احساسات باشند. محرک چسبندگی به نقطه‌ی وابستگی به مواد، می‌تواند ذره‌های جدیدی از اطلاعات، تجارب جدید، و یا افکار یا احساسات تکرارشونده (باورهای غلط) باشد.

یکی از تبیین‌های جدی در خصوص انتخاب نقطه آسایش و تفاوت افراد از این نظر توسط، ریچاردسون و فلچ<sup>۲</sup> (۱۹۹۷)، مطرح شده است. این پژوهشگران به عنصر معنویت اشاره می‌کنند. عنصر معنویت، واژه‌ای کلیدی برای مدل زیستی روانی معنوی محسوب می‌شود که اهمیت ارزش شخصی و نظام رفتاری فرد را بازنمایی می‌کند. بنا به گفته دیوید برگس<sup>۳</sup> (۲۰۰۳)، «تعادل معنوی به

1. comfort zone  
2. Flach  
3. Burgess

بهترین وجه می‌تواند همخوانی ارزشی و رفتاری را در یک مجموعه گرد هم آورد. این تعادل هنگامی رخ می‌دهد که فرد یک نظام ارزشی یا باوری را انتخاب و یا با آن تطابق می‌یابد که این نظام خطوط راهنمایی را برای زندگی فراهم آورده و سپس به واسطه آن نظام رفتاری، تاب‌آوری می‌کند. این واژه «خطوط راهنما»، همان تعبیری است که آلفرد آدلر از شیوه زندگی دارد. وی شیوه زندگی را «خطوط راهنمای شخصیت می‌داند». این عبارت از آدلر به خوبی همخوانی مفهوم تطابق در تاب‌آوری را با مفهوم شیوه زندگی آدلر می‌رساند:

«از طرف دیگر کودک بایستی در انتظاراتش یک خط راهنما<sup>۱</sup> (Leithinie) و یک تصویر ذهنی راهنما<sup>۲</sup> (Leithbild) شکل داده باشد، بنابراین بهتر می‌تواند خودش را در جهت محیطش، دستیابی به رضایت‌مندی از نیازهایش و اجتناب از نارضایتی و کسب لذت هدایت کند» (آدلر، ۱۹۱۲؛ به نقل از لیتیر، ۱۹۸۰).

به گفته میلیرن<sup>۳</sup> و بارت - کراس<sup>۴</sup> (۲۰۰۲)، تاب‌آوری معادل همان مفهومی است که نزد متخصصان آدلری با عنوان غایت‌نگری ساختگی<sup>۵</sup> شناخته شده است. و اینگر<sup>۶</sup> (۱۹۲۵)، می‌گوید: «ذهن صرفاً یک ضبط‌کننده نیست، بلکه نه تنها هنگامی که از بیرون تحریک می‌شود، بلکه، ذهن شبیه‌ساز و سازنده هم هست. در مسیر رشد، ذهن آنچه را که موافق خودش هست را به گونه‌ای قابل انطباق با خودش، می‌آفریند، و آن را با چرخه‌های بیرونی تطبیق می‌دهد». درایکورس<sup>۷</sup> (به نقل از میلیرن و بارت - کراس (۲۰۰۲)، در کنار این تبیین، تلاش کرد، تاب‌آوری را در مفهوم «شجاعت برای ناکامل بودن»<sup>۸</sup> تعریف کند. در جمله معروف خودش با همین عنوان، درایکورس تأکید کرده است که مشاوران بایستی اهمیت اشتباهات را به حداقل برسانند و آنچه را که افراد به خوبی انجام می‌دهند، به حداکثر برسانند. بر این اساس درجه تاب‌آوری فرد معادل میزان شجاعتی است که برای

---

1. guiding line
2. guiding image
3. Milliren
4. Barrett-Kruse
5. final fictionalism
6. Vahnger
7. Dreikurs
8. courage to be imperfect

ناکامل بودن ارائه می‌دهد. اعتقاد بر این است (دینک می‌یر<sup>۱</sup>، پیو<sup>۲</sup>، و دینک می‌یر، ۱۹۷۹؛ به نقل از میلیرن و بارت - کراس، ۲۰۰۲)، از نقطه نظر مشاوره آدلری، چهار مرحله عناصر فرایند مشاوره یعنی، برقراری رابطه، تحلیل و ارزیابی، بینش، و بازجهت‌گیری، به عنوان عناصر تاب‌آوری در نظر گرفته می‌شوند.

مطابق این رویکرد، به نظر می‌رسد، در یک روش مداخله مبتنی بر شیوه زندگی در درمان افراد وابسته به مواد نیز، عوامل زیستی روانی معنوی به عنوان یک سازه یا طرح‌واره شناختی نقش بازی کرده‌اند و به گونه‌ای مفهوم‌سازی شده‌اند که امکان تلفیق مفاهیم روش شناختی روان‌شناسی شناختی و اجتماعی معاصر را فراهم آورده است. بر این اساس، رفتار با هدف کاهش اختلاف و ناهمخوانی بین یک حالت خویشتن موجود و استانداردهای درونی شده یا خودراهنما یا حالت مرجع برانگیخته می‌شود. عدم تطابق دائمی بین یک حالت ادراک خویشتن<sup>۳</sup> با یک حالت مرجع درونی در این وضعیت، «خطای درونی» نامیده می‌شود و این وضعیت منجر به حالت‌های غمگینی و ناراحتی می‌شود. خطاهای درونی باعث تشکیل ساختارها، مانند حالت‌های هیجانی می‌شوند که در یک شبکه تداعی به سازه‌های خود متصل شده‌اند و شیوه زندگی اعتیادی را شکل می‌دهند که خطوط راهنمای شخصیت معتاد است.

از طرفی دیگر، روان‌شناسی مثبت‌نگر، بینش را در درون ارائه‌ای از کیفیت‌های انسانی فراهم می‌آورد که با تاب‌آوری مرتبط است. این ارائه‌ها عبارتند از: عوامل معنویت / دین‌داری (مثل، رؤیاهای و اهداف، غایت / معنا در زندگی، معنویت، اعتقاد به یکتایی خود شخص، استقلال (خودمختاری)، امید و خوش‌بینی، تعیین و پشتکار)، صلاحیت‌های شناختی (مثل، استدلال اخلاقی، بینش، آگاهی میان‌فردی، عزت نفس، توانایی طراحی، خلاقیت)، صلاحیت‌های رفتاری / اجتماعی (مثل مهارت‌های اجتماعی و زرنگی‌های شهری، مهارت‌های حل مسأله، همدلی، استواری هیجانی و مدیریت هیجانی، شادکامی، بازشناسی احساسات،

---

1. Dinkmeyer  
2. Pew  
3. self-perceived

الگویابی زیستی، روانی و معنوی در افراد وابسته به مواد و ...

مهارت‌های مدیریت هیجانی، توانایی برای بازسازی عزت نفس، شوخ طبعی، و صلاحیت‌های جسمی و بهزیستی جسمانی (مثل، سلامت خوب، مهارت‌های حفظ سلامتی، رشد استعداد جسمانی، جذابیت جسمانی).

سلیگمن و رشید<sup>۱</sup> (۲۰۰۶)، در گزارشات درمانی خود این اعتقاد را دارند که، روان‌درمانی مثبت‌نگر نه تنها از طریق کاهش نشانگان منفی بلکه به گونه‌ای مؤثر و مستقیم می‌تواند از طریق ایجاد هیجان‌ات مثبت، توانمندی‌های منس، و معنا موجب تغییر آسیب‌پذیری به تاب‌آوری شود. روان‌درمانی مثبت‌نگر نه تنها می‌تواند منابع مثبت را ایجاد نماید، بلکه می‌تواند تأثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته و نیز سدی برای وقوع مجدد آنها باشد.

پژوهش مبتنی بر معنا در قالب روان‌درمانی مثبت‌نگر نیز نشان می‌دهد، افرادی که از معنا برای تغییر چرخه‌های خودشان از بدبختی به خوشبختی استفاده کرده‌اند، بیشترین بهره را از برنامه‌های درمانی گرفته‌اند. «زندگی تهی»، فاقد معنا، تعهد و لذت است و «زندگی کامل» توأم با معنا، تعهد، و لذت است.

از دیدگاه سلیگمن و سیکزنتی میهالی<sup>۲</sup> (۲۰۰۰)، تحت شرایط مصیبت‌بار، بقا و ماندگاری وابسته به کارکرد است: صفات شخصی و نظام ارزشی وابسته به گروه یا اجتماع آنها. انتظار می‌رود کسانی که به سطحی از تاب‌آوری ارتقا می‌یابند، ویژگی‌های آنان به صورت صفات شخصی و اجتماعی بروز نماید. صفات شخصی مثبت عبارت است از، ظرفیت عشق و ساماندهی شغلی، جرأت‌ورزی، مهارت بین‌فردی، حساسیت زیبایی‌شناختی، پشتکار، بخشش، اصالت، هوشمندی نسبت به آینده، معنویت، استعداد بالا، و عقلانیت و صفات گروهی مثبت نیز عبارت است از مسئولیت‌پذیری، نوع‌دوستی، مهرورزی، خوش‌رفتاری، میانه‌روی، تحمل و اخلاق کاری.

1. Rashid  
2. Csikszentmihalyi

در یک جمع‌بندی کلی بر اساس رویکردهای نظری، یافته‌های پژوهشی، و مشاهدات عینی از مداخلات آموزشی، می‌توان مدل زیستی، روانی، معنوی ریچاردسون (۲۰۰۲)، را در جهت تاب‌آوری در برابر وابستگی به مواد، به عنوان یک مدل عامل خطر / حفاظتی، مفهوم‌سازی نمود. در این راستا پیشنهاد می‌شود:

۱. طرح‌های طولی جهت کنترل داده‌ها و نیز پرهیز از سوگیری گزارشات ارائه شده توسط آزمودنی‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

۲. عوامل زیستی روانی معنوی را در تدوین برنامه‌های تاب‌آوری در برابر مواد با تفصیل بیشتری مورد بررسی قرار دهند.

۳. با توجه به این که در این مطالعه فقط ۰/۵۶ از واریانس تاب‌آوری توسط متغیرهای مورد نظر در پژوهش پیش‌بینی شد، پیشنهاد می‌شود، مطالعات دیگری انجام شود تا سایر عوامل تأثیرگذار بر تاب‌آوری شناسایی شود.

۴. با توجه به لزوم بررسی فرایند تاب‌آوری در زنان وابسته به مواد، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی معطوف به زنان نیز شود.

### تقدیر و تشکر

از آقایان دکتر احمد برجعلی، علی دلاور، حسین اسکندری و حسن رفیعی تقدیر و تشکر می‌گردد.

### منابع

آبادینسکی، هوارد. (۱۳۸۴). *مواد مخدر - نگاهی اجمالی*. ترجمه گروهی از مترجمان، انتشارات جامعه و فرهنگ، چاپ اول، ۱۳۸۴.

اکستین، دی؛ کرن، روی. *ارزیابی و درمان سبک زندگی*. (ترجمه حمید علیزاده)، نشر دانژه (زیر چاپ).  
برادبری، تراویس؛ گریوز، جین. *هوش هیجانی*. (۱۳۸۴). (ترجمه مهدی گنجی)، نشر ساوالان، چاپ اول، ۱۳۸۴.

دلاور، علی. (۱۳۷۸). *احتمالات و آمار کاربردی در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. انتشارات رشد، چاپ سوم.

دلاور، علی. (۱۳۸۶). *لیزرل محاوره‌ای: راهنمای کاربردی*. تهران: نشر ارسباران.



راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱.  
شیولسون، جی. *استدلال آماری در علوم رفتاری* (جلد ۲ - قسمت ۲ «استنباط آماری»). (ترجمه علیرضا  
کیامنش)، انتشارات جهاد دانشگاهی - واحد علامه طباطبایی، چاپ اول، ۱۳۸۲.  
کاویانی، حسین. (۱۳۸۶). اعتباریابی و هنجارسنجی پرسشنامه سرشت و منش کرلینجر TCI در جمعیت  
ایرانی، *مجله دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی*، سال ۶۳، شماره ۲، صفحات ۸۹-۹۸.  
گلانتز، میردی؛ هارتل، کریستین آر. (۱۳۸۶). *سوء مصرف مواد: خاستگاهها و مداخلات*. ترجمه گروهی از  
مترجمان، انتشارات ستاد مبارزه با مواد مخدر، چاپ اول.

- Duckworth. A. L., Steen. T. A., and Seligman. M. E. P. (2005). *Positive Psychology in Clinical Practice*, Positive Psychology, Center, University of Pennsylvania
- Goldstein, Rita z, Volkow, Nora D. (2002). Drug addiction and its underlying Neurobiological Basis: neuroimaging evidence for the Involvement of the frontal cortex, *the American Journal of Psychiatry*, 159: 1642-1652, October 2002.
- Joseph. S., and Linley .A. (2006). *Positive therapy: a meta-theory for positive psychological practice*, first Published by Routledge, USA & Canada.
- Kumpfer, L. Karol, Trunnell, P. Eric And Whiteside, O. Henry. (1990). *The biopsychosocial model: application to the addiction field*, educational publishing fundation, 1089-2680.
- Lettieri, J. Dan. (1980). Theories on drug abuse, national institute on drug abuse publishic, USA-research 30, monograph series.
- Lewis, J. A, Danna, R. And Blevins, G. A. (2002). *Substance abuse counseling*, California, Brooks / cole.
- Liese, B. C., Beck, A. T., And Seaton, K. (2002). *The cognitive therapy addictions group*, New York, the haworth medical press.
- Marlatt, G. A., And Witkiewitz, K. (2005). *Relaps prevention for alcohol and drug problems*, New York, the Guilford press.
- Miller, G. (2003). *Incorporating spirituality in counselin and psychotherapy*, New York, John Wiley.
- Miller, G. (2005). *Learning the language of addiction counseling*, New York, Wiley.
- Milliren and Cathleen Barrett-Kruse. (2002), Four phases of adlerian counseling: family resilience in action, *the journal of individual psychology*, vol.58, no.3.
- Nace, E, P. (2005). *Alcoholics anonymous*, New York, Williams & Wilkinn.
- National Institute on Drug Abuse. (2003). Prevention drug use, among children and addolecents.
- National Institute on Drug Abuse. (2007). *Drugs, Brain. and Behavior—the science of addiction*.
- National Youth violence Prevention. (2005). *Teen substance abuse and, violence facts*.
- National Household survey on Drug Abuse. (1996). *Children at risk because of parental substance abuse*.

- Pardini, D, A., Plante, T. G. Scherman, A., And Stump, J, E. (2000). Religious faith And spirituality in substance abuse recovery, *journal of substance abuse treatment*, 19, 347-354.
- Peseschkian. N. (1987). *Positive psychotherapy*, translated by Robert Walker, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, Germany.
- Peterson, C., And Seligman, E. P. Martin. (2004). *Character strenghts and virtues*, Oxford University Press.
- Richardson, E. Glenn. (2002). The metatheory of resilience and resiliency, *journal of clinical psychology*, Vol.58(3), 307-321.
- Seligman, Martin. E. P., Rashid. Tayyab, Parks, Acacia. C. (2006). *Positive psychotherapy*, American Psychologist.
- Schilit, Rebecca. (1991). *Drug's and behavior*, SAGE publications, USA.
- Schmitt. V., Frey. B., Dunham. M., and Carmen. C. (2005). Validity of the risk & protective factor model, annual meeting of the American evaluation national conference, Toronto, Canada.
- Tompkins , Penny & Lawley James. ( 2002). The magic of metaphor, published in the caroline myss newsletter.
- Wallace, J. (2003). Theory of 12-Step oriented treatment. New York, the Guilford Press.
- Wills, T. A., Yaeger, A., And Sandy, J. M. (2003). Buffering effect of religiosity for adolescents substance use, *psychology of addictive behavior*, 17(1), 24-31.
- Zimmerman, M. A., and Arunkumar, A. (1994). resilience Research: implication for schools and policy, Vol. VIII, Number 4.