

نقش تشخیصی رویدادهای استرس‌زا، تاب‌آوری و ناگویی هیجانی در اعتیاد زنان

افروز افشاری✉* و راضیه امین**

چکیده

باتوجه به نقش کلیدی زنان در خانواده و جامعه، شناسایی عوامل تأثیرگذار بر معضل اعتیاد در این گروه اهمیت ویژه‌ای دارد. هدف از پژوهش حاضر بررسی رویدادهای استرس‌زا، تاب‌آوری و ناگویی هیجانی به‌عنوان پیش‌بین‌های سوءمصرف مواد در زنان شهر تهران بود. جامعه مورد بررسی عبارت بود از زنان معتاد و غیرمعتاد شهر تهران. به این منظور تعداد ۵۱ زن مبتلا به سوءمصرف مواد و تعداد ۵۱ زن سالم به شیوه در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های وقایع استرس‌زای زندگی، مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون و پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو پاسخ دادند. بررسی داده‌های به‌دست آمده با استفاده از روش تحلیل تشخیص (تمایز) نشان داد که تابع تشخیص به‌طور معناداری قادر به تمایز دو گروه زنان مبتلا به سوءمصرف مواد و زنان سالم از هم بود. همچنین شدت رویدادهای استرس‌زای تجربه شده، میزان تاب‌آوری و سبک تفکر برون‌مدار بهترین پیش‌بین‌های اعتیاد زنان بودند. نتایج این پژوهش نشان‌دهنده اهمیت این عوامل در امکان تمایزگذاری بین زنان معتاد و غیرمعتاد بوده و لذا می‌توان از این متغیرها در بحث پیشگیری از اعتیاد و درمان زنان معتاد استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: اعتیاد، تاب‌آوری، رویدادهای استرس‌زا، زنان، ناگویی هیجانی

* استادیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء(س)، تهران، ایران
a.afshari@alzahra.ac.ir

** کارشناس روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه الزهراء(س)، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۲/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۶/۵

مقدمه

سلامت زنان، از مهم‌ترین عوامل در سلامت یک جامعه است و اعتیاد یکی از معضلات آسیب‌رسان به این گروه است. اگرچه پژوهش‌های زیادی درباره اعتیاد به طور کلی انجام شده است، اما تمرکز بر اعتیاد زنان به دلیل تفاوت‌های جنسی و جنسیتی مؤثر بر اعتیاد، لازم و ضروری است. اعتیاد در زنان به لحاظ شکل‌گیری و درمان، روند متفاوتی از اعتیاد مردان دارد. نگرش اجتماعی درباره ناپسند بودن اعتیاد یک زن و انگ معتاد بودن در مورد زنان، به دلیل همراه دیدن این مسائل با سایر رفتارهای غیراخلاقی شدیدتر است. تحقیر و طرد شدن از خانواده، فقر شدید، کمتر بودن حمایت اجتماعی برای ترک و پذیرش مجدد جامعه نسبت به زن معتاد از موانع مهم در اقدام برای درمان آن‌ها به حساب می‌آید (رحیمی موقر، ملایری خواه، دلبریور احمدی، امین اسماعیلی، ۱۳۹۰). همچنین بررسی اعتیاد در زنان از این لحاظ شایان توجه است که عوارض شدیدی برای سلامت مادر و فرزند ایجاد می‌کند. لذا با توجه به مخاطرات اعتیاد برای زنان و تأثیر مستقیم آن بر سلامت خانواده و جامعه، شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده اعتیاد زنان در پیشگیری اولیه و ثانویه اهمیت ویژه‌ای دارد.

چند مدل زیستی برای فهم اعتیاد و آسیب‌پذیری نسبت به آن بیان شده است که اغلب آن‌ها مکمل یکدیگر هستند. مدل پاداش محور اولیه بر جنبه‌های لذت‌بخش مصرف مواد تأکید کرده‌اند و پیشنهاد می‌کند که مواد می‌تواند مدارهای مغزی درگیر در پاسخ به پاداش‌های طبیعی (مانند رفتار جنسی یا غذا) را از آن خود کند. مدل پاداش محور دیگر، سندرم نقص پاداش است که بر اساس آن افراد معتاد به منظور جبران کم‌کاری منطقه پاداش در مسیر دوپامینی مزولیمبیک، در رفتارهای اعتیادی درگیر می‌شوند و این مدل با نظریات خوددرمانی اعتیاد همخوانی دارد (پوتنزا، ۲۰۱۳؛ به نقل از دهقانی، رستمی، اصلانی، ۱۳۹۶). مدل سوم آسیب‌پذیری به اعتیاد، نظریه انگیزش محور است که در آن اعتیاد به عنوان اختلال در انگیزشی است که در مسیر غلط هدایت شده و فرد اولویت را با مصرف مواد قرار داده است و مسائل انگیزشی دیگر مانند کار و مسائل مهم زندگی در اولویت‌های بعدی قرار داده می‌شود. مناطق مغزی درگیر در عملکردهای اجرایی سطح بالاتر (از جمله قشر پیش‌پیشانی خلفی جانبی)

باعث کنترل بالا به پایین انگیزش‌ها می‌شود و فرآیندهای زیر قشری پایین به بالا در رفتارهای اعتیادی نقش دارند. سیستم عاطفی - انگیزشی (پایین به بالا) مناطق زیر قشری مغز است که مناطق دوپامینرژیک در مغز میانی و مناطق هدف آن‌ها در مناطق قشری (قشر پیش پیشانی میانی) و زیر قشری (استریاتوم) را شامل می‌شود و هر دو این مناطق هدف، در فرآیند پاداش نقش دارند. سیستم کنترل شناختی بالا به پایین شامل مناطق پیش پیشانی به‌ویژه قشر پیش‌پیشانی جانبی و مناطق آهیانه عقبی است که در خود تنظیمی، برنامه‌ریزی، تفکر انتزاعی، حافظه کاری و رفتار هدفمند نقش دارند. مصرف مواد می‌تواند بر ساختارهای عصبی مختلف تأثیر بگذارد. از سیستم دوپامینی مزولیمبیک و هسته اکومبوس گرفته تا قشر پیش پیشانی و با ادامه مصرف می‌تواند به آمیگدال نیز گسترش پیدا کند و نهایتاً تغییرات می‌تواند به تغییر در مسیرهای انگیزشی و درگیری پیش‌رونده مدارهای قشری - استریاتوم - تالاموس به رفتارهای تکرار شونده و عادت‌های منجر شود (پوتنزا، ۲۰۱۳). به این ترتیب مناطق مغزی مرتبط با رفتارهای اعتیادی و خودتنظیمی در تعامل و ارتباط با یکدیگر هستند. الکسی تایمیا^۱ یا ناگویی هیجانی، یکی از ابعاد مهم خودتنظیمی، تنظیم هیجان‌ها و یکی از متغیرهای مهمی که بیان‌کننده مشکلات تنظیم هیجانی است. ناگویی هیجانی که آن را به صورت «ناتوانی در ابراز احساسات» معرفی کرده‌اند، صفتی شخصیتی است که نوعی ریسک فاکتور برای بیماری‌های جسمانی و اختلالات روان پزشکی تلقی می‌شود و گاهی آن را واکنشی به وقایع استرس‌زای مختلف در زندگی فرد می‌دانند (برای مثال: تیلور، باگی و پارکر^۲، ۱۹۹۷). از ویژگی‌های افراد مبتلا به ناگویی هیجانی دشواری در شناسایی و تشخیص هیجان‌ها و توانایی محدود آن‌ها در توصیف و نام بردن احساساتشان است و همچنین سبک شناختی خاص آن‌ها که به جای تمرکز بر دنیای درونی و غنی بودن تخیل، فرد بر جزئیات وقایع پیرامون متمرکز می‌شود (سبک تفکر برون‌مدار). در توضیح تفکر برون‌مدار گفته شده که این افراد به‌رغم جزئیات زیاد و خسته‌کننده‌ای که از وقایع محیط بیرونی و رفتار خودشان نقل می‌کنند، در تخیل و رؤیاپردازی و شناخت دنیای درونی ضعیف هستند. آن‌ها به جای تأمل و اندیشیدن در مورد مسائل به نوعی مقابله ناکارآمد دست می‌زنند که به صورت کنار زدن هیجان‌ها، فکر نکردن به

-
1. alexithmia
 2. Taylor, Bagby and Parker

مشکل یا اجتناب رفتاری است (حسن‌بیگی، عسکری، حسنیگی و پورموحّد، ۲۰۱۳). بررسی‌های انجام شده دربارهٔ افراد مبتلا به سوءمصرف مواد نشان می‌دهد که بین اعتیاد و ناگویی هیجانی رابطه وجود دارد و شیوع این صفت در میان معتادان بین ۳۹ - ۶۷ درصد تخمین زده شده است (توربرگ، یانگ و سولیوان^۱، ۲۰۰۹؛ رضایی و حسن‌زاده، ۱۳۹۶).

علاوه بر شواهد ذکر شده در حوزه تنظیم هیجان و اعتیاد، شواهد برخی دیگر از پژوهش‌های تجربی نشان می‌دهد که مواجهه با استرس‌های شدید (حاد و مزمن)، به آسیب‌های مغزی و تغییرات اپی‌ژنتیکی در افراد منجر می‌شود (کدت^۲، ۲۰۱۶). هرچند به طور کلی سوءمصرف‌کنندگان مواد در مقایسه با افراد غیرمعتاد، مواجهه بیشتری با وقایع تروماتیک^۳ (برای مثال سوء رفتار جسمی و جنسی در کودکی) گزارش کرده‌اند (سومر، هینزبرگر، البرت، هوتزاسن^۴ و همکاران، ۲۰۱۷؛ سیمونز و سوارز^۵، ۲۰۱۶) با این حال برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اهمیت این رویدادها در اعتیاد زنان و مردان متفاوت است. برای مثال در پژوهشی که محمدی، سرافراز و قربانی (۱۳۹۶) بر روی زنان و مردان معتاد انجام دادند، نتایج مقایسهٔ نیازهای بنیادی روانی، حمایت اجتماعی و استرس گروه معتادان و غیرمعتادان زن و مرد نشان داد که تعداد وقایع استرس‌زا و شایستگی، بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های اعتیاد مردان هستند، در حالی که در گروه زنان ارتباط و حمایت اجتماعی خانواده بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ها گزارش شد. همچنین نتایج پژوهش مذکور بیان‌کنندهٔ عدم تفاوت استرس ادراک شده و تعداد وقایع استرس‌زا در زنان معتاد و سالم بود. لذا به دلیل وجود یافته‌های متناقض در این زمینه، در این پژوهش یکی از متغیرهای مورد بررسی در ارتباط با اعتیاد زنان رویدادهای استرس‌زا در نظر گرفته شد.

در حوزه پیشگیری از مصرف مواد، دو دیدگاه مطرح است، یکی دیدگاه عوامل خطر و محافظت‌کننده و دیگری دیدگاه اصلاح هنجارها و ارتقاء مهارت‌های زندگی. یکی از عوامل محافظت‌کننده در مقابله با استرس‌های زندگی و بازگشت فرد به کارکرد طبیعی، تاب‌آوری

-
1. Thorberg, Yang and Sullivan
 2. Cadet
 3. traumatic experiences
 4. Sommer, Hinsberger, Elbert, Holtzhuasen and Kaminer
 5. Simmons and Suarez

است: صفتی که به واسطه آن تنش ناشی از یک حادثه کم‌تر و کوتاه‌تر تجربه می‌شود (بونانو^۱، ۲۰۰۴) و فرد به‌رغم شرایط تنش‌زا می‌تواند تعادل زیستی-روانی خود را حفظ کند (کانر و دیویدسون^۳، ۲۰۰۳). به عبارت دیگر تاب‌آوری یک توانایی، فرایند یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با رویداد استرس‌زا و چالش‌انگیز است (گارمزی و ماستن^۴، ۱۹۹۱). در پژوهشی که با هدف پیش‌بینی تاب‌آوری و مؤلفه‌های هیجانی (افسردگی، اضطراب و استرس) در گرایش به اعتیاد دانشجویان انجام شد، نتایج بیان‌کننده تفاوت معنادار دو گروه با گرایش بالا و پایین، در تاب‌آوری و مؤلفه‌های هیجانی بود و افراد با احتمال سوء‌مصرف بالاتر، تاب‌آوری کم‌تر و میزان اضطراب، افسردگی و استرس بیشتری را گزارش کردند (محمدی، آقاجانی و زهتاب‌ور، ۱۳۹۰). لذا انتظار می‌رود افرادی که از تاب‌آوری کم‌تری بهره‌مند باشند، به میزان بیشتری از وقایع آشفته‌ساز زندگی تأثیرپذیرفته و به مشکلات روانی-رفتاری یا اجتماعی دچار شوند. نتایج پژوهش شیخی و محمدنیا (۱۳۹۴) نیز در بررسی تأثیر تحمل ناکافی، تاب‌آوری و اضطراب اجتماعی بر نگرش به اعتیاد دانشجویان نیز نشان داد که بین تاب‌آوری و نگرش به اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد.

فرهنگ جامعه ما تاب‌آوری بالا در برابر شرایط استرس‌زا و دشوار را یک ارزش به حساب می‌آورد، در عین حال از افراد انتظار دارد در شرایط دشوار کم‌تر برون‌ریزی هیجانی داشته و بیشتر صبر پیشه کنند، به نظر می‌رسد این سبک از برخورد با چالش‌های زندگی می‌تواند فرد را مستعد ابتلا به برخی از مشکلات مانند بیماری‌های روان‌تنی یا اعتیاد کند. با این حال بین زنان و مردان در زمینه مواجهه با چنین چالش‌هایی، تاب‌آوری در برابر آن‌ها و نیز امکان استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی یا حمایت‌های بیرونی تفاوت‌هایی وجود دارد؛ به این ترتیب با توجه به عدم بررسی این متغیرها در جمعیت زنان معتاد در پژوهش‌های پیشین، یافته‌های متناقض در اهمیت این متغیرها در زنان و مردان، لزوم مطالعه بیشتر عوامل خطرزا و حمایتی در اعتیاد زنان و شیوع بالاتر اعتیاد زنان در کلان‌شهرها، سؤال مورد بررسی این است که تا چه حد متغیرهای رویدادهای استرس‌زا، تاب‌آوری و ناگویی هیجانی قادر به تشخیص

-
1. resilience
 2. Bonnano
 3. Conner and Davidson
 4. Garnezy and Masten

ابتلا به اعتیاد در زنان است؟ از نتایج پژوهش حاضر می‌توان در جهت پیشگیری، آموزش و استفاده در پروتکل‌های درمانی ویژه زنان معتاد بهره برد.

روش

جامعه این پژوهش عبارت بود از کلیه زنان ۱۸-۵۰ ساله (اعم از سوءمصرف‌کنندگان مواد و سالم) در شهر تهران که به روش در دسترس انتخاب شدند. با توجه به فرمول‌های پیشنهاد شده برای محاسبه حجم نمونه در مطالعات پیش‌بینی ($N = k + 104$) که در آن k عبارت است از تعداد متغیرهای پیش‌بین) و بررسی ۶ متغیر پیش‌بین در این پژوهش، حجم نمونه برابر با ۱۱۰ نفر (۵۵ نفر در هر گروه) انتخاب شد که در نهایت با حذف پرسشنامه‌های ناقص نمونه کلی شامل ۱۰۲ نفر (۵۱ زن معتاد و ۵۱ زن غیرمعتاد) بود. نمونه سوءمصرف‌کنندگان از میان زنان مراجعه‌کننده به تنها کمپ شبانه‌روزی موجود در تهران (وابسته به سازمان بهزیستی استان تهران) برای ترک اعتیاد زنان انتخاب شد (سن گروه معتاد: $30/22 =$ میانگین $10/6 =$ انحراف استاندارد) که در فاصله زمانی ابتدای زمستان ۹۵ تا پایان بهار ۹۶ به این مرکز مراجعه کرده بودند. برای به حداقل رساندن تأثیر سن و وضعیت تأهل (با توجه به اهمیت این متغیرها در برخورد با تجارب مختلف زندگی)، نمونه غیرمعتاد شامل زنانی بود که با توجه به این دو متغیر در گروه اول انتخاب شدند (سن گروه سالم: $29/85 =$ میانگین و $10/4 =$ انحراف استاندارد). در گروه معتادین، مواد سوءمصرف شده عبارت بود از هرئین (۹/۷ درصد)، تریاک (۱۰/۷ درصد) شیره (۴/۹ درصد)، حشیش (۷/۸ درصد)، الکل (۱۱/۷ درصد)، شیشه (۲۷/۲ درصد) و سایر مواد شامل برخی داروها یا مواد صنعتی جدید (۳۰ درصد). تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-23 و روش تحلیل تشخیص (تمایز) انجام شد.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

مقیاس وقایع استرس‌زای زندگی (سازگاری مجدد اجتماعی) ^۱ (SRRS): این مقیاس را هولمز و راهه ^۲ در دهه ۱۹۶۰ میلادی تدوین کرده‌اند و شامل ۴۳ موقعیت

-
1. Social Readjustment Rating Scale (SRRS)
 2. Holmes and Rahe

استرس‌زای زندگی است. برای هر رویداد بر اساس شدت اثر آن (که اصطلاحاً ارزش متوسط نامیده می‌شود) نمره معینی اختصاص داده شده است که بالاترین آن به رویداد «مرگ همسر» تعلق می‌گیرد. براساس این جدول مقیاس درج‌بندی سازگاری اجتماعی تدوین شده است. بنابراین، هر فرد بر اساس نوع رویدادهایی که تجربه کرده است می‌تواند جمع نمرات رویدادهای استرس‌زای خود را مشخص کند. این نمره نشان‌دهنده میزان استرسی است که فرد در طی یک سال گذشته تاکنون تجربه کرده است. هولمز و راهه متوجه شدند افراد با نمرات بالا در تغییرات زندگی به احتمال بیشتری طی دوره دوساله بعدی به یک بیماری ناشی از فشار روانی دچار می‌شدند. این مقیاس دارای روایی محتوا، ظاهری و پیش‌بین است، هولمز و راهه (۱۹۶۰) برای تعیین پایایی مقیاس، از روش آلفای کرونباخ استفاده کردند و ضریب پایایی آن را برابر با ۰/۷۹ و روایی پرسشنامه را با روش ضریب همبستگی پیرسون ۰/۳۶ گزارش کردند (به نقل از حیدری و نامجوسنگری، ۱۳۹۰). ضرایب پایایی این پرسشنامه در نمونه ایرانی به شیوه آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۶۴ و ضریب روایی همزمان آن با استفاده از پرسشنامه استرس ادراک شده ($r=0/15$; $p<0/05$) تأیید شده است (حیدری، نامجوسنگری، ۱۳۹۰). ضریب پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر به شیوه آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۶۸ به دست آمد.

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC): این مقیاس را کانر و

دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۱ در 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 غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی استفاده شود. پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود و نمره کل مقیاس نشان‌دهنده

میزان تاب‌آوری فرد است. حداقل نمره در این مقیاس صفر و حداکثر صد است. روایی و پایایی مقدماتی این مقیاس را در نمونه‌های سالم و بیمار بشارت (۱۳۸۶) بررسی و تأیید کرده است. در پژوهشی که سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) بر روی جمعیت دانشجویی انجام داده‌اند، پایایی این مقیاس را ۰/۹۳ گزارش کردند و روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف تأیید شده است (سامانی و همکاران، ۱۳۸۶). ضریب پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر به شیوه آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۷۵ به دست آمد.

پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو (TAS-20): این پرسشنامه را اولین بار بگبی،

پارکر و تیلور (۱۹۹۴) ساخته است. ۲۰ گویه را شامل می‌شود و علاوه بر نمره کل، سه خرده مقیاس دشواری در شناسایی و تشخیص هیجانات (DIF)^۱، دشواری در توصیف هیجانات (DDF)^۲ و تفکر برون‌مدار (EOT)^۳ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری مقیاس در طیف لیکرت از کاملاً موافق (نمره ۵) تا کاملاً مخالف (نمره ۱) است. نمرات ۶۰ به بالا، بیان‌کننده افراد مبتلا به ناگویی هیجانی و نمرات ۵۲ به پایین نشان‌دهنده افراد غیرمبتلا است. پژوهش‌های صورت گرفته، پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و به روش آزمون-بازآزمون با فاصله زمانی ۳ هفته ۰/۷۷ گزارش کردند (تیلور و همکاران، ۱۹۹۷). افشاری (۱۳۸۷) روایی همزمان این پرسشنامه را با استفاده از مقیاس هوش هیجانی شوت برابر با $r = -0.47$ ($p < 0.001$) گزارش کرد و پایایی همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۷۵ و برای هر یک از مؤلفه‌های دشواری در شناسایی احساسات برابر با ۰/۷۲، دشواری در توصیف احساسات برابر با ۰/۷۳ و تفکر برون‌مدار برابر با ۰/۵۳ به دست آمده است. ضریب پایایی به شیوه آلفای کرونباخ برای پرسشنامه TAS-20 در پژوهش حاضر محاسبه و برابر با ۰/۷۶ بود.

-
1. Toronto Alexithymia Scale
 2. Difficulty in Identifying Feelings
 3. Difficulty in describing Feelings
 4. Externally Oriented Thinking

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی دو گروه در ناگویی هیجانی، رویدادهای استرس‌زا و تاب‌آوری در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه زنان معتاد و غیرمعتاد

متغیرهای پیش‌بین	زنان معتاد N=۵۱ (انحراف استاندارد) میانگین	زنان غیرمعتاد N=۵۱ (انحراف استاندارد) میانگین
نمره کل ناگویی هیجانی	۵۸/۱(۱۴/۱)	۵۳/۳(۱۱/۴)
دشواری در توصیف احساسات	۱۵/۲(۵/۸)	۱۳/۵(۴/۵)
دشواری در شناسایی احساسات	۲۱/۸(۸/۱)	۲۰/۲(۷)
تفکر برون‌مدار	۲۱/۱(۳/۶)	۱۹/۶(۳/۳)
رویدادهای استرس‌زای زندگی	۳۷۱/۵(۱۳۳/۴)	۲۰۶/۸(۱۲۸/۴)
نمره کل تاب‌آوری	۶۴/۸(۱۶)	۷۲/۸(۱۶)

برای انجام تحلیل تشخیص، پیش فرض هم چند خطی آزمون ام باکس انجام شد که نتایج آن امکان استفاده از این روش را تأیید کرد ($p = ۰/۷۴$; Box's $M = ۱۱/۸$). در جدول ۲ نتایج مربوط به بررسی تساوی میانگین گروه‌ها در متغیرهای پیش‌بین ارائه شده است. نتایج جدول ۲ بیان‌کننده تفاوت معنادار بین میانگین دو گروه در متغیرهای رویدادهای استرس‌زا، تاب‌آوری و سبک تفکر برون‌مدار (از خرده مقیاس ناگویی هیجانی) بود.

جدول ۲: بررسی تساوی میانگین گروه‌ها در متغیرهای پیش‌بین

لامبدای ویلکز	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی داری
۰/۷۱	۴۰/۷	۱	۱۰۱	<۰/۰۰۰۱
۰/۹۴	۶/۴	۱	۱۰۱	۰/۰۱
۰/۹۶	۳/۶	۱	۱۰۱	۰/۰۶
۰/۹۸	۱/۱	۱	۱۰۱	۰/۲۸
۰/۹۷	۲/۸	۱	۱۰۱	۰/۰۹
۰/۹۵	۴/۵	۱	۱۰۱	۰/۰۳

خلاصه نتایج حاصل از تحلیل تشخیص و بررسی تابع‌های متعارف^۱ نشان داد که با توجه به

1. Canonical functions

مقدار ویژه^۱ و همبستگی کانونی به‌دست آمده، می‌توان گفت که تابع تشخیص از قدرت تمیز خوبی برای تمایز بین دو گروه بهره‌مند است و حدود ۳۷ درصد از واریانس تفاوت دو گروه ناشی از متغیرهای پیش‌بین است. همچنین با توجه به مقدار لامبدای ویلکز، درجه آزادی تابع و معناداری آن، نتایج بیان‌کننده معناداری تابع تشخیص است.

جدول ۳: خلاصه نتایج مربوط به ضرایب کانونی تابع تشخیص و معناداری تابع

تابع	مقدار ویژه	همبستگی کانونی	لامبدای ویلکز	درجه آزادی	معناداری
۱	۰/۵۸	۰/۶۰۵	۰/۶۴	۵	<۰/۰۰۰۱

ضرایب استاندارد و ساختاری متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است. متغیرهای با ضرایب ساختاری ۰/۳ و بالاتر، نسبت به سایر پیش‌بین‌ها در تعیین بعد ایجاد شده توسط تابع تشخیص، اهمیت توجه‌برانگیزی دارند. با توجه به ضرایب استاندارد تابع تشخیص، مشخص است که مهم‌ترین متغیرها در پیش‌بینی عضویت گروهی عبارت هستند از رویدادهای استرس‌زا، تاب‌آوری و سبک تفکر برون‌مدار. همچنین با توجه به علامت مثبت یا منفی متغیرهای مهم می‌توان گفت که هرچه فرد با رویدادهای استرس‌زای بیشتری در زندگی مواجه شود و میزان تاب‌آوری او کم‌تر بوده باشد و از سوی دیگر سبک تفکر برون‌مدار داشته باشد، به احتمال بیشتری در گروه معتادین طبقه‌بندی خواهد شد.

جدول ۴: ضرایب استاندارد و ساختاری متغیرهای پیش‌بین

متغیرهای پیش‌بین	ضرایب ساختاری	ضرایب استاندارد
رویدادهای استرس‌زا	۰/۸۵	۰/۹۳
تاب‌آوری	-۰/۳۴	-۰/۲۹
تفکر برون‌مدار	۰/۲۸	۰/۴۷
دشواری در توصیف احساسات	۰/۲۲	-۰/۰۴
دشواری در شناسایی احساسات	۰/۱۴	-۰/۰۵

در جدول ۵ خلاصه نتایج پیش‌بینی طبقه‌بندی گروه‌ها با استفاده از تابع تشخیص نشان داده شده است. با توجه به تقاطع ردیف اول زنان معتاد با دو ستون معتاد و سالم، نتایج نشان

می‌دهد که ۳۹ نفر از کل نمونه معتادان به درستی در گروه معتادین تشخیص داده شده است، در حالی که این تابع قادر نبوده ۱۲ نفر از معتادان را به درستی در گروه خود طبقه‌بندی کند. نهایتاً این نتایج نشان می‌دهد که تابع تشخیص، عضویت گروهی ۷۵ درصد از زنان معتاد را به درستی و ۲۵ درصد را به صورت نادرست تشخیص داده است و دربارهٔ زنان سالم این موفقیت برابر با ۸۰/۴ درصد بوده است. در کل تابع تشخیص برای ۷۷/۷ درصد موارد، پیش‌بینی موفقیت‌آمیزی داشته است.

جدول ۵: نتایج حاصل از طبقه‌بندی گروه‌ها توسط تابع تشخیص

طبقه‌بندی صحیح	کل	عضویت گروهی پیش‌بینی شده		عضویت گروهی واقعی	
		سالم	معتاد		
	۵۱	۱۲	۳۹	معتاد	تعداد
	۵۱	۴۱	۱۰	سالم	
	۱۰۰	۲۵	۷۵	معتاد	درصد
٪ ۷۷/۷	۱۰۰	۸۰/۴	۱۹/۶	سالم	

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش بر روی زنان سالم و معتاد نشان داد مواجهه بیشتر با شرایط استرس‌زا، تاب‌آوری کم‌تر و در عین حال داشتن سبک تفکر برون‌مدار، فرد را به احتمال بیشتری در گروه معتادان قرار می‌دهد. این نتایج بیان‌کننده اهمیت این متغیرها در پیش‌بینی اعتیاد زنان شهر تهران بود. در زمینه نقش استرسورها و تروماهای زندگی بر اعتیاد، پژوهش‌ها این مسأله را از گذار تغییرات زیستی (آسیب مغزی، تغییرات نوروترانسمیتری، هورمونی و اپی‌ژنتیکی) یا روان‌شناختی (مقابله ناکارآمد هیجان‌مدار) تأیید کرده و لذا نتایج پژوهش حاضر با این پژوهش‌ها همخوانی دارد (سومر و همکاران، ۲۰۱۷؛ کدت، ۲۰۱۶؛ سیمونز و سوارز، ۲۰۱۶؛ حسینیگی و همکاران، ۲۰۱۳). در خصوص تاب‌آوری در معتادان نیز -به صورت یک متغیر مجزا- یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های شیخی و محمدنیا (۱۳۹۴) و محمدی و همکاران (۱۳۹۰) همخوانی داشت و بیان‌کننده پایین‌تر بودن تاب‌آوری زنان معتاد در مقایسه با افراد عادی بود. در تبیین این مسأله می‌توان گفت زمانی که شخص با رویدادهای استرس‌زا و تأثیرگذار بر روند زندگی مواجه می‌شود، تنش‌هایی را تجربه می‌کند که در صورت نداشتن مهارت‌های تنظیم هیجان مناسب و مقابله مؤثر، تاب‌آوردن در

برابر این شرایط برای او بسیار دشوار خواهد بود. همین مسأله با توجه به فرضیه خوددرمانی، برای آن دسته از افرادی که به دنبال رفع تنش‌های تجربه شده و آرام ساختن خود هستند، زمینه‌ای را فراهم می‌آورد که به سمت اعتیاد به عنوان یک راهکار تنظیمی و البته ناکارآمد در گذر زمان روی آوردند (پوتنزا، ۲۰۱۳). یافته دیگر پژوهش حاضر نقش تفکر برون‌مدار در پیش‌بینی اعتیاد زنان بود. سبک تفکر برون‌مدار عبارت است از فقدان تفکر خلاقانه و برخوردار از تخیل، تفکری که نشان دهنده ضعف در درون‌نگری و عمیق شدن در احساسات درونی خود و دیگران است (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴). افراد دارای این سبک در تخیل و رویاپردازی و شناخت دنیای درونی ضعیف هستند. آن‌ها به جای تأمل و اندیشیدن درباره مسائل به نوعی مقابله ناکارآمد دست می‌زنند که به صورت کنار زدن هیجانات، فکر نکردن به مشکل یا اجتناب رفتاری است (حسن‌یگی و همکاران، ۲۰۱۳). در واقع همین ناتوانی در تشخیص هیجانات منفی درونی و پرداختن به موضوعات بیرونی به عنوان رفتاری ناکارآمد منجر به جستجوی منبع آرامش بخش بیرونی در تخفیف تنش درونی می‌شود. سبکی که علت مشکلات را به مسائل پیرامونی نسبت می‌دهد و لذا به دلیل کم بودن درون‌نگری فرد به سمت تغییر رفتارهای آسیب‌زای خود نمی‌رود. شاید همین سبک تفکر و اسناددهی بیرونی، دلیلی بر کم بودن بینش نسبت به نقش خویشتن در مشکلات فعلی، ناموفق بودن اغلب تلاش‌های مربوط به ترک مواد و نهایتاً افت سلامت روان در معتادین باشد. مسئله‌ای که مستلزم تنظیم انگیزشی بالا به پایین سیستم کنترل شناختی (مناطق پیش‌پیشانی و مناطق آهیانه عقبی) است. سیستم شناختی بالا به پایین در خودتنظیمی، برنامه‌ریزی، تفکر انتزاعی، حافظه‌کاری و رفتار هدفمند نقش دارند. در صورت تحول کندتر یا بروز مشکل در این سیستم فرد مستعد مصرف مواد و اشکال در بازداری پاسخ است (دهقانی و همکاران، ۱۳۹۶) و در صورت ابتلا به اختلال مصرف مواد، با تغییرات و آسیب‌هایی که به این بخش‌های مغزی وارد می‌شود کنترل بر مصرف کاهش می‌یابد و لذا مصرف مواد به صورت چرخه‌ای معیوب ادامه می‌یابد.

با این حال در پژوهش حاضر بین ناگویی هیجانی (و دو مؤلفه کلیدی آن یعنی دشواری در شناسایی و توصیف احساسات) و اعتیاد در زنان رابطه‌ای مشاهده نشد. این یافته بیان‌کننده آن است که هرچند اشکالات تنظیم هیجانی زمینه مشکلات روان‌پزشکی مانند اختلال مصرف مواد را فراهم می‌کند، اما صفت «ناگویی هیجانی» قادر به پیش‌بینی اعتیاد در زنان نیست و احتمالاً می‌بایست در پژوهش‌های دیگر برای سنجش تنظیم هیجانی از پرسشنامه‌هایی استفاده

کرد که مشکلات مربوط به استفاده از راهبردهای مختلف مربوط به نظم‌بخشی هیجان‌ها را مدنظر قرار دهند. با توجه به این که پژوهش‌های قبلی، بین ناگویی هیجانی و اعتیاد رابطه مثبت معنادار گزارش کردند (توربرگ و همکاران، ۲۰۰۹؛ رضایی و حسن‌زاده، ۱۳۹۶)، از این جهت یافته‌های پژوهش حاضر در جمعیت زنان، با یافته‌های قبلی مغایرت دارد. این مسأله را با نگاهی به تفاوت دو جنس مؤنث و مذکر از نظر برون‌ریزی هیجانی و احتمالاً توانایی بیشتر زنان در صحبت درباره مشکلات خود و پذیرفته بودن این رفتار در این فرهنگ، می‌توان توجیه کرد. به این ترتیب پیشنهاد می‌شود که آموزش‌های مقابله مؤثر با رویدادهای تنش‌زا، مهارت‌های تنظیم هیجان‌ها، ارتقاء درون‌نگری، آموزش‌های مرتبط با افزایش حافظه‌کاری در جهت بهبود عملکرد بخش پیش‌پیشانی، از سطوح پایین‌تر (برای مثال از دوران کودکی) ارائه شود تا گامی در جهت پیشگیری از اعتیاد دختران و زنان برداشته شود. البته شایان ذکر است که مجموع متغیرهای بررسی شده در این پژوهش تنها ۳۷ درصد از واریانس اعتیاد در زنان تهران را تبیین کرد و لذا بررسی سایر عوامل مؤثر بر اعتیاد زنان می‌بایست توسط پژوهشگران دیگر بررسی شود، که در کلان‌شهرها به نظر بخش وسیعی از این عوامل، مربوط به مسائل اجتماعی است. یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، وجود تنها یک کمپ ترک اعتیاد (وابسته به سازمان بهزیستی) در شهر تهران بود که امکان دسترسی به نمونه را با مشکل مواجه می‌کرد، همچنین با توجه به اینکه مطالعه در جامعه زنان شهر تهران انجام شده است، نتایج قابل تعمیم به مردان نبوده و در تعمیم نتایج به سایر شهرها نیز باید ملاحظات لازم انجام شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی انواع راه‌کارهای درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان و ارتقاء تاب‌آوری در درمان اعتیاد زنان بررسی شود.

تشکر و قدردانی: نویسندگان مقاله از اداره کل بهزیستی استان تهران و نیز مرکز ترک

اعتیاد زنان که در اجرای پژوهش همکاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

منابع

- افشاری، افروز (۱۳۸۷). بررسی صفات شخصیتی، سبک‌های دلبستگی، رویدادهای استرس‌زای زندگی و جنسیت به عنوان پیش‌بین‌های ناگویی خلقی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- بشارت، محمد علی (۱۳۸۶). تاب‌آوری، آسیب‌پذیری و سلامت روانی. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۶ (۲۴): ۳۷۳-۳۸۳.
- حیدری، علیرضا و نامجوسنگری، زهرا (۱۳۹۰). مقایسه ناتوانی هیجانی، دلبستگی و استرس بین کارکنان مرد و زن متاهل شرکت ملی حفاری اهواز. یافته‌های نو در روان‌شناسی، ۵ (۲۰): ۲۱-۴۰.
- رضایی، شهین و حسن‌زاده، رمضان (۱۳۹۶). مقایسه‌ی الکسی تایمی، رفتار خود آسیبی و پردازش هیجانی در معتادین به مواد مخدر تک ماده‌ای و افراد به‌هنجار؛ فصلنامه مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی، ۳ (۱): ۱۰۱-۱۰۹.
- رحیمی موفر، آفرین، ملایری خواه لنگرودی، زهرا، دلبرپور احمدی، شهناز و امین اسماعیلی، معصومه (۱۳۹۰). بررسی کیفی نیازهای زنان برای درمان اعتیاد. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۷ (۲): ۱۱۶-۱۲۵.
- سامانی، سیامک، جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایت‌مندی از زندگی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳ (۳): ۲۹۰-۲۹۵.
- شیخی، ایوب و محمدنیا، افسانه (۱۳۹۴). تأثیر تحمل ناکافی، تاب‌آوری و اضطراب اجتماعی بر نگرش به اعتیاد در بین دانشجویان. *فصلنامه پژوهشگران فرهنگ*، ۱۳ (۳۴): ۱۰۹-۱۲۲.
- محمدی، ابوالفضل، آقاجانی، میترا و زهتاب ور، غلامحسین. (۱۳۹۰). ارتباط اعتیاد، تاب‌آوری و مؤلفه‌های هیجانی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۷ (۲): ۱۳۶-۱۴۲.
- محمدی، راحله، سرافراز، مهدی رضا و قربانی، نیما (۱۳۹۶). مقایسه‌ی نیازهای بنیادی روانی، حمایت اجتماعی و استرس در گروه معتاد و غیرمعتاد: تفاوت‌های جنسیتی. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت*، ۳ (۱): ۴۹-۶۰.
- Afshari, Afrooz. (2010). *The Study of Personality Traits, Attachment Styles, Life Stressors and Gender as Predictors of Alexithymia*. M.A thesis of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz (Text in Persian).
- Bagby, R. M., Parker, J. D. and Taylor, G.J. (1994). The twenty item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure.

Journal of Psychosomatic Research. 38(1): 23-32.

- Besharat. M.A. (2008). resilience, vulnerability and mental health. *Psychological science*, 6(24): 373-383(Text in Persian).
- Cadet, J.L. (2016). Epigenetics of stress, addiction, and resilience: Therapeutic implication. *Molecular Neurobiology*, 53 (1):545-560.
- Conner, K.M. and Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner –Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18 (2): 76-82.
- Garnezy, N. and Masten, A. (1991). *The protective role of competence indicators in children at risk*. In E. M. Cummings, A. L. Green and K. H. Karraki (Eds.), Life span developmental psychology: Perspectives on stress and coping. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hassanbeigi, A., Askari, J., Hassanbeigi, D. and Pourmovahed, Z. (2013). The relationship between stress and addiction. *Procedia-social and Behavioral Sciences*, 84: 1333 – 1340.
- Heidari, A. R. and Namjoo, Z. (2011). Comparison of Alexithymia, Attachment Styles and Stress in Men and Women Employees in Ahvaz. *New findings in psychology*, 5 (20): 21-40 (Text in Persian).
- Mohammadi, A., Aghajani, M. and Zehtanvar, Gh. H. (2011). Addiction and its Relation with Resilience and Emotional Components. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 17 (2): 136-142 (Text in Persian).
- Mohammadi, R., Sarafraz, M. R. and Ghorbani, N. (2017). Comparison of Basic Psychological Needs, Social Support and Stressful events in Addicts and Non-addicts: gender differences, *Positive Psychology Research*, 3 (1): 49-60 (Text in Persian).
- Potenza, M. N. (2013). Biological Contributions to Addictions in Adolescents and Adults: Prevention, Treatment, and Policy Implications. *Journal of Adolescent Health*, 52 (2): 22-32.
- Rahimi movaghar, A., Malayerikhah Langroodi, Z., Delbarpoor Ahmadi, Sh. and Amin Esmaeili, M. (2011). A Qualitative Study of Specific Needs of Women for Treatment of Addiction. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 17 (2): 116-12 (Text in Persian).
- Rezaie, Sh. and Hasanzadeh, R. (2017). Comparison of alexithymia, self-injurious behavior and emotion processing in addicts and normal population. *Journal of Social Sciences and Humanities Research*, 3 (1): 101-109 (Text in Persian).
- Samani, S., Jokar, B. and Sahragard, N. (2007). Effect of resilience on mental health and life satisfaction. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 13 (3): 290-295(Text in Persian).
- Sheikhi, A. and Mohammad Niya, A. (2015). The impact of inadequate tolerance, resiliency and social anxiety on the attitude of students toward addiction.

- Pajooeshgaran farhang*, 13 (34): 109-122 (Text in Persian).
- Simmons, S. and suarez, L. (2016). substance abuse and trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25 (4): 723 – 734.
- Sommer, J., Hinsberger, M., Elbert, T. Holtzhuasen, L., Kaminer, D., Seedat, D., Madikane, S. and Weierstall, R. (2017) the interplay between trauma, substance abuse and appetitive aggression and its relation to criminal activity among high-risk males in Africa. *Addictive behaviors*, 64 (1):29-34.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. and Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Thorberg, F. A., Young, R.M., Sullivan, K.A. and Lyvers, M. (2009). Alexithymia and Alcohol use disorders: acritical review. *Addiction Behaviors*, 34 (3): 237-245.

Abstracts

Psychological Studies
Faculty of Education and Psychology,
Alzahra University

Vol.14, No.2
Summer 2018

**Discriminative Role of Stressor Life Events, Resilience
and Alexithymia in Women Addiction**

Afrooz Afshari* and Razieh Amin**

Abstract

By considering the crucial role of women in family and society, detecting the effective factors on women addiction as a predicament, is so important. The goal of present study was to assess the stressor life events, resiliency and alexithymia as predictors of substance misuse in women of Tehran city. The statistical society of the study was all addicted and non-addicted women of Tehran city. For that 51 addicted and 51 non-addicted women were picked through convenience sampling and Holmes and Rahe Stress Scale, Resilience Scale of Connor and Davidson and Alexithymia Inventory were administered to them. Analyzing the data via discriminant analysis showed that discriminate function can significantly differ between two groups of addict and non-addict women. Also it was found that stressful life events, resilience and externally oriented thinking style were the best predictors for addiction in women. The findings clarified the importance of these factors in distinguishing addict and non-addict women, hence these factors can be used in prevention and treatment of addiction in women.

Keywords: Addiction, alexithymia, resilience, stressor life events, women

* Assistant professor of psychology, faculty of psychology and educational sciences, Alzahra University, Tehran, Iran

** B. A in psychology, faculty of psychology and educational sciences, Alzahra University, Tehran, Iran

received: 2017-08-27

accepted :2018-05-14

DOI: 10. 22051/psy. 2018. 16960. 1475