MEJDS. 2021; 11:7.

Published online 2021 Apr. **Research Article**

Determining Craving by Emotion Regulation and Psychological Capital Mediated by Problem-Solving Styles in Substance-Dependent Males aged 20 to 45 years

Golestaneh SE[1], *Tajeri B[2], Borjali M[3], Sobhi Gharamaleki N[4], Sarami Foroushani Gh[5]

Author Address
1. PhD Student in Health Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, UAE Branch, Dubai, UAE;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran;
4. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Allameh Tabatabaei University, Tehran;
5. Assistant Professor, Department of Educational Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.
***Corresponding author's email:** btajeri@yahoo.com

Received: 7 August 2020; **Accepted:** 17 October 2020

Abstract

Background & Objectives: Drug use disorders are a pervasive and costly health problem worldwide. Substance dependence is a brain disorder that causes malfunctions and morphological changes in the nervous system and the response mechanism to reward and pleasure. Due to its progressive nature in all aspects of life, this issue threatens the health of the individual, family, and society. Furthermore, its unpleasant consequences are among the major public health problems globally. Due to maladaptive Emotion Regulation (ER), psychological capital, and problem–solving styles in individuals with substance abuse, i.e., inefficient and poor for coping with various problems of life, these patterns seem to increase the tendency to substance use, as well as psychosocial complications. Thus, the present study aimed to determine craving based on ER, psychological capital, and problem–solving styles in patients under substance dependence treatment.

Methods: This was a correlational and structural equation modeling study. The statistical population of this study included patients under substance dependence treatment referring to the public healthcare centers in Bushehr City, Iran, in the winter of 2019. For sampling, first, 7 centers were randomly selected among the medical centers of Bushehr. Then, from each center, 30 individuals who met the inclusion criteria were randomly selected. To determine the sample size, considering the research methodology, 10 to 15 subjects were required per obvious variable. Accordingly, based on the considered variables, 210 samples were selected by the random sampling method. Inclusion criteria were an age range of 20 to 45 years; referral to a psychiatrist or physician given the main and initial diagnosis of substance dependence according to the diagnostic criteria of The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–Fourth Editing–Third Revision (DSM–IV–TR); male gender; >1 week past successful detoxification and negative urine test for opioids; not taking antipsychotic drugs; not having biopsychological problems; not concurrently participating in other treatment programs, and not having long–term dependence on several substances simultaneously other than opiates. The required data were collected using the Drug Craving Questionnaire (Salehi Fadardi et al., 2010), Emotion Regulation Scale (Gretz & Roemer, 2004), Psychological Capital Questionnaire (Luthans & Jensen, 2007), and Problem–Solving Styles Scale (Cassidy and Long, 1996). In this study, regression analysis and path analysis were used to test the hypotheses. SPSS and AMOS were also applied for data analysis.

Results: The obtained findings indicated that the total path coefficient (the sum of direct & indirect path coefficients) between psychological capital to craving (p<0.001, β=–0.37) was negative and significant. Moreover, the total path coefficient between ER to craving (p<0.001, B=0.44) was positive and significant. Direct path coefficients between psychological capital in problem–solving style (p<0.001, β=0.47) as well as ER in problem–solving style (p<0.001, β=0.33) was positive and significant. Besides, the path coefficient between problem–solving style to craving (p <0.001, β = –0.29) was negative and significant. The indirect path coefficient between psychological capital to craving (p<0.001, β=–0.16) and the indirect path coefficient between ER to craving (p<0.01, β=0.30) was significant. In other words, the problem–solving style mediates the relationship between psychological capital, ER, and craving. The calculated goodness of fit indices presented that problem–solving styles mediated the relationship between craving, ER, and psychological capital (AGFI=0.94, RMSEA=0.049).

Conclusion: Based on the present study findings, ER and psychological capital can be predicted by mediating problem–solving styles on drug craving in individuals with substance dependence.

Keywords: Substance craving, Emotion regulation, Psychological capital, Problem–Solving styles.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.205.4]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.194]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۷.

انتشار برخط فروردین ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

تعیین ولع مصرف مواد مخدر براساس رفتار تنظیم هیجان، سرمایهٔ روان‌شناختی و سبک‌های حل مسئله در مردان معتاد ۲۰تا۴۵ سال

سیداحسان گلستانه[۱]، *بیوک تاجری[۲]، محمود برجعلی[۳]، ناصر صبحی قراملکی[۴]، غلامرضا صرامی فروشانی[۵]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات، دبی، امارات متحدهٔ عربی؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران؛

۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران؛

۵. استادیار، گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** btajeri@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۷ مرداد ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۶ مهر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: سوءمصرف مواد مخدر و شیوع آن از دغدغه‌های بسیار مهم جوامع امروزی به‌شمار می‌رود. هدف پژوهش حاضر تعیین ولع مصرف مواد مخدر براساس رفتار تنظیم هیجان، سرمایهٔ روان‌شناختی و سبک‌های حل مسئله در معتادان تحت درمان بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی و مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را معتادان تحت درمان در مراکز درمانی دولتی شهر بوشهر تشکیل دادند که در زمستان ۱۳۹۸ به این مراکز مراجعه کردند. نمونهٔ این پژوهش شامل ۲۱۰ نفر از افرادی بود که ملاک‌های ورود به پژوهش و تمایل به مشارکت را داشتند و به‌روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامهٔ ولع مصرف (صالحی فدردی و همکاران، ۱۳۸۹)، پرسشنامهٔ تنظیم هیجان (گرتز و رومر، ۲۰۰۴)، پرسشنامهٔ سرمایهٔ روان‌شناختی (لوتانز و جنسن، ۲۰۰۷) و مقیاس سبک‌های حل مسئله (کسیدی و لانگ، ۱۹۹۶) استفاده شد. در این پژوهش، روش همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری و نرم‌افزارهای آماری SPSS نسخهٔ ۲۲ و AMOS نسخهٔ ۲۲ به‌کار رفت. سطح معناداری در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ضریب مسیر غیرمستقیم بین سرمایهٔ روان‌شناختی به ولع مصرف ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=-۰/۱۶$) و ضریب مسیر غیرمستقیم رفتار تنظیم هیجان به ولع مصرف ($p<۰/۰۱$، $\beta=۰/۳۰$) با میانجی‌گری سبک‌های حل مسئله معنادار است. شاخص‌های نکویی برازش محاسبه‌شده AGFI=۰/۹۴ و RMSEA=۰/۰۴۹ مشخص کرد، سبک‌های حل مسئله در رابطهٔ بین ولع مصرف مواد مخدر، رفتار تنظیم هیجان و سرمایه روان‌شناختی نقش میانجی دارد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که رفتار تنظیم هیجان و سرمایهٔ روان‌شناختی با میانجی‌گری سبک‌های حل مسئله بر ولع مصرف مواد مخدر در معتادان پیش‌بینی‌شدنی است.

کلیدواژه‌ها: ولع مصرف مواد، رفتار تنظیم هیجانی، سرمایه روانشناختی، سبک‌های حل مسئله.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.205.4]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.194]

۱ مقدمه

اعتیاد[1] مشکل بهداشتی فراگیر و پرهزینه در سراسر جهان قلمداد می‌شود. اعتیاد درواقع بیماری مغزی است که باعث بدکارکردی و تغییرات ریخت‌شناسی در سیستم عصبی و مکانیزم پاسخ‌دهی به پاداش و لذت می‌شود. این پدیده به‌دلیل ماهیت پیش‌رونده‌اش در همهٔ ابعاد زندگی، سلامتی فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد و پیامدهای ناخوشایند آن از مشکلات مهم‌تر سلامت عمومی در جهان به‌شمار می‌رود (۱). گزارش سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد، حدود دویست‌میلیون معتاد به انواع مواد مخدر در جهان وجود دارد که شیوع بیشتر اعتیاد با ۸/۲درصد در ایران گزارش شده است (به‌نقل از ۲). آمارها از زندانی‌شدن تعداد بی‌شماری از افراد به‌دلیل خرید و فروش و دیگر پیامدهای مرتبط با مواد مخدر خبر می‌دهد و بیش از نیمی از جمعیت ورودی زندان‌ها مصرف‌کنندگان مواد مخدر هستند (۳). این آمارها از لحاظ بالینی درخورتوجه است. همبودی اختلالات روان‌پزشکی با سوءمصرف مواد مخدر، سه برابر جمعیت غیرمصرف‌کنندهٔ مواد مخدر برآورد می‌شود (۴).

تحقیقات روی فرایند عود که همان بازگشت فرد مصرف‌کننده به سطح قبل از درمان است، فاکتورهای خطر زیادی را نشان می‌دهد؛ یکی از این عوامل ولع مصرف[2] است (۵). از بین عوامل خطر عود که عمدتاً تک‌بعدی هستند، ولع مصرف عاملی چندبعدی (هیجانی، شناختی، رفتاری، سایکوفیزیولوژیک) و هستهٔ اصلی مصرف مواد مخدر است؛ همچنین ولع مصرف دارای ارتباط پیچیده‌ای با تداوم وابستگی و عود است و به‌عنوان تجربهٔ ذهنی در رابطه با وسوسه یا میل و اضطرار شدید، به‌طور قدرت‌مندی بازگشت به مصرف مواد مخدر را برای تمام داروهای سوءمصرف‌شده پیش‌بینی می‌کند (۶).

یکی از عوامل محافظت‌کننده دربرابر اعتیاد، سرمایهٔ‌های روان‌شناختی[3] است (۷). محققان معتقد هستند، اکنون زمان آن رسیده است که روند پژوهش‌ها درجهت تأکید بر جنبهٔ‌های مثبت سرمایه‌های روانشناختی به‌منظور فهم بهتر آن‌ها و اثراتشان تغییر یابد. بر این اساس، مکانیزم‌های روان‌شناختی مثبت منجربه پیامدهای مثبت و کاهش پیامدهای منفی می‌شود (۸). لوتانس و همکاران رویکردی نوین را در زمینهٔ تفکر دربارهٔ سرمایه یا منابع معرفی کردند که می‌توان از آن استفاده کرد. در این دیدگاه از نظر جایگاه سرمایه، تأکید بیشتر بر خود فرد است (۹). نوع آخر و جدیدتر سرمایه که دانشمندان اجتماعی دربارهٔ آن بحث کرده‌اند، سرمایهٔ روان‌شناختی مثبت است و چهار متغیر روان‌شناختی کارآمدی، امیدواری، خوش‌بینی و تاب‌آوری را شامل می‌شود (۱۰).

یکی از الگوهای مقابله با استرس سبک‌های حل مسئله[4] است که شخص در رویارویی با استرس از آن‌ها استفاده می‌کند. حل مسئله به‌عنوان عاملی که در ارتباط بین فشار روانی و اختلالات روان‌پزشکی یا جسمی مداخله می‌کند، بسیار مدنظر بوده است (۱۱). حل مسئله یا سبک‌های مسئله‌گشایی نوعی راهبرد مقابله‌ای است که در نوع سازنده‌اش توانایی و پیشرفت شخصی و اجتماعی را افزایش می‌دهد و تنیدگی و فشار روانی را کاهش می‌دهد. سبک‌های حل مسئله ممکن است بر دفعات مصرف مواد مخدر، تکمیل درمان و فرایند عود تأثیر بگذارد (۱۲).

یکی از متغیرهای احتمالی مؤثر بر ولع مصرف مواد مخدر، تنظیم هیجان[5] است. ازآنجاکه مصرف‌کنندگان دائمی مواد مخدر گزارش می‌کنند استفاده از مواد بر تسکین حالات عاطفی منفی آن‌ها اثر مثبت دارد، ممکن است مصرف مواد مخدر به‌عنوان راهبرد نظم‌جویی هیجانی برای کاهش حالات هیجانی آزارنده عمل کند. تنظیم هیجان فرایندی است که افراد ازطریق آن هیجانات خود را برای رسیدن به پیامدی مطلوب تعدیل می‌کنند (۱۳). در سال‌های اخیر مشکلات تنظیم هیجان به‌عنوان عوامل مؤثر و تعیین‌کننده در گرایش افراد به‌ویژه جوانان و نوجوانان به رفتارهای پرخطر معرفی شده است. مطالعات حیطهٔ تنظیم هیجان منجربه شکل‌گیری مدلی مفهومی برای مشکلات تنظیم هیجان شده است که براساس آن این مسئله دارای چهار وجه مجزا اما مرتبط باهم است: ۱. فقدان آگاهی، درک و پذیرش تجربهٔ هیجانی؛ ۲. نبود دسترسی به ابزارهای سازگارانه تغییر شدت یا مدت تجربه‌ای عاطفی؛ ۳. نبود تمایل به تجربهٔ فشار هیجانی به‌عنوان بخشی از فرایند دستیابی به هدف؛ ۴. نگهداری رفتارهای هدف‌دار و پافشاری بر آن‌ها به‌هنگام افسردگی. مهم‌ترین ویژگی مدل مذکور، تمرکز آن بر شیوهٔ پاسخ‌دهی هیجانی فرد است (نه‌کیفیت هیجان‌ها) (۱۴). افرادی که بیشتر درمعرض خطر اختلالات مصرف مواد مخدر هستند، رفتارهای باثبات و تنظیم‌شدهٔ هیجانی اندکی درمقایسه با افرادی که کمتر درمعرض خطر اعتیاد هستند، نشان می‌دهند (۱۵).

به پژوهش‌های متعددی در این راستا اشاره شده است؛ ازجمله کراسیکووا و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که افراد برخوردار از ظرفیت بیشتر سرمایه‌های روان‌شناختی، کمتر دچار سوءمصرف مواد مخدر می‌شوند (۱۶). هاپوود و همکاران در پژوهش خود نشان دادند، تنظیم شناختی هیجان[6] بر کاهش ولع مصرف و سرکوب میل به کشیدن سیگار تأثیر معناداری دارد (۱۷). ساز و همکاران در پژوهشی دریافتند، استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد به‌عنوان یکی از راهبردهای تنظیم هیجان با کاهش ولع مصرف همایند است (۱۸).

باتوجه به رفتارهای تنظیم هیجان نامناسب و سرمایهٔ روان‌شناختی و سبک‌های حل مسئلهٔ معتادان که برای رویارویی با مسائل کوچک و بزرگ زندگی طبیعی روش‌های ناکارآمد و ضعیفی هستند، به‌نظر می‌رسد که این الگوها زمینهٔ گرایش به اعتیاد، مشکلات اجتماعی و روان‌شناختی فرد را افزایش می‌دهند و دور باطلی را به‌وجود می‌آورند؛ همچنین باتوجه به خلأ مطالعاتی موجود در زمینهٔ موضوع پژوهش در داخل و خارج، هدف از انجام این پژوهش، تعیین ولع مصرف براساس

[1]. Addiction
[2]. Craving for drugs
[3]. Psychological capital
[4]. Problem solving styles
[5]. Emotion regulation
[6]. Cognitive emotion regulation

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.205.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.194]

رفتار تنظیم هیجان، سرمایهٔ روان‌شناختی و سبک‌های حل مسئله در معتادان تحت درمان است.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی و مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را معتادان تحت درمان در مراکز درمانی دولتی شهر بوشهر تشکیل دادند که در زمستان ۱۳۹۸ به این مراکز مراجعه کردند و تحت درمان قرار گرفتند. برای نمونه‌گیری در این پژوهش ابتدا هفت مرکز به‌شکل تصادفی از بین مراکز درمانی شهر بوشهر در نظر گرفته شد. سپس از هر مرکز، تعداد سی نفر از افراد دارای ملاک‌های ورود به پژوهش به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. برای تعیین تعداد نمونه در پژوهش مدل‌یابی، به ازای هر متغیر آشکار ۱۰ تا۱۵ نفر نیاز است (۱۹)؛ ازاین‌رو براساس متغیرهای آشکار موجود در پژوهش حاضر (۱۳ متغیر آشکار)، ۱۹۵ نفر نیاز بود که برای اطمینان خاطر، تعداد ۲۱۰ نفر به‌روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: ۱. دارابودن سن بین ۲۰ تا۴۵ سال؛ ۲. ارجاع روان‌پزشک یا پزشک باتوجه به تشخیص اصلی و اولیهٔ وابستگی به مواد برطبق معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR[1]؛ ۳. جنسیت فقط مرد؛ ۴. گذشتن بیش از یک هفته از سم‌زدایی موفقیت‌آمیز و آزمایش منفی ادرار برای مواد افیونی؛ ۵. مصرف‌نکردن داروهای ضدروان‌پریشی؛ ۶. نداشتن مشکلات جسمی و روان‌شناختی؛ ۷. شرکت‌نکردن هم‌زمان در برنامه‌های دیگر درمانی در زمان پژوهش؛ ۸. نداشتن وابستگی بلندمدت به چند ماده به‌طور هم‌زمان به‌غیر از مواد افیونی. معیارهای چهارم تا هشتم براساس مطالعهٔ پروندهٔ پزشکی فرد تحت درمان و همچنین پرسش از فرد شرکت‌کننده در پژوهش برای محقق محرز شد. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش شامل به‌صورت کامل شرکت‌نکردن در جلسات آموزشی پژوهش و تکمیل‌نکردن پرسشنامه‌های تحقیق بود.

برای انجام این پژوهش، محقق (نویسندهٔ اول مقاله) ابتدا با مراجعه به دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات متحدهٔ عربی، مجوز لازم برای بررسی میدانی را کسب کرد. بعد از این مرحله، محقق با مراجعه به مراکز درمانی اعتیاد در شهر بوشهر مسئولان این مراکز را در جریان اهداف پژوهش قرار داد. در این مرحله، تعدادی از مسئولان مربوط قول همکاری با محقق را دادند. در مرحلهٔ بعد محقق با مراجعهٔ مستقیم به این مراکز و گفت‌وگو با افراد تحت درمان در این مراکز، موضوع پژوهش را به‌طور کامل در طی یک جلسهٔ یک‌ساعته معرفی کرد و مزایا و نتایج مثبت حاصل از یافته‌های این پژوهش را در صورت همکاری این افراد برای آن‌ها شرح داد. درنهایت باتوجه به برگزاری این جلسه و افزایش اعتماد و اطمینان از همکاری دقیق پاسخ‌گویان، پرسشنامه‌ها در بین آن‌ها توزیع شد. سپس از آن‌ها درخواست شد تا با دقت و بدون توجه به وقت، به این سؤالات پاسخ دهند. بعد از گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ها جمع‌آوری و بازدید شد؛ همچنین پرسشنامه‌هایی که به‌طور ناقص تکمیل شدند، در همان محل کنار گذاشته شد و دوباره به تکمیل پرسشنامه‌ها به‌منظور جایگزین‌شدن آن‌ها اقدام شد. لازم به ذکر است در روند تکمیل پرسشنامه، افرادی که دارای سواد کامل در زمینهٔ خواندن و نوشتن نبودند، با کمک محقق و ثبت نظرات آن‌ها درخصوص هریک از سؤالات پرسشنامه‌ها، اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها کردند.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه است و برای امور پژوهشی استفاده خواهد شد؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ پرسشنامهٔ ولع مصرف[2]: پرسشنامهٔ ولع مصرف توسط صالحی فدردی و همکاران در سال ۱۳۸۹ ساخته شد (۲۰). این پرسشنامه که برای سنجش ولع مصرف به‌کار می‌رود، یک ابزار خودگزارشی هشت‌آیتمی است که مدت، فراوانی و شدت ولع مصرف مواد مخدر را در مقیاس لیکرتی پنج‌نقطه‌ای از نه اصلاً (صفر) تا خیلی زیاد (۴) اندازه می‌گیرد. شیوهٔ نمره‌گذاری در این پرسشنامه بدین صورت است که سؤالات ۲، ۳، ۴ و ۶، ۷، ۸ باهم جمع می‌شود و نمرهٔ کلی ولع مصرف مواد مخدر به‌دست می‌آید. نمرات بیشتر در این مقیاس به‌معنای ولع مصرف بیشتر است. این پرسشنامه همبستگی زیادی با مقیاس‌های شدت اعتیاد نشان داد و ضریب آلفای کرونباخ آن نیز ۰/۸۸ گزارش شد (۲۰).

ـ پرسشنامهٔ تنظیم هیجان[3]: این پرسشنامه ابزاری خودگزارش‌دهی ۳۶سؤالی است که توسط گرتز و رومر در سال ۲۰۰۴ ساخته شد و میزان نقص و نارسایی در زیرمقیاس‌های مختلف تنظیم هیجان را می‌سنجد (۲۱). این مقیاس نمره‌ای کلی به فرد می‌دهد که مشخص‌کنندهٔ وسعت مشکلات فرد در تنظیم هیجان است. مقیاس دشواری تنظیم هیجان متشکل از شش خرده‌مقیاس است که عبارت است از: عدم پذیرش هیجان‌های منفی؛ دشواری در انجام رفتارهای هدف‌مند در مواقع درماندگی؛ دشواری در مهار رفتارهای تکانشی در مواقع درماندگی؛ دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان؛ فقدان آگاهی هیجانی؛ فقدان شفافیت هیجانی. نمره‌گذاری آن از مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) تبعیت می‌کند و نمرات بیشتر نشان‌دهندهٔ مشکلات بیشتر در تنظیم هیجان است. نقطهٔ برش این پرسشنامه ۹۰ است (۲۱). بررسی نسخهٔ اصلی پرسشنامه در پژوهش گرتز و رومر حاکی‌از همسانی درونی عالی (۰/۹۳)، پایایی بازآزمایی خوب (۰/۸۸) و روایی همگرای مطلوب (۰/۲۶) بوده است (۲۱). در پژوهش مظاهری، ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های عدم پذیرش هیجان‌های منفی از ۰/۷۳ تا۰/۸۸، دشواری در انجام رفتارهای هدف‌مند در مواقع درماندگی از ۰/۷۲ تا۰/۸۹، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی در مواقع درماندگی از ۰/۷۵ تا۰/۹۰، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان از ۰/۷۶ تا۰/۸۵، فقدان آگاهی هیجانی از ۰/۷۲ تا۰/۸۶، فقدان

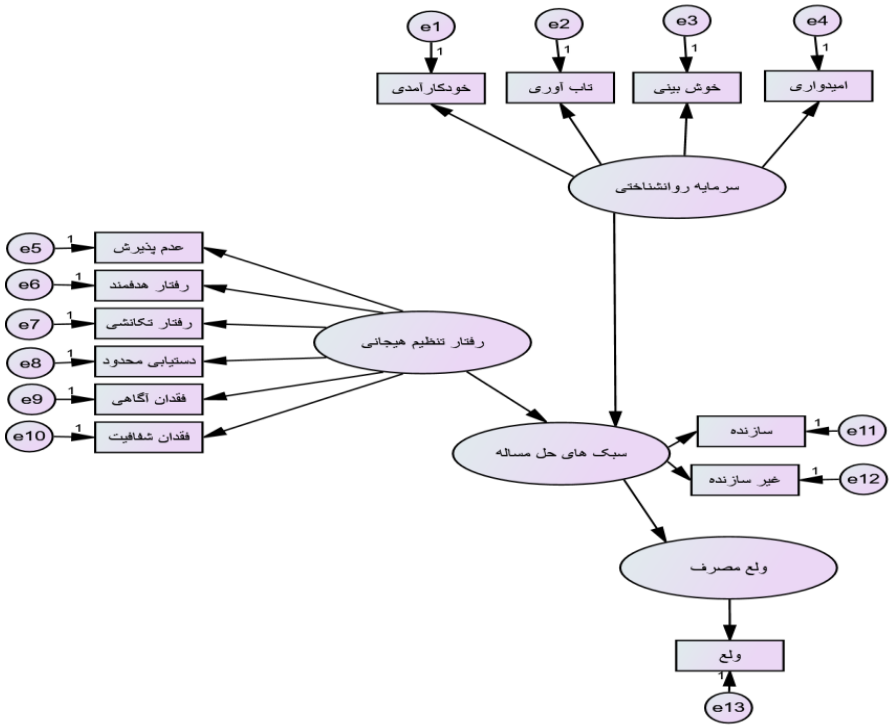
[1]. Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders
[2]. Craving for drugs Questionnaire
[3]. Emotional Regulation Questionnaire

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.205.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.194]

شفافیت هیجانی از ۰/۷۷تا۰/۹۰ و برای نمرهٔ کل مقیاس از ۰/۷۹تا۰/۹۲ به‌دست آمد (۲۲). در این پژوهش از همهٔ خرده‌مقیاس‌های ذکرشده برای بررسی راهبرد تنظیم هیجان استفاده شد.

ـ پرسشنامهٔ سرمایهٔ روان‌شناختی[1]: این پرسشنامه توسط لوتانز و جنسن در سال ۲۰۰۷ ساخته شد و مؤلفه‌های امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی سنجش شد (۲۳). پرسشنامه ۲۴ سؤال دارد که هر خرده‌مقیاس شامل شش گویه است. آزمودنی به هر گویه در مقیاس شش‌درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ می‌دهد. کاملاً مخالفم نمرهٔ ۱، مخالفم نمرهٔ ۲، تا حدودی مخالفم نمرهٔ ۳، تا حدودی موافقم نمرهٔ ۴، موافقم نمرهٔ ۵ و کاملاً موافقم نمرهٔ ۶ می‌گیرد. برای به‌دست‌آوردن نمرهٔ سرمایهٔ روانی ابتدا نمرهٔ هر خرده‌مقیاس به‌صورت جداگانه محاسبه می‌شود و سپس مجموع آن‌ها به‌عنوان نمرهٔ کل سرمایهٔ روان‌شناختی محسوب می‌شود. نمرات بیشتر نشان‌دهندهٔ سرمایهٔ روان‌شناختی بیشتر است و نمرات کمتر سرمایهٔ روان‌شناختی کمتر را نشان می‌دهد. نقطهٔ برش این پرسشنامه ۷۲ است (۲۳). در پژوهش لوتانز و جنسن نتایج تحلیل عاملی تأییدی حاکی‌از آن بود که این پرسشنامه دارای عوامل و سازه‌های مدنظر سازندگان آن است. درحقیقت نتایج تحلیل عاملی روایی سازهٔ پرسشنامه را تأیید کرد. مدل شش‌عاملی برازش بهتری با داده‌ها داشته و با مدل نظری نیز هماهنگی بیشتری دارد. نسبت خی‌دو این پرسشنامه برابر با ۶/۲۴ و آماره‌هایRMSEA و CFI در این مدل به‌ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۸۰ است (۲۳). این مقیاس دارای ویژگی‌های روان‌سنجی داخلی است و در نمونهٔ ایرانی، سعادت و همکاران در پژوهش خود همسانی درونی کل آزمون را به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش کردند (۲۴).

ـ مقیاس سبک‌های حل مسئله[2]: این مقیاس توسط کسیدی و لانگ در سال ۱۹۹۶ برای سنجش سبک‌های حل مسئله ساخته شد (۲۵). این مقیاس دارای ۲۴ سؤال است که دوازده آیتم آن سبک حل مسئله (سازنده) و دوازده آیتم آن سبک حل مسئله (غیرسازنده) را می‌سنجد. هرکدام از این سبک‌ها دارای سه عامل چهارسؤالی است. سبک‌های درماندگی، مهارگری و اجتناب، خرده‌مقیاس‌های سبک حل مسئلهٔ غیرسازنده و سبک‌های گرایش، خلاقیت و اعتماد، خرده‌مقیاس‌های سبک حل مسئلهٔ سازنده هستند. نمره‌گذاری پرسشنامه به‌شکل صفر و ۱ انجام می‌گیرد و برای گزینهٔ نمی‌دانم نیز مقیاس ۵ در نظر گرفته می‌شود. سپس جمع این نمرات، نشان‌دهندهٔ نمرهٔ کلی هر کدام از عوامل شش‌گانه است؛ بنابراین هریک از عوامل با داشتن چهار سؤال، نمره‌ای برابر با حداقل صفر و حداکثر ۴ خواهد داشت. هر عاملی که نمرهٔ بیشتری داشته باشد، نشان می‌دهد فرد به‌هنگام مواجهه با مشکلات از آن شیوه استفاده می‌کند. در این حالت حداکثر نمرهٔ حل مسئله ۲۴ و حداقل نمره صفر و نمرهٔ متوسط ۱۲ خواهد بود (۲۵). کسیدی و لانگ آلفای کرونباخ این مقیاس را در مطالعه‌ای برای سبک‌های درماندگی ۰/۶۶، مهارگری ۰/۶۶، خلاقیت ۰/۵۷، اعتماد ۰/۷۱، اجتناب ۰/۵۲ و گرایش ۰/۶۵ به‌دست آوردند (۲۵). در پژوهش عزیزی و همکاران، در بررسی پایایی این مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های سبک‌های درماندگی ۰/۷۱، مهارگری ۰/۷۶، خلاقیت ۰/۶۹، اعتماد ۰/۶۳، اجتناب ۰/۶۶ و گرایش ۰/۶۲ و میانگین همبستگی آن‌ها بین ۰/۲۰تا۰/۳۹ برای نمونه‌های ایرانی گزارش شد (۲۶).



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

[1]. Psychological Capital Questionnaire

[2]. Problem Solving Scale

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.205.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.194]

مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است. در این مدل، سبک‌های حل مسئله در رابطهٔ بین سرمایهٔ روان‌شناختی، رفتار تنظیم هیجان و ولع مصرف نقش میانجی ایفا می‌کند. در این پژوهش از آمار توصیفی برای دسته‌بندی مشخصات فردی آزمودنی‌ها به‌منظور محاسبهٔ فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. همچنین در این پژوهش روش آمار استنباطی به‌کار رفت. از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای تشخیص نرمال‌بودن داده‌ها و از ضریب همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری استفاده شد. در راستای برازندگی الگوی پیشنهادی، شاخص مجذور خی‌دو بر درجهٔ آزادی[1]، شاخص نکویی تطبیقی (CFI)[2]، شاخص نکویی برازش (GFI)[3]، شاخص نکویی برازش تطبیقی (AGFI)[4] و ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA)[5] بررسی شد. اگر شاخص نسبت مجذور خی بر درجهٔ آزادی کوچک‌تر از ۳ باشد، برازش بسیار مطلوب را نشان می‌دهد. اگر شاخص‌های CFI، AGFI، GFI بزرگ‌تر از ۰/۹۵ و شاخص RMSEA کوچک‌تر از ۰/۰۵ باشند، بر برازش بسیار مطلوب و بسیار خوب دلالت دارد؛ همچنین اگر شاخص‌های CFI، AGFI، GFI بزرگ‌تر از ۰/۹۰ و شاخص RMSEA کوچک‌تر از ۰/۰۸ باشند، بیانگر برازش مطلوب و خوب است (۱۹). به‌منظور بررسی اثر غیرمستقیم از آزمون بوت‌استرپ استفاده شد.برای تحلیل داده‌های پژوهش، نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۲ و AMOS نسخهٔ ۲۲ به‌کار رفت. سطح معناداری در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

میانگین±انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۴/۲±۳۶/۷ سال بود. تعداد ۵۷ نفر (۲۷/۲درصد) در دامنهٔ سنی ۲۰تا۲۵ سال، ۳۹ نفر (۱۸/۵درصد) در دامنهٔ سنی ۲۶تا۳۰ سال، تعداد ۵۱ نفر (۲۴/۳درصد) در دامنهٔ سنی ۳۱تا۳۵ سال، تعداد ۴۳ نفر (۲۰/۵درصد) در دامنهٔ سنی ۳۶تا۴۰ سال و تعداد ۲۰ نفر (۹/۵درصد) در دامنهٔ سنی ۴۰تا۴۵ سال قرار داشتند. یافته‌های توصیفی متغیرهای رفتار تنظیم هیجان، سرمایهٔ روان‌شناختی، سبک‌های حل مسئله و ولع مصرف در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای رفتار تنظیم هیجان، سرمایهٔ روان‌شناختی، سبک‌های حل مسئله و ولع مصرف

	متغیرها	میانگین	میانه	واریانس	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
رفتار تنظیم هیجان	عدم پذیرش هیجان‌های منفی	۱۴/۷۸۵	۱۴	۱۶/۴۷۵	۴/۰۵۸	۹	۲۶
	دشواری در انجام رفتارهای هدف‌مند در مواقع درماندگی	۱۱/۹۳۳	۱۱	۵/۷۳۷	۲/۳۹۵	۷	۱۸
	دشواری در مهار رفتارهای تکانشی در مواقع درماندگی	۱۳/۹۵۲	۱۴	۷/۶۹۲	۲/۷۷۳	۸	۲۴
	دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان	۱۸/۴۸۵	۱۸	۱۰/۵۰۹	۳/۲۴۱	۱۳	۳۱
	فقدان آگاهی هیجانی	۱۴/۵۱۴	۱۴	۱۴/۲۵۱	۳/۷۷۵	۱۰	۲۵
	فقدان شفافیت هیجانی	۱۱/۷۹۰	۱۱	۵/۹۵۸	۲/۴۴۶	۷	۲۱
	کل	۸۳/۷۹۵	۸۲	۱۷۰/۸۲۴	۱۳/۰۶۹	۷۰	۱۴۵
سرمایهٔ روان‌شناختی	خودکارآمدی	۲۲/۳۹۰	۲۳	۸/۸۳۲	۲/۹۷۱	۱۰	۲۷
	تاب‌آوری	۲۱/۹۷۶	۲۳	۹/۹۰۹	۳/۱۴۷	۱۲	۲۷
	خوش‌بینی	۲۲	۲۳	۸/۰۵۷	۲/۸۳۸	۱۱	۲۶
	امیدواری	۲۲/۰۱۴	۲۳	۷/۶۱۲	۲/۷۵۹	۱۱	۲۸
	کل	۸۸/۳۸۱	۹۰	۹۴/۸۱۱	۹/۷۳۷	۴۴	۹۹
سبک‌های حل مسئله	سبک حل مسئلهٔ سازنده	۸	۸	۵/۲۰۸	۲/۲۸۲	۰/۵	۱۲
	سبک حل مسئلهٔ غیرسازنده	۳/۸۳۵	۳/۵۰۰	۳/۱۸۲	۱/۷۸۳	۰	۱۱
	کل	۱۱/۸۳۵	۱۲	۳/۹۸۱	۱/۹۹۵	۶	۱۷/۵
	ولع مصرف	۲/۶۹۲	۹	۹/۰۹۳	۳/۰۱۵	۲	۲۲

به‌منظور بررسی نرمال‌بودن داده‌های پژوهش از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف استفاده شد. باتوجه به اینکه آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای تمام متغیرها معنادار نبود (p>۰/۰۵)، فرض نرمالیتی متغیرهای رفتار تنظیم هیجان، سرمایهٔ روان‌شناختی، سبک‌های حل مسئله و ولع مصرف رد نشد؛ بنابراین در ادامه، ضریب همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری به‌کار رفت. برای شناسایی رابطهٔ بین متغیرهای حاضر در مدل از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. یافته‌های به‌دست‌آمده از ضریب همبستگی بین

[1]. $\chi 2/df$
[2]. Comparative fit index (CFI)
[3]. Goodness of fit index (GFI)
[4]. Adjusted goodness of fit index (AGFI)
[5]. Root mean square error of approximation (RMSEA)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.205.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.194]

متغیرهای پژوهش در جدول ۲ درج شده است.

جدول ۲. ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیر*	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱	۱												
۲	۰/۴۸**	۱											
۳	۰/۲۷**	۰/۴۴**	۱										
۴	۰/۳۱**	۰/۱۹**	۰/۲۶**	۱									
۵	۰/۲۲**	۰/۴۴**	۰/۵۶**	۰/۴۷**	۱								
۶	۰/۴۱**	۰/۵۷**	۰/۴۶**	۰/۳۰**	۰/۳۵**	۱							
۷	۰/۳۶**	۰/۵۰**	۰/۴۴**	۰/۲۶**	۰/۴۰**	۰/۲۵**	۱						
۸	۰/۳۵**	۰/۵۴**	۰/۴۱**	۰/۲۷**	۰/۴۰**	۰/۳۷**	۰/۳۸**	۱					
۹	۰/۳۲**	۰/۶۰**	۰/۳۸**	۰/۲۷**	۰/۲۹**	۰/۱۱**	۰/۳۴**	۰/۹۲**	۱				
۱۰	۰/۳۲**	۰/۶۴**	۰/۲۱**	۰/۱۷**	۰/۲۹**	۰/۳۳**	۰/۲۲**	۰/۸۲**	۰/۶۹**	۱			
۱۱	۰/۲۹**	۰/۴۱**	۰/۳۳**	۰/۲۳**	۰/۳۳**	۰/۳۵**	۰/۴۴**	۰/۸۳**	۰/۶۱**	۰/۵۹**	۱		
۱۲	۰/۳۱**	۰/۳۴**	۰/۲۱**	۰/۱۶**	۰/۳۵**	۰/۳۲**	۰/۳۰**	۰/۴۰**	۰/۲۸**	۰/۳۰**	۰/۱۶**	۱	
۱۳	۰/۲۷**	۰/۴۴**	۰/۲۷**	۰/۴۰**	۰/۳۷**	۰/۳۸**	-۰/۲۷**	-۰/۴۴**	-۰/۲۷**	-۰/۲۲**	-۰/۴۴**	۰/۵۶**	۱

**$p<۰/۰۵$

۱= عدم پذیرش هیجان‌های منفی، ۲= دشواری در انجام رفتارهای هدف‌مند در مواقع درماندگی، ۳= دشواری در مهار رفتارهای تکانشی در مواقع درماندگی، ۴= دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، ۵= فقدان آگاهی هیجانی، ۶= فقدان شفافیت هیجانی، ۷= خودکارآمدی، ۸= تاب‌آوری، ۹= خوش‌بینی، ۱۰= امیدواری، ۱۱= سبک حل مسئلهٔ سازنده، ۱۲= سبک حل مسئلهٔ غیرسازنده، ۱۳= ولع مصرف.

یافته‌های جدول ۲ نشان داد، بین متغیرهای عدم پذیرش هیجان‌های منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدف‌مند در مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی در مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی، فقدان شفافیت هیجانی و سبک حل مسئلهٔ غیرسازنده رابطهٔ مثبت و معناداری با ولع مصرف وجود دارد؛ همچنین خودکارآمدی، تاب‌آوری، خوش‌بینی، امیدواری و سبک حل مسئلهٔ سازنده دارای رابطهٔ منفی معناداری با ولع مصرف است. در شکل ۲ مدل آزمون‌شده همراه با مقادیر استانداردشده روی هر کدام از مسیرها درج شده است.

یافته‌های جدول ۲ نشان داد، بین متغیرهای عدم پذیرش هیجان‌های منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدف‌مند در مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی در مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی، فقدان شفافیت هیجانی و سبک حل مسئلهٔ غیرسازنده رابطهٔ مثبت و معناداری با ولع مصرف وجود دارد؛ همچنین خودکارآمدی، تاب‌آوری، خوش‌بینی، امیدواری و سبک حل مسئلهٔ سازنده دارای رابطهٔ منفی معناداری با ولع مصرف است. در شکل ۲ مدل آزمون‌شده همراه با مقادیر استانداردشده روی هر کدام از مسیرها درج شده است.

جدول ۳. ضرایب مسیر بین متغیرهای پژوهش در الگوی پژوهش

	مسیرها	بار عاملی استانداردنشده b	خطای معیار	بار عاملی استاندارد β	مقدار احتمال
مسیر کل	سرمایهٔ روان‌شناختی به ولع مصرف	-۰/۱۰۸	۰/۰۳۷	-۰/۳۷	<۰/۰۰۱
	رفتار تنظیم هیجان به ولع مصرف	۰/۱۲۴	۰/۰۱۶	۰/۴۴	<۰/۰۰۱
مسیر مستقیم	سرمایهٔ روان‌شناختی به سبک‌های حل مسئله	۰/۵۲	۰/۰۲۱	۰/۴۷	<۰/۰۰۱
	رفتار تنظیم هیجان به سبک‌های حل مسئله	۰/۴۱	۰/۰۴۴	۰/۳۳	<۰/۰۰۱
	سبک‌های حل مسئله به ولع مصرف	-۰/۳۵	۰/۰۲۹	-۰/۲۹	<۰/۰۰۱
مسیر غیرمستقیم	سرمایهٔ روان‌شناختی به ولع مصرف	-۰/۲۴۵	۰/۰۳۸	-۰/۱۶	<۰/۰۰۱
	رفتار تنظیم هیجان به ولع مصرف	۰/۳۷۶	۰/۰۳۲	۰/۳۰	<۰/۰۰۱

باتوجه به جدول ۳، ضریب مسیر کل (مجموع ضریب مسیر مستقیم و غیرمستقیم) بین سرمایهٔ روان‌شناختی به ولع مصرف ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=-۰/۳۷$) منفی و ضریب مسیر کل بین رفتار تنظیم هیجان به ولع مصرف ($p<۰/۰۰۱$، $\beta=۰/۴۴$) مثبت و معنادار بود. ضرایب مسیر

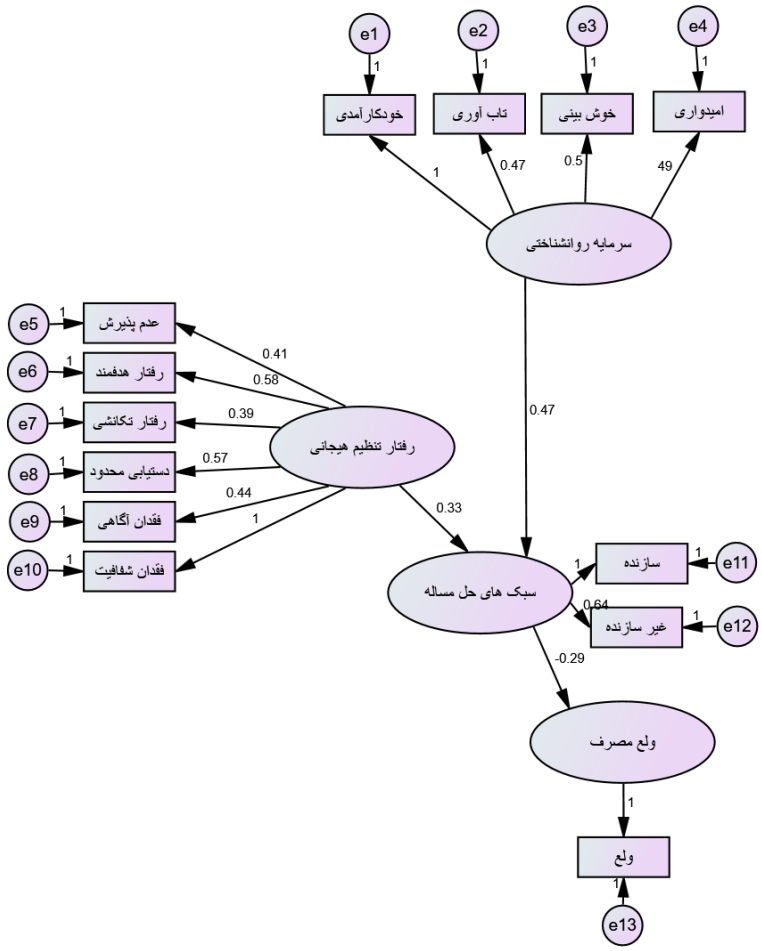
[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.205.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.194]

مستقیم بین سرمایهٔ روان‌شناختی به سبک‌های حل مسئله ($p<۰/۰۰۱$، $\beta(=۰/۴۷$) و بین رفتار تنظیم هیجان به سبک‌های حل مسئله ($p<۰/۰۰۱$، $\beta(=۰/۳۳$) مثبت و معنادار و ضریب مسیر بین سبک‌های حل مسئله به ولع مصرف ($p<۰/۰۰۱$، $\beta(=-۰/۲۹$) منفی و معنادار به‌دست آمد. درنهایت ضریب مسیر غیرمستقیم بین سرمایهٔ روان‌شناختی به ولع مصرف ($p<۰/۰۰۱$، $\beta(=-۰/۱۶$) منفی و معنادار و ضریب مسیر غیرمستقیم بین رفتار تنظیم هیجان به ولع مصرف ($p<۰/۰۰۱$، $\beta(=۰/۳۰$) مثبت و معنادار بود. این موضوع بیانگر آن است که متغیر سبک‌های حل مسئله، رابطهٔ بین سرمایهٔ روان‌شناختی و رفتار تنظیم هیجان با ولع مصرف را میانجی‌گری می‌کند. الگوی ساختاری پژوهش در شکل ۲ ارائه شده است.

جدول ۴. شاخص‌های نکویی برازش الگوی ساختاری

شاخص‌های نکویی برازش	نسبت مجذور خی به درجهٔ آزادی	ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب	شاخص نکویی برازش تطبیقی	شاخص نکویی برازش	شاخص نکویی تطبیقی
الگوی ساختاری	۳/۵۶	۰/۰۴۹	۰/۹۴	۰/۹۷	۰/۹۹

جدول ۴ نشان می‌دهد شاخص‌های نکویی برازش از برازش مطلوب الگو با داده‌های گردآوری‌شده حمایت کرده است



شکل ۲. الگوی مسیر مدل برازش‌شدهٔ روابط بین سرمایهٔ روان‌شناختی، رفتار تنظیم هیجان و ولع مصرف با نقش میانجی سبک‌های حل مسئله در حالت استاندارد

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، تعیین ولع مصرف براساس رفتار تنظیم هیجان و سرمایهٔ روان‌شناختی با میانجی‌گری سبک‌های حل مسئله در مردان معتاد تحت درمان بود.

نتایج این پژوهش نشان داد، سبک‌های حل مسئله در رابطهٔ بین ولع

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.205.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.194]

مصرف و رفتار تنظیم هیجان نقش میانجی دارد. این یافته با نتایج تحقیق هاپوود و همکاران همسوست. آن‌ها نشان دادند، تنظیم شناختی هیجان بر کاهش ولع مصرف و سرکوب میل به کشیدن سیگار تأثیر معناداری دارد (۱۷). همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعهٔ ساز و همکاران همسوست. آن‌ها دریافتند که استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد به‌عنوان یکی از راهبردهای تنظیم هیجان با کاهش ولع مصرف همایند است (۱۸). تنظیم هیجان یکی از مؤلفه‌های شناختی و گامی مهم برای تغییر در رفتار است. تنظیم هیجان در درمان اختلالات مصرف مواد مخدر در درمانجویان یکی از نکات مهم مدنظر متخصصان بالینی است. در مطالعات بالینی و آزمایشگاهی، ولع مصرف به‌عنوان عامل پیش‌بینی‌کنندهٔ معناداری در استفاده از مواد مخدر و عود پس از درمان شناخته شده است (۱۰). ولع مصرف یکی از عوامل اصلی عود و بازگشت پس از درمان محسوب می‌شود که حالات عاطفی و هیجانی شخص می‌تواند در جریان ولع مصرف نقش داشته باشد. علاوه‌براین مصرف مواد مخدر به‌عنوان حالتی از تنظیم هیجان شناخته شده است که پس از مصرف مواد مخدر جایگزین راهبردهای سازگارانهٔ تنظیم هیجان می‌شود؛ درنتیجه می‌توان گفت، باتوجه به تأکید آموزش تنظیم هیجان بر اصلاح راهبردهای ناسازگارانه و هیجان‌های منفی که از موقعیت‌های مختلف به‌وجود می‌آید، زمینه برای کاهش مستقیم و غیرمستقیم ولع مصرف ازطریق مدیریت مؤثر هیجان‌ها فراهم می‌شود. درمجموع، دشواری در تنظیم هیجان‌ها یکی از مشکلات افراد سوءمصرف‌کنندهٔ مواد مخدر است و این مسئله منجربه شکست در مدیریت حالات عاطفی و هیجانی افراد سوءمصرف‌کنندهٔ مواد مخدر می‌شود.

از سوی دیگر، نتایج نشان داد که سرمایهٔ روان‌شناختی در حضور متغیر سبک‌های حل مسئله تأثیر منفی و معناداری بر ولع مصرف مواد مخدر در بین معتادان تحت درمان در استان بوشهر دارد. این یافته با بخشی از نتایج تحقیقات کراسیکووا و همکاران مبنی‌بر اینکه افراد برخوردار از ظرفیت زیاد سرمایه‌های روان‌شناختی، کمتر دچار سوءمصرف مواد مخدر می‌شوند (۱۶)، همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت، استفاده از سبک‌های حل مسئلهٔ سازنده با افزایش کارایی تغییرات مؤثر در دوره‌های مهم درمانی درمقایسه با برنامه‌های جایگزین، ترکیب فنون رفتاری‌ـ شناختی در گسترهٔ زندگی، تسهیل مهارت‌های انگیزشی و مواجهه‌ای برای ایجاد تغییرات مستمر در زندگی، جایگزینی الگوهای اساسی مهارت‌ها و آموزش روش‌های جدید مواجهه با شکست، نحوهٔ استفاده از سیستم‌های حمایتی و افزایش تعهد به برنامه‌های درمانی، باعث افزایش خودکنترلی در معتادان تحت درمان می‌شود. افراد دارای استعداد اعتیاد، سرمایهٔ روان‌شناختی کمی دارند؛ بنابراین مهارت‌های حل مسئلهٔ اجتماعی آن‌ها را قادر می‌سازد تا سرمایهٔ روان‌شناختی را افزایش دهند و گرایش مصرف مواد مخدر را کاهش دهند (۶). سبک‌های حل مسئلهٔ سازنده باعث می‌شود سرمایه‌های روان‌شناختی افراد مستعد اعتیاد ازطریق تأییدهای اجتماعی مناسب، افزایش عزت‌نفس، حل مشکلات از راه‌های صحیح و افزایش کارایی شخصیت ازطریق اثبات توانایی‌شان و ایجاد گذرگاه‌های موفقیت افزایش یابد که درنهایت می‌تواند منجربه کاهش ولع مصرف مواد مخدر در این افراد شود. افراد با خودکارآمدی ضعیف هنگام رویارویی با دشواری، از کوشش خود می‌کاهند و زود به راه‌حل‌های دست‌پایین تن می‌دهند. افرادی که به توانایی‌های خود باور دارند، راهبردهای حل مشکلات زندگی را به‌گونه‌ای عمیق و پیچیده استفاده می‌کنند و شاید به همین دلیل است که از مباحث چالش‌برانگیز لذت می‌برند (۹). احساس سرمایهٔ روان‌شناختی کم با راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار همچون راهبردهای مقابله‌ای انکار، پرهیز، خویشتن‌داری، ارزیابی دوباره و سازگاری مشخص می‌شود؛ از سوی دیگر سرمایهٔ روان‌شناختی زیاد غالباً با راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار ارتباط دارد. افراد دارای سرمایه‌های روان‌شناختی کم، به‌علت داشتن خودکارآمدی، تاب‌آوری، خوش‌بینی و امیدواری ضعیف، اغلب به میزان کمتری سبک حل مسئلهٔ سازنده (اعتماد در حل مسئله، حل مسئلهٔ خلاقانهٔ سبک گرایشی) را به‌کار می‌گیرند. باتوجه به مؤلفه‌های حل مسئلهٔ غیرسازنده (درماندگی در حل مسئله، مهارگری حل مسئله و سبک اجتنابی)، این افراد به‌جای تمرکز بر مشکل و حل آن بیشتر در پی آن هستند تا پیامدهای هیجان‌های منفی عامل استرس‌زا را مهار کنند (۱۱). این افراد تحت‌تأثیر سبک اجتنابی به ردشدن از کنار مشکلات به‌جای مقابله با آن‌ها تمایل دارند؛ ازاین‌رو افراد مذکور در برخورد با ولع مصرف مواد مخدر، به‌جای ایستادگی و مقاومت دربرابر میل به مصرف مواد مخدر، به‌راحتی از کنار آن می‌گذرند و خود را درمعرض مصرف مواد مخدر قرار می‌دهند (۱۲).

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش عبارت بود از: ۱. کنترل‌نشدن سلیقه‌ها و عقاید پاسخ‌گویان در این پژوهش. محقق در روند تحقیق سعی کرد با تشریح اهداف پژوهش و اهمیت نتایج، پاسخ‌گویان را درجهت تکمیل صادقانهٔ پرسشنامه‌ها تشویق کند؛ ۲. محدودبودن نمونهٔ این مطالعه فقط به معتادان تحت درمان در شهر بوشهر؛ درنتیجه تعمیم نتایج این پژوهش برای سایر جوامع آماری باید با احتیاط صورت گیرد؛ ۳. محدودیت‌های ذاتی پرسشنامه. پرسشنامه‌ها ممکن است نتواند نگرش پاسخ‌گویان را دقیقاً منعکس کند؛ ۴. کنترل‌نشدن تمام متغیرهای مؤثر بر پژوهش. این امر ممکن است تأثیر مهمی بر نتایج داشته باشد؛ ولی محقق در این پژوهش آن‌ها را کنترل نکرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جوامع آماری مختلف انجام گیرد و نتایج آن با پژوهش حاضر مقایسه شود؛همچنین در پژوهشی به رتبه‌بندی عوامل مؤثر بر ولع مصرف مواد مخدر در بین معتادان توجه شود. در آخر به اثربخشی روش‌های درمانی تنظیم هیجان و مداخلات سرمایهٔ روان‌شناختی درجهت کاهش ولع مصرف مواد مخدر پرداخته شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت، رفتار تنظیم هیجان و سرمایهٔ روان‌شناختی با میانجی‌گری سبک‌های حل مسئله بر ولع مصرف مواد مخدر در معتادان پیش‌بینی‌شدنی است. از یافته‌های به‌دست‌آمده در این مطالعه می‌توان درجهت بهبود مشکلات روان‌شناختی افراد وابسته به مصرف مواد مخدر بهره برد. همچنین نتایج این پژوهش برای روان‌شناسان و مشاوران در مراکز ترک اعتیاد مفید به‌نظر می‌رسد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.205.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.194]

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، به‌خصوص شرکت‌کنندگان در پژوهش، اساتید محترم راهنما و مشاور و همچنین مسئولان مراکز ترک اعتیاد شهر بوشهر، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات متحده عربی است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش به شماره نامهٔ ۱۹۴۸۵۱ بر گروه مطالعه‌شده از مراکز مشاورهٔ روزنه، طلوع، شفا، پاسارگاد، امید، بهار و عبرت در شهر بوشهر صادر شده است. تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

بخشی از داده‌ها نظیر اطلاعات مربوط به پیامد اصلی یا امثال آن امکان اشتراک‌گذاری دارد.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی صورت نگرفته است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندهٔ دوم، در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بود. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خوانده و تأیید کردند.

References

1. Estévez A, Jáuregui P, Sánchez-Marcos I, López-González H, Griffiths MD. Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. J Behav Addict. 2017;6(4):534–44. doi: 10.1556/2006.6.2017.086
2. Yau YHC, Potenza MN. Gambling disorder and other behavioral addictions: recognition and treatment. Harv Rev Psychiatry. 2015;23(2):134–46. doi: 10.1097/hrp.0000000000000051
3. World Health Organization. Guide to drug abuse: epidemiology. Department of Mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster, World Health Organization; 2000.
4. Lydon-Staley DM, Cleveland HH, Huhn AS, Cleveland MJ, Harris J, Stankoski D, et al. Daily sleep quality affects drug craving, partially through indirect associations with positive affect, in patients in treatment for nonmedical use of prescription drugs. Addict Behav. 2017;65:275–82. doi: 10.1016/j.addbeh.2016.08.026
5. Martin-Fardon R, Weiss F. Perseveration of craving: effects of stimuli conditioned to drugs of abuse versus conventional reinforcers differing in demand. Addict Biol. 2017;22(4):923–32. doi: 10.1111/adb.12374
6. Preston KL, Kowalczyk WJ, Phillips KA, Jobes ML, Vahabzadeh M, Lin J-L, et al. Context and craving during stressful events in the daily lives of drug-dependent patients. Psychopharmacology (Berl). 2017;234(17):2631–42. doi: 10.1007/s00213-017-4663-0
7. Caselli G, Gemelli A, Querci S, Lugli AM, Canfora F, Annovi C, et al. The effect of rumination on craving across the continuum of drinking behaviour. Addict Behav. 2013;38(12):2879–83. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.08.023
8. Witkiewitz K, Bowen S. Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. J Consult Clin Psychol. 2010;78(3):362–74. doi: 10.1037/a0019172
9. Luthans BC, Luthans KW, Jensen SM. The impact of business school students' psychological capital on academic performance. Journal of Education for Business. 2012;87(5):253–9. doi: 10.1080/08832323.2011.609844
10. Hormes JM, Rozin P. Does "craving" carve nature at the joints? Absence of a synonym for craving in many languages. Addict Behav. 2010;35(5):459–63. doi: 10.1016/j.addbeh.2009.12.031
11. Zimmermann K, Walz C, Derckx RT, Kendrick KM, Weber B, Dore B, et al. Emotion regulation deficits in regular marijuana users. Hum Brain Mapp. 2017;38(8):4270–9. doi: 10.1002/hbm.23671
12. Chaves TV, Sanchez ZM, Ribeiro LA, Nappo SA. Crack cocaine craving: behaviors and coping strategies among current and former users. Rev Saude Publica. 2011;45(6):1168–75. doi: 10.1590/s0034-89102011005000066
13. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2010;30(2):217–37. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004
14. Eskandari H, Helmi S. The role of impulsivity, risk-taking, and sensation-seeking in people prone to substance abuse. Appl Psychol. 2014;2(6):48–60.
15. Mezzich AC, Tarter RE, Feske U, Kirisci L, McNamee RL, Day B-S. Assessment of risk for substance use disorder consequent to consumption of illegal drugs: psychometric validation of the neurobehavior disinhibition trait. Psychol Addict Behav. 2007;21(4):508–15. doi: 10.1037/0893-164x.21.4.508

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.205.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.194]

16. Krasikova DV, Lester PB, Harms PD. Effects of psychological capital on mental health and substance abuse. Journal of Leadership & Organizational Studies. 2015;22(3):280–91. 10.1177/1548051815585853
17. Hopwood CJ, Schade N, Matusiewicz A, Daughters SB, Lejuez CW. Emotion regulation promotes persistence in a residential substance abuse treatment. Subst Use Misuse. 2015;50(2):251–6. doi: 10.3109/10826084.2014.977393
18. Szasz PL, Szentagotai A, Hofmann SG. Effects of emotion regulation strategies on smoking craving, attentional bias, and task persistence. Behav Res Ther. 2012;50(5):333–40. doi: 10.1016/j.brat.2012.02.010
19. Goodboy AK, Kline RB. Statistical and practical concerns with published communication research featuring structural equation modeling. Communication Research Reports. 2017;34(1):68–77. doi: 10.1080/08824096.2016.1214121
20. Salehi Fadardi J, Bar Erfan Z. The effect of drugs-attention control training program on drug-related attentional bias and improving other indices of recovery. Journal of Education and Psychology. 2010; 11(2), 29-56. doi: 10.22067/FE.V11I2.2863
21. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2004;26(1):41–54. doi: 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
22. Mazaheri M. Psychometric Properties of the Persian Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale) DERS-6 & DERS-5- Revised (in an Iranian Clinical Sample. Iran J Psychiatry. 2015;10(2):115–22.
23. Luthans KW, Jensen SM. The linkage between psychological capital and commitment to organizational mission: a study of nurses. J Nurs Adm. 2005;35(6):304–10. doi: 10.1097/00005110-200506000-00007
24. Saadat S, Davarpanah SH, Saeedpour F, Samiee F. The role of psychological capital (i.e., hope, optimism, self-efficacy, resilience) in student's academic commitment. Education Strategies in Medical Sciences. 2019;12(3):1–11. [Persian] http://edcbmj.ir/article-1-1436-en.pdf
25. Cassidy T, Long C. Problem-solving style, stress and psychological illness: development of a multifactorial measure. Br J Clin Psychol. 1996;35(2):265–77. doi: 10.1111/j.2044-8260.1996.tb01181.x
26. Azizi M, Sedaghat Z, Direkvand-Moghadam A. Effect of critical thinking education on problem solving skills and self-esteem in Iranian female students. Journal of Clinical & Diagnostic Research. 2018;12(1):54–63.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.205.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.194]