

## بررسی مدل روابط ساختاری بین حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی با میانجی‌گری عزت نفس، احساس تنهایی و خودکنترلی در افراد وابسته به مواد مخدر\*

شیرین مقتدری<sup>۱</sup>، کبری حاجی علی‌زاده<sup>۲</sup>، عبدالوهاب سماوی<sup>۳</sup>، آرزینا امیرفرخایی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۴/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۱۷

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل روابط ساختاری بین حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی با میانجی‌گری عزت نفس، احساس تنهایی و خودکنترلی در افراد وابسته به مواد مخدر شهرستان لار انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه افراد مصرف‌کننده مواد مراجعه‌کننده به ۱۵ مرکز ترک اعتیاد شهر لار بود. از این میان، تعداد ۲۲۲ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به صورت انفرادی پرسش‌نامه رضایت از زندگی، پرسش‌نامه عزت نفس، پرسش‌نامه حمایت اجتماعی، پرسش‌نامه احساس تنهایی و پرسش‌نامه خودکنترلی را تکمیل کردند. داده‌ها با روش‌های همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که عزت نفس، احساس تنهایی و خودکنترلی در رابطه بین حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی در افراد وابسته به مواد مخدر دارای نقش میانجی بودند. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج این مطالعه، برنامه‌های درمانی می‌توانند با هدف قرار دادن افزایش حمایت اجتماعی، عزت نفس و خودکنترلی و کاهش احساس تنهایی موجب افزایش رضایت از زندگی در افراد وابسته به مواد شوند و زمینه را برای ترک مصرف مواد مخدر در آن‌ها فراهم آورند.

**کلیدواژه‌ها:** حمایت اجتماعی، رضایت از زندگی، عزت نفس، احساس تنهایی، خودکنترلی، وابستگی به مواد مخدر

\*. این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی عمومی نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس است.

۱. دکترای روانشناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران. پست الکترونیک:

Ph\_alizadeh@yahoo.com

۳. دانشیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

۴. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

## مقدمه

رفتارهای تهدیدکننده سلامت از مهم‌ترین چالش‌های بهداشتی و روانی - اجتماعی است. یکی از این رفتارها که اکثر کشورهای جهان به نوعی با آن درگیرند و مشکلات گسترده و شدیدی را بر جوامع تحمیل کرده است، مسئله افزایش مصرف مواد مخدر می‌باشد (شیخ‌الاسلامی، ستوده ناوودی، زینعلی و طالبی، ۱۳۹۲). براساس دو پیمایش بین سال‌های ۱۳۹۲ و ۱۳۹۵ در مورد مصرف مواد مخدر بین سنین ۱۵ تا ۶۵ سال، جمعیت افراد وابسته به مواد مخدر در کشور را ۲ میلیون و ۸۰۸ هزار نفر گزارش کردند. به طوری که، این تعداد از ۲/۶ درصد در سال ۱۳۹۰ به ۵/۳ درصد در سال ۱۳۹۵ رسیده است و این مسئله به افت جدی در کنش‌های فردی و اجتماعی منجر می‌شود (بشیریان، حیدرنیا، اله‌وردی‌پور و حاجی‌زاده، ۱۳۹۱). از آنجایی که خانواده و محیط خانوادگی از جمله عوامل مهم در گرایش به اعتیاد<sup>۱</sup> می‌باشند (قادری‌مهر و احمدی ده‌قطب، ۱۳۹۵)، یکی از عوامل خانوادگی که می‌تواند افراد را در برابر مشکلات و آسیب‌های روانی - اجتماعی از جمله وابستگی به مواد مقاوم سازد، حمایت اجتماعی<sup>۲</sup> والدین، دوستان و دیگر افراد مهم است (اشرفی‌حافظ، کاظمینی و شایان، ۱۳۹۳) که برای فرد منابع روان‌شناختی قابل توجهی را فراهم می‌کند تا وی بتواند با شرایط استرس‌زای زندگی و مشکلات روزانه کنار آید (حاتمیان، کرمی و مومنی، ۱۳۹۶). این احساس به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد نزدیک ارتباط دارد و شامل تمام روابطی که فرد با دیگران دارد، نمی‌شود مگر آن که فرد آن‌ها را به عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیازهای خود در نظر بگیرد (جناآبادی و سابقی، ۱۳۹۲). به طور کلی، تحقیقات نشان داده‌اند که افراد وابسته به مواد نسبت به افراد عادی حمایت اجتماعی کمتری دریافت می‌کنند (حاتمیان و همکاران، ۱۳۹۶؛ هرشبرگر، زاپالسکی و اسلاما<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). در حالی که، حمایت اجتماعی در ارتقای سلامت و رضایت از زندگی<sup>۴</sup> دارای اهمیت می‌باشد (پارک<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴). همچنین، تحقیقات حاکی از آن است که بین

1. addiction  
2. social support  
3. Hershberger, Zapolski & Aalsma

4. life satisfaction  
5. Park

حمایت‌های اجتماعی و عاطفی با رفتارهای بهزیستی از جمله رضایت از زندگی و کاهش استرس رابطه معنی‌داری وجود دارد (جینگ، یونگهای و فنگ، ۲۰۱۴) و این مسئله در افراد وابسته به مواد دارای اهمیت بیشتری می‌باشد (زتر کویت<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸).

رضایت از زندگی به عنوان نوعی احساس مثبت و رضایتمندی عمومی از خود و دیگران در حوزه‌های مختلف نظیر خانواده، شغل و ازدواج تعریف شده است (حسینی، اصغری، کاظم‌زاده بیطالی و احمدی، ۱۳۹۵). در واقع، رضایت بالا از زندگی عامل مهمی برای رشد، حفظ سلامت و پیشگیری از بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی است (لی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). عدم رضایت از زندگی با وضعیت سلامتی ضعیف‌تر، علائم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی، تجربه حوادث استرس‌زای زندگی و وضعیت ضعیف اجتماعی همبسته است (نیجدام-جونز و مک‌نیل<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰) و منجر به ایجاد عزت نفس<sup>۵</sup> و خودباوری پایین در فرد شده و این مسئله به کاهش خودکنترلی و محافظت فرد از خود منجر می‌شود (پارک، ۲۰۱۴). به طوری که، دیبلو، رودریگوز و نیگبورس<sup>۶</sup> (۲۰۱۵) نشان دادند که مصرف مواد، الکل، ماری‌جوانا و سیگار با عزت نفس بالا رابطه منفی دارد. میتروویک، هادزی-پسیک، استوجانویک و میلیکویک<sup>۷</sup> (۲۰۱۴) در پژوهش خود نشان دادند که افراد وابسته به مواد دارای ویژگی‌های شخصیتی چون من ضعیف، دامنه پایین تحمل ناکامی، اضطراب و تخیل همه کار توانی هستند. مو، چان، وانگ و لو<sup>۸</sup> (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای عنوان کردند که افراد وابسته به مواد از عزت نفس پایینی برخوردارند و میزان آن‌ها در این افراد بالا است.

عزت نفس پدیده‌ای روان‌شناختی است که به عنوان احساس درباره خود در موقعیت‌های اجتماعی تعریف شده است (ژو، هوبنر و تیان<sup>۹</sup>، ۲۰۲۰) و در مقابله با فشارهای زندگی مانند یک منبع موثر و مهم شناخته شده است (دیبلو و همکاران، ۲۰۱۵) و یکی از

1. Jingjing, Yonghui & Feng  
2. Zetterqvist  
3. Li  
4. Nijdam-Jones & McNeil  
5. self-esteem

6. DiBello, Rodriguez & Neighbors  
7. Mitrovic, Hadzi-Pesic, Stojanovic  
& Milicevic  
8. Mo, Chan, Wang & Lau  
9. Xu, Huebner & Tian

مولفه‌های اصلی سلامت روان تلقی می‌شود (سویسلو و اورت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). عزت نفس پایین به ضعف در ارتباطات میان‌فردی منجر شده و از آنجایی که ارتباط یکی از نیازهای بنیادین روانی انسان محسوب می‌شود، این ضعف به احساس تنهایی<sup>۲</sup> و کاهش رضایت از زندگی فرد منتهی می‌گردد (لیو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). احساس تنهایی را می‌توان نارسایی و ضعف محسوس در روابط بین‌فردی دانست که به نارضایتی از روابط اجتماعی فرد منجر می‌گردد. لذا، احساس تنهایی تجربه‌ای ناخوشایند مانند تفکر مبنی بر متمایز بودن از دیگران است که با مشکل‌های رفتاری قابل مشاهده مانند اندوه، عصبانیت و افسردگی همراه است و ناهمخوانی بین انتظارات و آرزوها را در روابط اجتماعی نشان می‌دهد که در رفتارهایی نظیر اجتناب از تماس با دیگران نمود پیدا می‌کند (پیرهونن، تیلیکاینن، پیکارینن، لمیوارا و ملکاس<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). مدت زمانی که فرد در تنهایی به سر می‌برد تعیین‌کننده اساسی میزان احساس تنهایی در او نیست. تنهایی یک حقیقت اساسی زندگی است. بنابراین، همه افراد در برخی از دوره‌های زندگی خود آن را با شدت متفاوت تجربه می‌کنند. تنهایی محدود به مرز سنی، جنسی، نژادی، اقتصادی و جسمی خاص نمی‌باشد (ککونن<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). مزوی شدن فرد در نتیجه نبود ارتباطات چهره به چهره بر سلامت روانی، سازگاری و کسب مهارت‌های اجتماعی فرد تاثیرگذار است و تحمل فرد را کاهش می‌دهد (احمدی و معینی، ۱۳۹۴). لذا، تصمیم‌گیری‌های مخاطره‌آمیز و تکانشگری در سوء‌مصرف کنندگان مواد مخدر به مراتب بالاتر از افراد فاقد آسیب است (ویفر، میچل و دویت<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴).

تکانشگری به عنوان گرایش به انجام رفتار نابهنگام و فاقد دوراندیشی تعریف شده است (پاورز<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). پیکت، لودایز، پارکھیل و اورکات<sup>۸</sup> (۲۰۱۲) عنوان کردند که افراد با اعتماد به نفس ضعیف در مواجهه با تعاملات بین‌فردی منفی، الکل مصرف می‌کنند. از سوی دیگر، افرادی که دارای اعتماد به نفس بالا هستند می‌توانند به

- |                                                          |                                     |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Sowislo & Orth                                        | 5. Kekkonen                         |
| 2. Loneliness                                            | 6. Weafer, Mitchell & de Wit        |
| 3. Liu                                                   | 7. Powers                           |
| 4. Pirhonen, Tiilikainen, Pekkarinen, Lemivaara & Melkas | 8. Pickett, Lodis, Parkhill & Orcut |

دنبال راهی برای افزایش تجربیات بین فردی مثبت باشند. در واقع، فقدان بازدارندگی رفتاری و شناختی عنصر مشترک در تمامی اختلالات سوء مصرف مواد و اعتیاد می باشد. مهار تکانه‌ها و مدیریت هیجان در پیشگیری، ترک و مقاومت در برابر وسوسه‌های برگشت در افراد وابسته به مواد نقش دارند (نیرومند، ابراهیمی و قاهری، ۱۳۹۶). بنابراین، به دلیل پیچیدگی پدیده اعتیاد و همچنین ناکارآمد بودن روش‌های قانونی در مدیریت آن در سال‌های اخیر، بررسی عوامل روان‌شناختی، اجتماعی و خانوادگی مهم در مسئله اعتیاد ضروری است. به طوری که، خانواده‌ها با حمایت پایین از فرزند خود منجر به کاهش عزت نفس فرزند خود شده و در نتیجه رضایت آنها از زندگی را تحت تاثیر قرار می دهند. همچنین، حمایت پایین خانواده و دیگر افراد مهم منجر به احساس تنهایی در فرد شده و این باعث ایجاد رفتارهای تکانه‌ای می شود که در نهایت رضایت از زندگی آنها را تحت تاثیر قرار می دهد. این تحقیق، اهمیت شناسایی مکانیزم‌هایی را که در رابطه بین حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی در مصرف مواد دارای نقش مهمی می باشند، مورد تاکید قرار می دهد. بدلیل اینکه برخی از این متغیرها می توانند رابطه مستقیم و برخی به صورت غیر مستقیم میانجی ریسک‌پذیری افراد در گرایش به مصرف مواد مخدر و اعتیاد باشند، شناخت و بررسی این متغیرها می تواند در طرح‌ریزی روش‌های درمانی کارآمدتر که همه عوامل موثر مستقیم و پنهان در این مسئله را در نظر بگیرد، مفید واقع شود. بنابراین، پژوهش حاضر درصدد پاسخ‌گویی به این سوال بود که آیا عزت نفس، احساس تنهایی و خودکنترلی در رابطه بین حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی در افراد وابسته به مواد مخدر دارای نقش میانجی می باشد؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل همه افراد مصرف‌کننده مواد مراجعه‌کننده به ۱۵ مرکز ترک اعتیاد شهر لار از ابتدای فروردین تا پایان شهریور سال ۱۳۹۸ بود. با توجه به نامشخص بودن تعداد جامعه آماری، تعداد ۳۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. با وجود

آنکه در مورد حجم نمونه لازم برای تحلیل عاملی و مدل‌های ساختاری توافق کلی وجود ندارد، اما به نظر بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه لازم ۲۰۰ نفر می‌باشد (قاسمی، ۱۳۹۰). اما در این پژوهش، ۳۰۰ نفر انتخاب شد که در نهایت داده‌های مربوط به ۲۲۲ نفر مورد تحلیل قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن رضایت آگاهانه، عدم سابقه بیماری‌های روانی جدی و بستری شدن در بیمارستان‌های روانی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، دامنه‌ی سنی بین ۱۵ تا ۶۵ سال و عدم قرار گرفتن در معرض یک بحران حاد طی شش ماه گذشته بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش‌های آمار توصیفی (مثل میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (شامل همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری) در نرم‌افزارهای اسپس اس اس-۲۳ و لیزرل ۸/۸ استفاده شد.

### ابزار

۱- پرسش‌نامه رضایت از زندگی: این پرسش‌نامه توسط داینر، ایمونز، لارسون و گرiffin<sup>۱</sup> (۱۹۸۵) طراحی شده و ۲۰ سوال دارد که هر سوال بر روی یک مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. داینر و همکاران (۱۹۸۵) روایی و پایایی مقیاس رضایت از زندگی را بر روی گروهی از دانشجویان ارزشیابی کردند و ضریب بازآزمایی نمره‌ها را پس از دو ماه اجرا برابر با ۰/۸۲ و ضریب آلفای کرونباخ را برابر با ۰/۸۷ به دست آوردند. اسپچیمک، راجا کریشنا، اویشی، دزوکوتو و احدی<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) پایایی مقیاس رضایت از زندگی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای گروهی از بزرگسالان ملیت‌های آمریکایی، آلمانی، ژاپنی، مکزیکی و چینی به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۲، ۰/۷۹، ۰/۷۶ و ۰/۶۱ گزارش کردند (زراعت و خضری مقدم، ۱۳۹۶). داینر و همکاران (۱۹۸۵) روایی همگرا و افتراقی و همچنین پایایی (آلفای کرونباخ ۰/۸۹) مطلوبی را برای این مقیاس گزارش کردند. در پژوهش حسنی و همکاران (۱۳۹۵) پایایی پریش‌نامه برابر با ۰/۸۷ گزارش شده است.

1. Diener, Emmons, Larsen & Griffin

2. Schimmack, Radhakrishnan, Oishi, Dzokoto & Ahadi

۲- پرسش نامه عزت نفس: این پرسش نامه توسط روزنبرگ<sup>۱</sup> (۱۹۸۹) ساخته شده است. این پرسش نامه دارای ۱۰ ماده است و برگرفته از پرسش نامه ۵۸ سوالی است که در آن پنج جمله با لغات منفی و پنج جمله با لغات مثبت بیان شده است. نمره گذاری هر سوال بر روی یک مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای از ۰ (کاملاً موافق) تا ۴ (کاملاً مخالف) می‌باشد. نمره بالاتر از ۲۵ نشان‌دهنده عزت نفس بالا، نمره ۱۵ تا ۲۵ نشان‌دهنده عزت نفس متوسط و نمره کمتر از ۱۵ نشان‌دهنده عزت نفس پایین است. کوپراسمیت<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) ضرایب بازآزمایی این آزمون را بعد از ۳۵ روز ۰/۸۸ و بعد از سه سال ۰/۷۰ گزارش کرد. رستگاری (۱۳۸۳) در پژوهشی بر روی ۳۷۰ دانش‌آموز پسر و دختر پایه سوم مدارس راهنمایی نشان داد که آلفای کرونباخ این پرسش نامه ۰/۷۷ بود. روایی این پرسش نامه از طریق همبسته کردن با نمره‌های آزمون عزت نفس کوپر برای پسران و دختران به ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۷۱ در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ به دست آمده است (گروسی، رضوی و اطمینان‌رفسنجانی، ۱۳۹۲).

۳- پرسش‌نامه حمایت اجتماعی: این پرسش‌نامه توسط زیمت، داهلم، زیمت و فارلی<sup>۳</sup> (۱۹۸۸) ساخته شد. این پرسش‌نامه مشتمل بر ۱۱ سوال و ۳ خرده مقیاس خانواده (سوالات ۳، ۴، ۸، ۱۱)، دوستان (سوالات ۶، ۷، ۹) و دیگران مهم (سوالات ۱، ۲، ۵، ۱۰) است که بر اساس یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) نمره گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره فرد بر روی این پرسش‌نامه به ترتیب ۱۱ و ۵۵ است. کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده ادراک بالای حمایت اجتماعی است. جنآبادی، ناستی‌زایی و مرزیه (۱۳۹۶) رابطه مثبت و معناداری میان نمرات این مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن با رضایت از زندگی به دست آوردند که نشان‌دهنده روایی همگرای مناسب این مقیاس است. بیرامی، موحدی و موحدی (۱۳۹۳) میزان پایایی این پرسش‌نامه را از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های خانواده، دوستان و دیگران مهم به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۲ و ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند.

۴- پرسش نامه احساس تنهایی: برای سنجش احساس تنهایی از پرسش نامه دیتوماسو، برانت و بست<sup>۱</sup> (۲۰۰۴) استفاده شد که شامل ۱۵ سوال و سه زیرمقیاس احساس تنهایی رمانتیک (سوالات ۳، ۶، ۸، ۱۰، ۱۵)، خانوادگی (سوالات ۲، ۴، ۷، ۱۱، ۱۴) و اجتماعی (سوالات ۱، ۵، ۹، ۱۲، ۱۳) است. احساس تنهایی کلی از مجموع نمرات زیر مقیاس های تنهایی رمانتیک، خانوادگی و اجتماعی به دست می آید. تمامی سوالات براساس طیف لیکرت پنج گزینه ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) نمره گذاری می شوند. سوالات ۱۴ و ۱۵ به شیوه معکوس نمره گذاری می شوند. مؤلفان این مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش نامه را بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ گزارش کرده اند. در ایران، جوکار و سلیمی (۱۳۸۹) فرم کوتاه مقیاس تنهایی را برای خرده مقیاس های احساس تنهایی رمانتیک، اجتماعی و خانوادگی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۴ و ۰/۷۸ گزارش کرده اند. جناآبادی (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش نامه را بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ گزارش کرده است.

۵- پرسش نامه خود کنترلی: این پرسش نامه ۱۳ سوال دارد و استاندارد است و در مطالعات متعدد مورد استفاده قرار گرفته است. در ایران، این پرسش نامه برای اولین بار توسط اله وردی پور و همکاران (۱۳۸۴) مورد استفاده قرار گرفته است و میزان پایایی آن را از طریق ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ گزارش شده است. هر یک از سوالات بر روی یک مقیاس لیکرت پنج درجه ای از ۱ تا ۵ نمره گذاری می شوند. بشیریان و همکاران (۱۳۹۱) نیز میزان پایایی آن را برابر با ۰/۷۵ گزارش کردند.

### یافته ها

براساس نتایج توصیفی مشخص شد که بیشترین افراد (۹۳ نفر، ۴۱/۹ درصد) در رده سنی ۳۱ تا ۴۰ سال بودند و ۵/۴ درصد کمتر از ۲۰ سال داشتند (۱۲ نفر). ۷۳/۴ درصد نمونه مرد و ۲۶/۶ درصد زن بودند. ۵ درصد فاقد سواد خواندن و نوشتن، ۴۲/۳ درصد دارای مدرک زیردیپلم، ۴۱/۴ درصد دیپلم و فوق دیپلم و ۱۱/۳ درصد لیسانس بودند. ۵۲/۳ درصد متأهل و ۴۷/۷ درصد مجرد بودند. پیش فرض نرمال بودن توزیع داده ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد و نتایج غیرمعنادار این آزمون برای متغیرهای حمایت



اجتماعی (۱/۳۸،  $p=0/06$ )، عزت نفس (۱/۱۶،  $p=0/14$ )، رضایت از زندگی (۰/۹۶)، خودکنترلی (۱/۱۹،  $p=0/12$ ) و احساس تنهایی (۱/۱۸،  $p=0/12$ ) نشان‌دهند توزیع نرمال داده‌ها بود ( $p>0/05$ ). آماره‌های توصیفی متغیرها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
حمایت اجتماعی	۲/۸۴	۰/۸۹
عزت نفس	۳/۲۲	۰/۸۳
رضایت از زندگی	۲/۹۵	۰/۹۳
خودکنترلی	۲/۹۱	۰/۹۳
احساس تنهایی	۲/۷۶	۱/۰۲

ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱- حمایت اجتماعی	۱				
۲- احساس تنهایی	*-۰/۸۰	۱			
۳- عزت نفس	*۰/۵۵	*-۰/۴۸	۱		
۴- خودکنترلی	*۰/۷۵	*-۰/۶۹	*۰/۵۵	۱	
۵- رضایت از زندگی	*۰/۸۱	*-۰/۷۸	*۰/۶۶	*۰/۸۲	۱

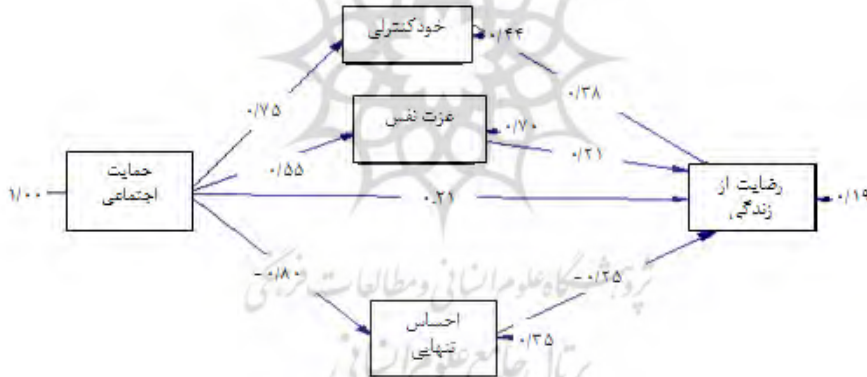
\*  $p<0/01$

نتایج جدول ۲ نشان داد که همبستگی معناداری بین متغیرهای پژوهش وجود داشت ( $p<0/01$ ). نتایج بررسی نقش میانجی عزت نفس، احساس تنهایی و خودکنترلی در رابطه بین حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری در نمودار ۱ بر اساس ضرایب استاندارد ارائه شده است. برای بررسی برازش مدل شاخص مجذور خی دو، شاخص برازندگی تطبیقی<sup>۱</sup>، شاخص نیکویی برازش<sup>۲</sup>، ریشه استاندارد

باقیمانده مجذور میانگین<sup>۱</sup>، و ریشه میانگین مجذور خطای تقریب<sup>۲</sup> مورد بررسی قرار گرفتند. ضرایب این شاخص‌ها نشان داد که برازش مدل با توجه به مقادیر مورد تایید، مورد قبول بود (جدول ۳).

جدول ۳: شاخص‌های نیکویی برازش مدل ساختاری

شاخص‌ها	مقدار	حد مجاز
خی دو	۱/۴۱	-
درجه آزادی	۱	-
مقدار خی ۲ تقسیم بر درجه آزادی	۲/۳۶	کمتر از ۳
ریشه استاندارد باقیمانده مجذور میانگین	۰/۰۵۹	کمتر از ۱
ریشه میانگین مجذور خطای تقریب	۰/۰۴۳	کمتر از ۱
شاخص برازندگی تطبیقی	۰/۹۵	بالاتر از ۰/۹
شاخص نیکویی برازش	۰/۹۶	بالاتر از ۰/۹



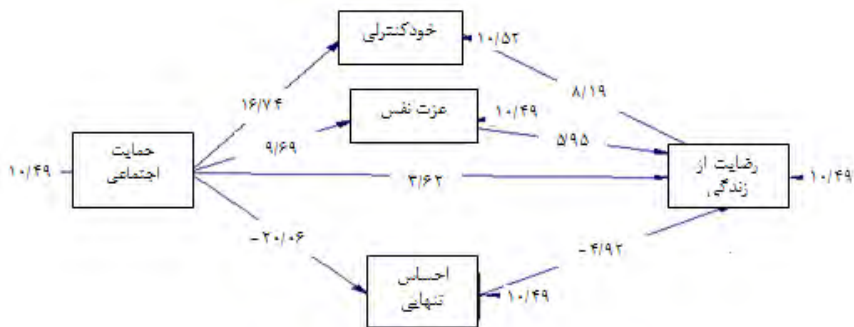
نمودار ۱: مدل ساختاری تحقیق با ضرایب استاندارد

نمودار ۱ نشان داد که حمایت اجتماعی تاثیر مستقیمی بر رضایت از زندگی داشت ( $\beta = 0/21$ ). همچنین، حمایت اجتماعی ارتباط معناداری با احساس تنهایی ( $\beta = -0/80$ )، عزت نفس ( $\beta = 0/55$ ) و خودکنترلی ( $\beta = 0/75$ ) داشت. از سوی دیگر، احساس تنهایی ( $\beta = -0/25$ )، عزت نفس ( $\beta = 0/21$ ) و خودکنترلی ( $\beta = 0/38$ ) نیز به نوبه خود با رضایت

1. standardized root mean square residual (SRMR)

2. root mean square error of approximation (RMSEA)

از زندگی ارتباط معناداری داشتند. نمودار ۲، مدل ساختاری بر اساس مقادیر  $t$  را نشان می‌دهد.



نمودار ۲: مدل ساختاری تحقیق با ضرایب  $t$

طبق نمودار ۲، مقدار  $t$  اثر حمایت اجتماعی بر رضایت از زندگی برابر با  $3/62$  ( $t > 1/96$ ) برآورد شد که نشان می‌دهد این اثر معنی‌دار است ( $p < 0/05$ ). سایر روابط نیز به دلیل داشتن یک مقدار  $t$  بالاتر از  $1/96$  معنادار بودند ( $p < 0/05$ ). برای بررسی اثر میانجی از روش بارون و کنی استفاده گردید و نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون روابط در مدل

مسیرها	میزان اثر	اثر کل	$t$	نتیجه
اثر مستقیم حمایت اجتماعی بر رضایت از زندگی	۰/۲۱	۰/۲۱	۳/۶۲	تایید
اثر مستقیم حمایت اجتماعی بر عزت نفس	۰/۵۵	۰/۵۵	۹/۶۹	تایید
اثر مستقیم حمایت اجتماعی بر خودکنترلی	۰/۷۵	۰/۷۵	۱۶/۷۴	تایید
اثر مستقیم حمایت اجتماعی بر احساس تنهایی	-۰/۸۰	-۰/۸۰	-۲۰/۰۶	تایید
اثر مستقیم خودکنترلی بر رضایت از زندگی	۰/۳۸	۰/۳۸	۸/۱۹	تایید
اثر مستقیم عزت نفس بر رضایت از زندگی	۰/۲۱	۰/۲۱	۵/۹۵	تایید
اثر مستقیم احساس تنهایی بر رضایت از زندگی	۰/۲۵	۰/۲۵	-۴/۹۲	تایید
اثر غیر مستقیم حمایت اجتماعی بر رضایت از زندگی از طریق میانجی‌گری عزت نفس	۰/۱۱	۰/۱۱	۹/۶۹	تایید
اثر غیر مستقیم حمایت اجتماعی بر رضایت از زندگی از طریق میانجی‌گری احساس تنهایی	-۰/۲۰	-۰/۲۰	۳/۶۲	تایید

تایید	۱۶/۷۴	۰/۴۹	۰/۴۹	اثر غیر مستقیم حمایت اجتماعی بر رضایت از زندگی از طریق میانجی‌گری خودکنترلی
تایید	۳/۶۲	۰/۴۰	۰/۴۰	اثر غیر مستقیم حمایت اجتماعی بر رضایت از زندگی با میانجی-گری عزت نفس، احساس تنهایی و خودکنترلی

نتایج جدول ۴ نشان داد که ضرایب بین مسیرهای مستقیم و غیر مستقیم معنادار بودند ( $t > 1/96$ ,  $p < 0/05$ ). بنابراین، عزت نفس، احساس تنهایی و خودکنترلی در رابطه بین حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی دارای نقش میانجی بودند.

### بحث و نتیجه‌گیری

در این تحقیق نقش میانجی عزت نفس، احساس تنهایی و خودکنترلی در رابطه بین حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های پژوهش حاکی از برآزش مناسب مدل مفهومی پژوهش بود. همسو با یافته‌های لی و همکاران (۲۰۱۶) که عنوان کردند رضایت بالا از زندگی عامل مهمی برای رشد، حفظ سلامت و پیشگیری از بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی است و عدم رضایت از زندگی با وضعیت سلامتی ضعیف‌تر، علائم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب بهداشتی، تجربه حوادث استرس‌زای زندگی و وضعیت ضعیف اجتماعی همبسته است (نیج‌دام‌جونز و مک‌نیل، ۲۰۲۰)، علل اعتیاد و سوءمصرف مواد بسیار پیچیده است و عوامل اجتماعی، فرهنگی، روان‌شناختی، ژنتیک و زیست‌شناختی را در بر می‌گیرد. هر یک از این عوامل به تنهایی عمل نمی‌کنند. در حقیقت، تعامل این عوامل است که مشخص می‌کند کدام ویژگی‌های شخصیتی و اجتماعی افراد را مستعد سوءمصرف مواد می‌کنند و خطر کاهش مقاومت آن‌ها در مقابل سوءمصرف مواد را افزایش می‌دهد (صدری‌دمیرچی و کیانی، ۱۳۹۷). همچنین، نتایج این مطالعه با نتایج تحقیقات خسروی‌ان و سلیمانی (۱۳۹۷)؛ جناآبادی و همکاران (۱۳۹۶)؛ قنبری‌زرنندی، حسنی، محمدخانی و حاتمی (۱۳۹۶)؛ زراعت و خضری‌مقدم (۱۳۹۶)؛ جناآبادی (۱۳۹۵)؛ حسنی و همکاران (۱۳۹۵)؛ بریتل، وود و کامپا<sup>۱</sup> (۲۰۱۷) و بلاچنیو، پرزپورکا و پانتیک<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت به نظر می‌رسد عوامل مختلفی در رضایت از زندگی افراد موثر است و با رضایت آنها از زندگی رابطه دارند که برخی از این عوامل به عنوان عوامل حفاظتی و برخی دیگر به عنوان عوامل خطرآفرین در برابر سوء مصرف مواد محسوب می‌شوند. در واقع، با افزایش میزان حمایت، دفعات برگشت به مصرف مواد کاهش یافته و به بهبود وضعیت سلامت فرد منجر می‌گردد. البته، همیشه این رابطه مستقیم نیست و متغیرهای دیگری نیز به صورت میانجی نقش دارند و خودکنترلی از آن جمله این میانجی‌ها است. هر اندازه در مدیریت تعارضات درون فردی بین منطقی و هوس، بین شناخت و انگیزه و بین کنترل درونی و بیرونی، قسمت اول بر قسمت دوم غلبه کند، بیشتر می‌تواند در پیشگیری از رفتارهای خلاف مقررات و رسوم اجتماعی موثر باشد. همچنین، عزت نفس نیز در میزان رابطه بین حمایت و رضایت از زندگی افراد مصرف‌کننده مواد می‌تواند نقش میانجی داشته باشد. عزت نفس افراد در میزان اثرگذاری الگوهای نادرست و الگوپذیری نقش دارد (ژو و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین، افرادی که با قرار گرفتن در معرض ارزیابی‌های منفی و انتقادات دیگران، احساس حقارت و کمبود بیشتری می‌کنند و توقع حمایت بیرونی دارند، در صورت نبود و یا حداقل عدم حمایت مورد انتظار، بیشتر مستعد سوء مصرف مواد مخدر هستند. در نهایت، اگر میزان تکانشگری در فردی بالا باشد، خطرپذیری بیشتری دارد و در صورتی که با عزت نفس پایین و احساس تنهایی همراه باشد، توقع متفاوتی از حمایت دارد و در نتیجه میزان رضایت او از زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که رابطه غیر مستقیم حمایت اجتماعی با رضایت از زندگی با حضور احساس تنهایی معنادار بود. به عبارت دیگر، احساس تنهایی نقش معکوس‌کننده در رابطه حمایت اجتماعی با رضایت دارد. این یافته همسو با نتایج پیرهون و همکاران (۲۰۲۰) است که عنوان کردند فقدان مهر و محبت، رفتار خشن و مستبدانه والدین، بی‌ثباتی و بی‌تعادلی خانوادگی، تعدد فرزندان، بی‌سوادی، ناآگاهی، بی‌سرپرستی‌های روانی و عاطفی، بی‌کفایتی و بلاغت والدین و نظایر آن از جمله عواملی هستند که محیط خانواده را تبدیل به شرایط مساعدی جهت تمایل فرد به سوی اعتیاد

می‌کنند. در چنین محیط‌هایی فرد احساس تنهایی و عدم حمایت می‌کند (جناآبادی و همکاران، ۱۳۹۶؛ قنبری زرنندی و همکاران، ۱۳۹۶). در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که از آنجایی که ماهیت انسان به طور ذاتی اجتماعی است، افرادی که در برقراری و حفظ رابطه رضایت‌بخش با دیگران ناتوان هستند، براساس نظریه انتخاب در برآورده شدن «نیاز به تعلق داشتن یا پیوند عاطفی» دچار مشکل خواهند شد. بنابراین، احتمالاً حس محرومیتی را تجربه خواهند کرد که آن را با احساس تنهایی نشان می‌دهند. احساس تنهایی ممکن است مداوم یا موقتی باشد (لیو، وو، ژو و وانگ<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). لذا، کسانی که فکر می‌کنند از حمایت کسی برخوردار نمی‌باشند یا کسی دوستشان ندارد و به آنها اهمیت نمی‌دهد، دیگران را بر خود محترم می‌شمارند و خود را بخشی از شبکه‌های اجتماعی خانواده، دوستان یا سازمان‌های اجتماعی نمی‌دانند و فکر می‌کنند همیشه در رویارویی با رخداد‌های فشارزای زندگی تنها هستند و کسی کنار آنها نمی‌باشد و این احساس تنهایی رضایت آنها از خود و زندگی را کاهش داده و در صورت عدم برخورد موثر با این احساس تنهایی ممکن است به سوء مصرف مواد اقدام کنند.

یافته بعدی این مطالعه نشان داد که رابطه غیر مستقیم حمایت اجتماعی با رضایت از زندگی با حضور خودکنترلی معنادار بود. در نتیجه، رابطه‌ی حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی از طریق خودکنترلی در مصرف کنندگان مواد معنی‌دار بود و جهت این رابطه مثبت بود. این نتایج با یافته‌های بابایی و حسن‌زاده (۱۳۹۷)؛ علی‌پور، احدی، حاتمی و ملیحی‌الذاکرینی (۱۳۹۷) و خسروی‌ان و سلیمانی (۱۳۹۷) همخوان بود. تئوری انتخاب تبیین می‌کند که ما به عنوان یک انسان برای دست یافتن به آنچه می‌خواهیم، چگونگی رفتارمان را انتخاب می‌کنیم. بر اساس این تئوری، تمامی آنچه ما انجام می‌دهیم یک رفتار است و نیز اینکه همه رفتارها عمدی بوده و از درون ما برانگیخته می‌شوند. این برخلاف نظر صاحب نظرانی است که می‌گویند ما در دنیایی از کنترل بیرونی به سر می‌بریم و توسط عوامل بیرونی برانگیخته می‌شویم. بنابراین، فقدان یک بازداری رفتاری و شناختی عنصر مشترک در تمامی اختلالات سوء مصرف مواد و اعتیاد می‌باشد و مهار تکانه‌ها و

مدیریت هیجان‌ها در پیشگیری، ترک و مقاومت در برابر وسوسه‌های برگشت در افراد وابسته به مواد نقش دارند (نیرومند و همکاران، ۱۳۹۶). هان، گنگ، جو، گاو و یانگ<sup>۱</sup> (۲۰۱۷) عنوان کردند که بین میزان خجالتی بودن، عدم مهارت‌های اجتماعی و خودکنترلی رابطه وجود دارد. افرادی که دارای کنترل درونی و خودکنترلی بالایی هستند و کنترل کافی بر زندگی خود دارند در انجام تکالیف خود عملکرد بهتری دارند و کمتر تحت نفوذ دیگران قرار می‌گیرند و افراد سخت‌کوشی هستند که در رفع مشکلات زندگی خود بیشتر تلاش می‌کنند (قادری‌مهر و احمدی ده‌قطب، ۱۳۹۵).

در نهایت نتایج پژوهش نشان داد که رابطه غیر مستقیم حمایت اجتماعی با رضایت از زندگی با حضور عزت نفس معنادار بود و جهت این رابطه مثبت بود. این نتایج با یافته‌های وانگ و همکاران (۲۰۱۸) همسو می‌باشد که معتقدند نگرش اطرافیان بخصوص والدین و افراد مهم دیگر در بالا بردن عزت نفس دخیل هستند. ژیقی، یینگرو، لو، یو و ایکسیلیان<sup>۲</sup> (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای عنوان کردند که حمایت خانواده می‌تواند به افزایش توانایی سازگاری افراد منجر شود و احساس ارزشمندی که با حمایت خانواده به افراد داده می‌شود میزان تصور فرد از خود-ارزشمندی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. مو و همکاران (۲۰۲۰) عنوان کردند افراد وابسته به مواد از عزت نفس پایینی برخوردارند و انزوا در افراد وابسته به مواد بالاست. عزت نفس پایین باعث ایجاد مشکل در مقابله با فشارهای زندگی می‌شود (دیلو و همکاران، ۲۰۱۵). راجرز<sup>۳</sup> عنوان کرد که هر چه نوزاد تکامل پیدا می‌کند به تدریج خود و محیط خارج از خود را تشخیص می‌دهد و به دنبال توسعه تدریجی و براساس تجربه‌هایی که در محیط کسب می‌کند به یک ارزش مثبت یا منفی نسبت به خود دست می‌یابد که این احساس ارزشمندی همان عزت نفس است (بلاچنیو و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین، عدم ارضای نیاز به توجه و احترام باعث کاهش عزت نفس شده و آستانه تحمل فرد را کاهش می‌دهد. عزت نفس پایین ممکن است باعث شود افراد ناخواسته مصرف مواد را به عنوان یک راه برای تنظیم نیازهای غیرقابل قبول خود بدانند. از سوی

دیگر، افرادی که دارای اعتماد به نفس بالا هستند می‌توانند به دنبال راهی برای افزایش تجربیات بین فردی مثبت باشند. بنابراین، افراد با اعتماد به نفس ضعیف در مواجهه با تعاملات بین فردی منفی، احتمالاً به سوء مصرف مواد روی می‌آورند (پیکت و همکاران، ۲۰۱۲).

این پژوهش محدودیت‌هایی داشت. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این نکته اشاره کرد که متغیر وضعیت تحصیلی، اقتصادی و فرهنگی وارد مدل ساختاری نشد و اثرات آن‌ها کنترل نشد. در این مطالعه از ابزارهای خود گزارش دهی استفاده شد که نسب به سوگیری پاسخ آسیب پذیرند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود جهت کاهش سوء برداشت آزمودنی‌ها از سوالات پرسش‌نامه از ابزارهای مستقیم نظیر مصاحبه و مشاهده بالینی جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شود. از لحاظ کاربردی، با توجه به نقش میانجی‌گری عزت نفس، خودکنترلی و احساس تنهایی در رابطه بین حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی در مصرف‌کنندگان مواد مخدر، آموزش راهبردهای کنترل تکانه، مهارت‌های تحمل آشفستگی، جرات‌ورزی، خوددلسوزی شناختی و راه‌کارهای افزایش عزت نفس و خودکارآمدی در فرآیند درمان اختلالات به سوء مصرف مواد پیشنهاد می‌شود.

### منابع

- احمدی، حبیب و معینی، مهدی (۱۳۹۴). بررسی رابطه مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای پرخطر جوانان شهر شیراز. *پژوهش‌های راهبردی امنیت و نظم اجتماعی*، ۱(۱)، ۱-۲۴.
- اشرفی حافظ، اصغر؛ کاظمینی، تکتم و شایان، شادی (۱۳۹۳). *بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و جهت‌گیری مذهبی با میزان عود در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون*. فصلنامه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۲۴(۸۴)، ۳۵-۴۴.
- بابایی، نفیسه و حسن‌زاده، رمضان (۱۳۹۷). مدل‌یابی روابط ساختاری هیجان‌طلبی با آمادگی به اعتیاد با میانجی‌گری تمایز یافتگی خود و تنظیم شناختی هیجان در بین معتادان مرد در حال بهبودی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۷)، ۲۲۸-۲۱۳.
- بشیریان، سعید؛ حیدرینیا، علیرضا؛ اله‌وردی‌پور، حمید و حاجی‌زاده، ابراهیم (۱۳۹۱). بررسی رابطه خودکنترلی با تمایل نوجوانان به مصرف مواد مخدر. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی*، ۲۰(۱)، ۴۵-۵۷.



بیرامی، معصومه؛ موحدی، یزدان و موحدی، معصومه (۱۳۹۳). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی با اعتیاد به اینترنت در جامعه دانشجویی. *مجله شناخت اجتماعی*، ۳(۶)، ۱۲۲-۱۰۹.

جنابآبادی، حسین (۱۳۹۵). بررسی رابطه احساس تنهایی و حمایت اجتماعی با اعتیاد به تلفن همراه در دانش آموزان. *فصلنامه روان‌شناسی مدرسه*، ۵(۱۱)، ۳۰-۷.

جنابآبادی، حسین و سابقی، فرامرز (۱۳۹۲). رابطه حمایت اجتماعی با احساس غربت دانشجویان جدیدالورود. *مجله دانشگاه علوم پزشکی زابل*، ۵(۴)، ۴۱-۳۳.

جنابآبادی، حسین؛ ناستی‌زایی، ناصر و مرزیه، افسانه (۱۳۹۶). نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی اجتماعی - عاطفی در عود اعتیاد (مطالعه موردی: معتادان خودمصرف به مراکز ترک اعتیاد زاهدان). *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۴)، ۱۰۶-۹۱.

جوکار، بهرام و سلیمی، عظیمه (۱۳۸۹). ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه مقیاس تنهایی اجتماعی عاطفی بزرگسالان. *مجله علوم رفتاری*، ۵(۴)، ۳۱۷-۳۱۱.

حاتمیان، پیمان؛ کرمی، جهانگیر و مومنی، خدامراد (۱۳۹۶). رابطه مولفه‌های ادراک حمایت اجتماعی با گرایش به مصرف مواد روان‌گردان در پرستاران بیمارستان‌های کرمانشاه. *فصلنامه آموزش، بهداشت و ارتقای سلامت*، ۵(۳)، ۳۷۶-۳۷۳.

حسینی، محمد؛ اصغری، مهسا؛ کاظم‌زاده، مهدی و عبدلی، جواد (۱۳۹۵). بررسی نقش حمایت اجتماعی بر رضایت از زندگی دانش‌آموزان با توجه به اثر میانجی رضایت از مدرسه، شایستگی تحصیلی و خودکارآمدی عمومی. *فصلنامه روان‌شناسی مدرسه*، ۴(۵)، ۵۱-۳۱.

خسروی‌ان، بهروز و سلیمانی، اسماعیل (۱۳۹۷). اثربخشی تحریک الکتریکی مستقیم فراقشری مغز بر روی ولع مصرف مواد و خودکنترلی شناختی افراد سوءمصرف‌کننده مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۷)، ۹۳-۱۱۰.

رستگاری، حمید (۱۳۸۳). *بررسی رابطه عزت نفس با خلاقیت دانش‌آموزان سال سوم مدارس راهنمایی دولتی نواحی یک و دو شهر یزد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبایی.

زراعت، فهیمه و خضری‌مقدم، انوشیروان (۱۳۹۶). تعیین نقش جو عاطفی خانواده و رضایت از زندگی در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۱۴(۲)، ۶۸-۵۵.

شیخ‌الاسلامی، فرزانه؛ ستوده‌ناوردی، سیدامید؛ زینعلی، شینا و طالبی، محمود (۱۳۹۲). ارتباط باورهای مذهبی، سلامت روان، عزت نفس و خشم در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه پرستاری و مامایی جامع‌نگر*، ۲۳(۷۰)، ۵۱-۴۵.

صدری دمیرچی، اسماعیل و کیانی، عارفه (۱۳۹۷). پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بر اساس عزت نفس اجتماعی و تنظیم شناختی هیجانی در دانشجویان. *فصلنامه فرهنگ در دانشگاه اسلامی*، ۲۷(۸)، ۲۹۰-۳۰۶.

علی‌پور، زهرا؛ احدی، حسن؛ حاتمی، حمیدرضا و ملیحی‌الذاکرینی، سعید (۱۳۹۷). معادلات ساختاری خودتنظیمی هیجانی، سیستم‌های فعال‌سازی-بازداری رفتاری با میانجی‌گری سبک‌های تفکر در بهزیستی روان‌شناختی بیماران معتاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۷)، ۲۶۸-۲۴۵.

قادری مهر، امید و احمدی ده‌قطب، محمد (۱۳۹۵). رابطه بین خودکنترلی و کیفیت زندگی در افراد معتاد شهر کرمان. کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در مدیریت، اقتصاد، حقوق و علوم انسانی، شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کازرون.

قاسمی، وحید (۱۳۹۰). برآورد حجم بهینه نمونه در مدل‌های معادله ساختاری و ارزیابی کفایت آن برای پژوهشگران اجتماعی. *مجله جامعه‌شناسی ایران*، ۱۱(۴)، ۱۶۱-۱۳۸.

قنبری‌زرنندی، زهرا؛ حسنی، جعفر؛ محمدخانی، شهرام و حاتمی، محمد (۱۳۹۶). الگوی روابط ساختاری فعالیت سیستم‌های مغزی رفتاری، احساس تنهایی، دشواری در تنظیم هیجان و وسوسه مصرف مواد در زنان سوء مصرف‌کننده. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۴)، ۱۳۴-۱۰۷.

گروسی، بهشید؛ رضوی، ویدا و اطمینان‌رفسنجانی، عاطفه (۱۳۹۲). بررسی رابطه افسردگی و عزت نفس با تصور از بدن در زنان باردار. *مجله بهداشت و توسعه*، ۲(۲)، ۱۲۷-۱۱۷.

نیرومند، فاطمه؛ ابراهیمی، صدیقه و قاهری، عباس (۱۳۹۶). بررسی تکانش‌وری در سوء مصرف‌کنندگان مواد قبل و پس از درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۴)، ۲۴۳-۲۵۶.

اله‌وردی‌پور، حمید؛ حیدرنیا، علیرضا؛ کاظم‌نژاد، انوشیروان؛ شفیع‌ی، فروغ؛ آزادفلاح، فروغ و میرزایی، الهه (۱۳۸۴). بررسی وضعیت سوء مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان و تلفیق عامل خودکنترلی در مدل EPPM. *دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی* نیر، ۱۳(۱)، ۳۱-۲۱.

## References

- Birtel, M. D., Wood, L., & Kempa, N. J. (2017). Stigma and social support in substance abuse: Implications for mental health and well-being. *Psychiatry Research*, 252(8), 1-8.
- Błachnio, A. B., Przepiorka, A., & Pantic, I. (2016). Association between Facebook addiction, self-esteem and life satisfaction: A cross-sectional study. *Computers in Human Behavior*, 55(10), 701-705.
- Coopersmit, S. (1990). *Manual of Self-esteem Inventory*, Published: consulting Psychologists.
- DiBello, A. M., Rodriguez, L. M., & Neighbors, W. H. C. (2015). The green eyed monster in the bottle: Relationship contingent self-esteem, romantic jealousy, and alcohol-related problems. *Addictive Behaviors*, 49(2), 52-58.

- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(2), 71-75.
- Ditommaso, E., Brannen, C., & Best, L. A. (2004). Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. *Educational and Psychological Measurement*, 64(1), 99-119.
- Han, L., Geng, J., Jou, M., Gao, F., & Yang, H. (2017). Relationship between shyness and mobile phone addiction in Chinese young adults: Mediating roles of self-control and attachment anxiety. *Computers in Human Behavior*, 76(8), 363-371.
- Hershberger, A., Zapolski, T., & Aalsma, M. C. (2016). Social support as a buffer between discrimination and cigarette use in juvenile offenders. *Addictive Behaviors*, 59(3), 7-11.
- Jingjing, Z., Yonghui, W., & Feng, K. (2014). Exploring the mediation effect of social support and young adults. *Personality and Individual Differences*, 53(2), 513-517.
- Kekkonen, V., Tolmunen, T., Kraav, S., Hintikka, J., Kivimäki, P., Kaarre, O., & Laukkanen, E. (2020). Adolescents' peer contacts promote life satisfaction in young adulthood — A connection mediated by the subjective experience of not being lonely. *Personality and Individual Differences*, 167(4), 110-121.
- Li, D., Zhang, W., Li, X., Zhou, Y., Zhao, L., & Wang, Y. (2016). Stressful life events and adolescent Internet addiction: The mediating role of psychological needs satisfaction and the moderating role of coping style. *Computers in Human Behavior*, 63(9), 408-415.
- Liu, Q., Wu, J., Zhou, Z., & Wang, W. (2020). Parental technofence and smartphone addiction in Chinese adolescents: The mediating role of social sensitivity and loneliness. *Children and Youth Services Review*, 118(12), 105-114.
- Liu, R. (2013). Children's Internet information seeking, life satisfaction, and loneliness: The mediating and moderating role of self-esteem. *Computers & Education*, 68(7), 21-28.
- Mitrovic, M., Hadzi-Pesic, M., Stojanovic, D., & Milicevic, N. (2014). Personality Traits and Global Self-esteem of Alcohol Addicts. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 127(2), 255-259.
- Mo, K. H., Chan, W. Y., Wang, X., & Lau, T. F. (2020). Gender difference in the association between internet addiction, self-esteem and academic aspirations among adolescents: A structural equation modelling. *Computers & Education*, 155(11), 93-103.
- Nijdam-Jones, A.N., & McNiel, D.E. (2020). Prospective study of mental health court and life satisfaction. *International Journal of Law and Psychiatry*, 73(6), 101-116.
- Park, S. (2014). Social relationship on problematic Internet use (PIU) among adolescents in South Korea: A moderated mediation model of self-esteem and self-control. *Computers in Human Behavior*, 38(18), 349-357.
- Pickett, S. M., Lodis, C. S., Parkhill, M. R., & Orcutt, H. K. (2012). Personality and experiential avoidance: a model of anxiety sensitivity. *Personality and Individual Differences*, 53(10), 246-250.
- Pirhonen, J., Tiilikainen, E., Pekkarinen, S., Lemivaara, M., & Melkas, H. (2020). Can robots tackle late-life loneliness? Scanning of future

- opportunities and challenges in assisted living facilities. *Futures*, 124(11), 64-76.
- Powers, R. L., Russo, M., Mahon, K., Brand, J., Braga, R. J., Malhotra, A. K., & Burdick, K. E. (2013). Impulsivity in bipolar disorder: relationships with neurocognitive dysfunction and substance use history. *Bipolar Disorders*, 15(4), 876-884.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. (Rev. ed.). Middeltown, CT: Wesleyan University Press.
- Schimmack, U., Radhakrishnan, P., Oishi, S., Dzikoto, V., & Ahadi, S. (2002). Culture, personality, and subjective well-being: integrating process models of life satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), 582-593.
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does Low Self-Esteem Predict Depression and Anxiety? A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Journal of Psychological Bulletin*, 139(1), 213-240.
- Wang, P., Wang, X., Wu, Y., Xie, X., Wang, X., Zhao, F., & Ouy, M. (2018). Social networking sites addiction and adolescent depression: A moderated mediation model of rumination and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 127(2), 162-167
- Weafer, J., Mitchell, S.H., & de Wit, H. (2014). Recent translational findings on impulsivity in relation to drug abuse. *Current Addiction Reports*, 1(1), 289-300.
- Xu, X. F., Huebner, S., & Tian, L. (2020). Profiles of narcissism and self-esteem associated with comprehensive mental health in adolescents. *Journal of Adolescence*, 20(1), 275-287.
- Zetterqvist, M., Svedin, C. G., Fredlund, C. F., Priebe, G., Wadsby, M., & Jonsson, L. S. (2018). Self-reported nonsuicidal self-injury (NSSI) and sex as self-injury (SASI): Relationship to abuse, risk behaviors, trauma symptoms, self-esteem and attachment. *Psychiatry Research*, 12(2), 309-316.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.
- Zhiqi, Y., Yingru, Z. H., Lu, Z. H., Yu, Z. X., & Xuelian., C. H. (2019). How does self-esteem affect mobile phone addiction? The mediating role of social anxiety and interpersonal sensitivity. *Psychiatry Research*, 271(12), 526-531.