رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۴، شماره پیاپی ۱۰۹، تیر ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(4), 2025

مدل ساختاری رابطه بین تحمل پریشانی و بهزیستی روان‌شناختی در مردان مبتلا به سوءمصرف مواد: نقش میانجی سیستم‌های مغزی/رفتاری

Structural Model of the relationship between Distress Tolerance and Psychological Well-Being in Men with Substance Abuse: the Mediating Role of Brain/Behavioral Systems

جمیله توکلی آزاد
دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
دکتر بهمن اکبری (نویسنده مسئول)
استاد، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
دکتر لیلا مقتدر
استادیار، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
دکتر ایرج شاکری نیا
دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

Jamileh Tavakoli Azad
PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
Dr. Bahman Akbari *
Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
bakbari44@yahoo.com
Dr. Leila Moghtader
Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
Dr. Iraj Shakerinia
Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

چکیده

مطالعه حاضر با هدف بررسی مدل ساختاری رابطه بین تحمل پریشانی و بهزیستی روان‌شناختی با نقش میانجی سیستم‌های مغزی/رفتاری در مردان مبتلا به سوءمصرف مواد انجام شد. روش پژوهش حاضر توصیفی_ همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این مطالعه همه مردان مبتلا به سومصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد رشت در سال ۱۴۰۳ بودند که ۲۶۴ نفر از آن‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. پرسشنامه‌های پژوهش شامل: پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی (ریف و کیز، ۱۹۹۵، PWB)، پرسشنامه تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵، DTS)، و پرسشنامه سیستم‌های مغزی/رفتاری (کارور و وایت، ۱۹۹۴، BIS/BAS) بود. داده‌ها با روش تحلیل معادلات ساختاری مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که مدل از برازش مطلوبی برخوردار بود. برآورد اثر مستقیم تحمل پریشانی بر بهزیستی روان‌شناختی، مثبت و معنادار؛ اثر مستقیم سیستم بازداری رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی، منفی و معنادار؛ و اثر مستقیم سیستم فعال‌سازی رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی، مثبت و معنادار بود (p<۰/۰۵). همچنین اثر غیرمستقیم سیستم‌های مغزی/رفتاری در ارتباط بین تحمل پریشانی و بهزیستی روان‌شناختی، مثبت و معنادار بود (p<۰/۰۵). از یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت نقش میانجی سیستم‌های مغزی/رفتاری در ارتباط بین تحمل پریشانی و بهزیستی روان‌شناختی در مردان مبتلا به سوءمصرف مواد تایید شد.

واژه‌های کلیدی: *تحمل پریشانی، سیستم‌های مغزی/رفتاری، بهزیستی روان‌شناختی، سوءمصرف مواد، مردان.*

Abstract

The present study was conducted to investigate the structural model of the relationship between distress tolerance and psychological well-being, with the mediating role of brain-behavioral systems in men with substance abuse. The present research method was the descriptive-correlation type of structural equation modeling. The statistical population of this research was all men with substance abuse who visited addiction treatment centers in Rasht in 2024; among them, 264 students were selected as samples by a purposive sampling method. Research questionnaires included: Psychological Well-Being Scale (Ryff & Keyes, 1995, PWB), Distress Tolerance Scale (Simons & Gaher, 2005, DTS), and Brain/Behavioral Systems Scale (Carver & White, 1994, BIS/BAS). The data was analyzed by the structural equation analysis method. The findings showed that the model had a good fit. The estimation of the direct effect of distress tolerance on the psychological well-being was positive and meaningful; the direct effect of behavioral inhibition system on psychological well-being was negative and significant; and the direct impact of behavioral activation system on psychological well-being was positive and significant (P<0.05). Also, the indirect impact of Brain/behavioral systems in the relationship between distress tolerance and psychological well-being was positive and significant (P<0.05). From the above findings, it can be concluded that the mediating role of Brain/behavioral systems in the relationship between distress tolerance and psychological well-being in men with substance abuse was confirmed.

Keywords: *Distress Tolerance, Brain-Behavioral Systems, Psychological Well-Being, Substance Abuse, Men.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : دی ۱۴۰۳** **پذیرش: دی ۱۴۰۳** **ویرایش نهایی: تیر ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.4.103]

مقدمه

سوءمصرف مواد مخدر[1] بی‌شک بسیاری از افراد و خانواده‌های کشور را درگیر خود ساخته است و این موضوعی نیست که بتوان آن را کتمان و یا بی‌اهمیت قلمداد کرد (بوزارث[2]، ۲۰۲۳). سوءمصرف مواد، به‌عنوان یک مشکل عودکننده و مزمن، موجب از دست دادن انگیزه و تسلط رفتاری می‌شود و با ویژگی‌هایی چون رفتارهای اجباری، ولع زیاد، رفتارهای جستجوگرانه و مصرف مداوم مواد مخدر، علی‌رغم آگاهی از پیامدهای زیان‌بار اجتماعی، روانی، جسمانی، خانوادگی و اقتصادی برای فرد، همراه است (سانتاگلو[3] و همکاران، ۲۰۲۲). این پیامدهای زیان‌آور که جنبه‌های فیزیکی، روان‌شناختی، اجتماعی و ماهیتی حاد و مزمن دارند، به مشکلات اجتماعی جدی همچون جرم، بیکاری، نارساکنش‌وری خانواده و استفاده نامناسب از مراقبت‌های پزشکی منجر می‌شوند (هندن[4]، ۲۰۲۳). مسائل و مشکلات یاد شده جهان شمول بوده و آمار منتشر شده از سوی سازمان بهداشت جهانی[5] نشان می‌دهد که حدود سه درصد از جمعیت جهان با این مشکل درگیر هستند (اوزر[6] و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین رشد اعتیاد در ایران سالانه حدود ۸ درصد است، در حالی که جمعیت سالانه حدود ۲/۶ درصد رشد می‌کند (ابوطالبی و همکاران، ۱۴۰۱).

یکی از پیامدهای مخرب مصرف مواد، آسیب‌پذیری سازمان روانی فرد در اثر رویارویی مکرر با مواد می‌باشد و افراد دچار اعتیاد، نمرات پایینی را در شاخص سلامت روان و بهزیستی روانشناختی کسب می‌کنند (نیکولیناکو[7] و همکاران، ۲۰۲۴؛ دهقانی و همکاران، ۲۰۲۴؛ دهقانی و همکاران، ۱۴۰۳). تعریف سنتی بهزیستی روان‌شناختی این است که وقتی فرد از اضطراب، افسردگی یا اختلال روانی دیگری رنج نمی‌برد، یعنی از نظر روان‌شناختی خوب است؛ با این حال، بهزیستی روان‌شناختی کارکردی بیش از فقدان بیماری دارد (ریف[8]، ۱۹۸۹). ریف (۱۹۸۹) در مدل مفهومی خود اجزای این سازه را به شش دسته طبقه‌بندی کرد: پذیرش خود[9]، روابط مثبت با دیگران[10]، خودمختاری[11]، تسلط بر محیط[12]، احساس هدف و معنا در زندگی[13] و رشد و توسعه شخصی[14]. تئوری بهزیستی سلیگمن[15] (۲۰۰۶)، شبیه به ریف (۱۹۸۹)، بر مفاهیمی مانند احساسات مثبت، تعامل، روابط، معنا، و موفقیت (پرما)[16] تمرکز دارد. همچنین در مدل دیگری از بهزیستی روان‌شناختی، داگنایس-دزمرایس و ساووی[17] (۲۰۱۲) مولفه‌های این متغیر را به پنج دسته تقسیم کردند: تناسب بین‌فردی در کار[18]، شکوفایی در کار[19]، احساس شایستگی در کار[20]، شناخت درک شده در کار[21] و میل به مشارکت در کار[22]. اگرچه مصرف‌کنندگان مواد مخدر تلاش‌های زیادی برای رهایی از مشکلات مربوط به اعتیاد خود انجام می‌دهند، اما با وجود دوره‌های نسبتا قابل توجه بهبودی، اغلب بهزیستی روان‌شناختی پایینی را گزارش می‌کنند (دهقانی و همکاران، ۲۰۲۴؛ نادری‌فر و همکاران، ۱۴۰۳). همچنین بهزیستی روان‌شناختی پایین در انواع اعتیادهای رفتاری نقش مهمی ایفاء می‌کند (نیکولیناکو و همکاران، ۲۰۲۴؛ دهقانی و همکاران، ۱۴۰۳).

علاوه بر بهزیستی روان‌شناختی پایین، افراد با سوءمصرف مواد، به طور کلی و به طور خاص در ارتباط با مصرف مواد مخدر، قادر به تحمل و مدیریت سالم فشار و ناراحتی‌های هیجانی نیستند و در نتیجه، به راحتی تسلیم میل و هوس آنی خود به مصرف مواد مخدر می‌گردند (بوزارث، ۲۰۲۳). در این حالت، می‌توان صحبت از نقص در یکی از توانمندی‌های روانشناختی به نام تحمل پریشانی به میان آورد (پالتل[23]، ۲۰۲۲). سیمونز و گاهر[24] (۲۰۰۵) تحمل پریشانی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف کرده‌اند. به عبارتی، تحمل پریشانی یک متغیر متفاوت فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی کمک می‌کند. تحمل پریشانی ماهیتی چندبعدی دارد و دارای ابعادی شامل توانایی تحمل، ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی، شیوه تنظیم هیجان به وسیله فرد و مقدار جذب توجه به وسیله هیجان‌های

1 Drug Abuse
2 Bozarth
3 Santangelo
4 Henden
5 World Health Organization (WHO)
6 Özer
7 Nikolinakou
8 Ryff
9 Self-acceptance
10 Positive relationships with others
11 Autonomy
12 Environmental mastery
13 Feeling of purpose and meaning in life
14 Personal growth and development
15 Seligman
16 Positive emotion, engagement, relationships, meaning, and accomplishment (PERMA)
17 Dagenais-Desmarais & Savoie
18 Interpersonal fit at work
19 Thriving at work
20 Feeling of competency at work
21 Perceived recognition at work
22 Desire for involvement at work
23 Paltell
24 Simons & Gaher

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.4.103]

منفی و مقدار سهم آن در به وجود آمدن اختلال در عملکرد می‌شود (بخشای[1] و همکاران، ۲۰۲۳). افراد با سوءمصرف مواد، به دلیل کاهش تحمل پریشانی، هیجانات منفی را غیر قابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند پریشانی خود را تعدیل نمایند؛ لذا تمام تلاش خود را برای جلوگیری از هیجان منفی و تسکین فوری همچون مصرف مواد و الکل به کار می‌بندند (نورتون[2]، ۲۰۲۳). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که هم میزان عواطف منفی تجربه شده و هم روش‌های متفاوت پاسخ‌دهی به آن با مشکلات سوءمصرف مواد ارتباط داشته و عدم تحمل پریشانی نقش مهمی در ایجاد و دوام سوءمصرف مواد دارد (رنی [3] و همکاران، ۲۰۲۱، زگل[4] و همکاران، ۲۰۲۱). ال‌عشری[5] و همکاران (۲۰۲۳)، باقری و همکاران (۱۴۰۱)، و دهلانی و سوری (۱۴۰۱) نیز در مطالعات خود نشان داده‌اند تحمل پریشانی این پتانسیل را دارد که با چارچوب‌بندی مجدد شناختی و حل مسئله مبتنی بر هدف، بهزیستی روانشناختی را بهبود بخشد.

یکی دیگر از متغیرهایی که به عنوان متغیر پیش‌بین در بهزیستی روان‌شناختی افراد دارای سوءمصرف مواد و اعتیاد رفتاری نقش مهمی ایفا می‌کند، سیستم‌های مغزی/رفتاری[6] است (شادفر و همکاران، ۱۴۰۳؛ قادری و معینان، ۱۴۰۳). در زمینه سوءمصرف مواد نیز، یکی از بیشترین توجهات به این سیستم معطوف است (فورته[7] و همکاران، ۲۰۲۳). نظریه عصب-روان‌شناختی گری[8] توضیح می‌دهد که چگونه ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با مغز، افراد را مستعد ابتلا به اختلالات روانی آسیب‌شناختی می‌کند. از نظر گری، دو سیستم مغزی اساسی وجود دارد که رفتار و احساسات را کنترل می‌کنند: سیستم فعال‌ساز رفتاری[9] و سیستم بازداری رفتاری[10]. فعالیت هر یک از این سیستم‌ها به فراخوانی واکنش‌های هیجانی متفاوت، نظیر زودانگیختگی[11]، اضطراب و ترس می‌انجامد (فرانکن[12] و همکاران، ۲۰۰۶). همان‌گونه که در نظریه گری پیش‌بینی شده است، ارتباط مثبت بین فعالیت بالای سیستم فعال‌ساز رفتاری و فعالیت پایین سیستم بازداری رفتاری با رفتارهای اعتیادآور مانند سوءمصرف مواد و الکل در تحقیقات گوناگون یافت شده است (فرانکن و همکاران، ۲۰۰۶؛ شادفر و همکاران، ۱۴۰۳؛ موسائی سی‌سخت و همکاران، ۲۰۲۴). در همین راستا شادفر و همکاران (۱۴۰۳) در مطالعه‌ای نشان دادند بهزیستی روان‌شناختی افراد وابسته به مواد با سیستم فعال‌سازی رفتاری رابطه مثبت و با سیستم بازدارنده رفتاری رابطه منفی دارد. مطالعه سعیدی و همکاران (۱۴۰۱) نیز پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس سیستم‌های مغزی/رفتاری را نشان داد. همچنین بر اساس نتایج پژوهش کرمی و همکاران (۱۳۹۹) بین تحمل پریشانی و سیستم‌های مغزی-رفتاری رابطه وجود دارد و می‌توان در تدوین برنامه‌های پیشگیری از وابستگی به مواد مخدر و مداخلات برای ترک وابستگی، از آن استفاده کرد. ژانگ[13] و همکاران (۲۰۲۲) نیز در پژوهش خود نشان دادند که رابطه مثبت بین سیستم بازداری و تحمل پریشانی و رابطه منفی بین سیستم فعال‌ساز و تحمل پریشانی وجود دارد. با توجه به این‌که در مطالعات پیشین، نقش تحمل پریشانی در بهزیستی روان‌شناختی (ال‌عشری[14] و همکاران، ۲۰۲۳؛ باقری و همکاران، ۱۴۰۱؛ و دهلانی و سوری، ۱۴۰۱)؛ و نقش سیستم‌های بازداری و فعال‌سازی رفتاری در بهزیستی روان‌شناختی گروه‌های نمونه مختلف نشان داده شده است (شادفر و همکاران، ۱۴۰۳؛ سعیدی و همکاران، ۱۴۰۱). همچنین از سویی، بین تحمل پریشانی و سیستم‌های مغزی-رفتاری رابطه وجود دارد (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۲؛ کرمی و همکاران، ۱۳۹۹)؛ این ایده را به ذهن محققین مطالعه حاضر متبادر می‌سازد که ممکن است سیستم‌های مغزی-رفتاری بتواند رابطه بین تحمل پریشانی و بهزیستی روان‌شناختی را میانجی‌گری کند. این بررسی می‌تواند توجه پژوهشگران حوزه اعتیاد را در شناسایی نقش متغیرهای اثرگذار و روابط فی‌مابین آنها در بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد، به خود جلب کند.

امروزه سوءمصرف مواد مخدر با کاهش کیفیت‌زندگی، افزایش میزان مرگ و میر، تقلیل در ارزش‌های اجتماعی و اخلاقی و افزایش رفتارهای مجرمانه، یکی از مهمترین موضوعات مرتبط با سلامت قرار گرفته است (زرمن[15] و همکاران، ۲۰۲۲). اختلالات روان‌پزشکی همراه با سوءمصرف مواد مخدر، تأثیرات مخربی را بر سلامت جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی، خانوادگی و مسائل مربوط به ارتباطات اجتماعی به همراه داشته است و پیامدهای این بیماری هزینه‌های بسیار گزافی را برای دولت‌ها بر جای گذاشته است (سانتاگلو[16] و همکاران، ۲۰۲۲). عود مصرف چالش اساسی برای درمان سوءمصرف مواد بوده و ناتوانی درمان‌جویان برای پرهیز از مصرف؛ به خصوص برای دوره زمانی طولانی به وخیم‌تر شدن پیامدها

1 Bakhshaie
2 Norton
3 Ranney
4 Zegel
5 El-Ashry
6 Brain/behavioral systems
7 Forte
8 Jeffrey Gray
9 Behavioral approach system (BAS)
10 Behavioral inhibition system (BIS)
11 impulsivity
12 Franken
13 Zhang
14 El-Ashry
15 Szerman
16 Santangelo

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.4.103]

شامل: کاهش نرخ بازگشت به درمان، مشکلات سلامتی و آسیب‌های اجتماعی منجر می‌شود. از این رو، شناسایی عوامل مرتبط با پیامدهای مثبت و منفی اختلال مصرف مواد برای بهبود اثربخشی درمان‌های اعتیاد بسیار ضروری است (بوزارث، ۲۰۲۳). اگرچه مطالعاتی در زمینه متغیرهای مطالعه حاضر در ارتباط با اعتیاد انجام شده است، اما در همه این مطالعات روابط دو به دو بین متغیرها بررسی شده است و تاکنون پژوهشی به مطالعه کامل و چگونگی رابطه این متغیرها در ارتباط با هم نپرداخته است. بر این اساس، با توجه به مطالب ذکرشده، مطالعه حاضر با هدف ارائه مدل ساختاری رابطه بین تحمل پریشانی و بهزیستی روان‌شناختی در مردان مبتلا به سوءمصرف مواد به همراه نقش میانجی سیستم‌های مغزی/رفتاری انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی- همبستگی به روش مدلیابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افرادی بود که مبتلا به سوءمصرف مواد بوده و برای درمان وابستگی خود طی سه ماه (تیر تا شهریور ۱۴۰۳) به مراکز ترک اعتیاد در شهر رشت مراجعه کردند که از بین آنها به روش نمونه‌گیری هدفمند، ۲۶۴ نفر به‌عنوان نمونه مورد بررسی قرار گرفتند. جهت تعیین حجم نمونه نیز حداقل حجم نمونه ۲۰۰ نفر قابل دفاع است (کلاین[1]، ۲۰۱۵)؛ که با توجه به ریزش و احتمال تکمیل‌نشدن پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان و تعداد داوطلبین، ۴۲۳ پرسشنامه توزیع شد. معیارهای ورود شامل رضایت آگاهانه، سن بین ۲۴ تا ۴۰ سال، جنسیت تنها مرد، به تازگی سم‌زدایی شده (حداکثر یک ماه)، سطح تحصیلات (حداقل خواندن و نوشتن)، اختلال حاد جسمی و روانی مانند روان پریشی، اختلال دوقطبی یا اختلال شخصیت مرزی (خود گزارشی)، و مصرف بالای داروهای ضدسایکوز و تضعیف کننده سیستم اعصاب (بنزودیازپین‌ها)؛ و همچنین معیار خروج شامل عدم تکمیل پرسشنامه بود. پس از اخذ کد اخلاق به شماره (IR.IAU.RASHT.REC.1402.051)، مجوزهای لازم جهت انجام پژوهش اخذ گردید. سپس با مراجعه حضوری به کلینیک تخصصی بستری و درمان سومصرف مواد امید، کلینیک تخصصی ترک اعتیاد و سوءمصرف مواد آرین، مرکز درمان سرپایی و بازتوانی اعتیاد بیستون، مرکز درمان باور، مرکز پزشکی پارسیان و کلینیک بازتوانی ترک اعتیاد خانه خورشید، درباره هدف پژوهش توضیحاتی به شرکت‌کنندگان (افرادی که تازه سم‌زدایی شده و تاکنون هیچ مداخله و درمانی را دریافت نکرده بودند) ارائه شد. پس از آن فرم جمعیت‌شناختی، فرم رضایت اخلاقی و پرسشنامه‌های مربوط به متغیرهای پژوهش طی ماه‌های اردیبهشت تا تیر ماه ۱۴۰۳ در اختیار داوطلبان (۴۲۳ نفر) قرار داده شد که از این تعداد ۲۸۶ نفر که دارای معیارهای ورود بودند، به‌عنوان شرکت‌کننده در نظر گرفته شدند. پس از جمع‌آوری و بررسی نهایی، پرسشنامه‌های مربوط به ۲۲ شرکت‌کننده به دلیل تکمیل نبودن کنار گذاشته شده و در نهایت ۲۶۴ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت. کلیه اصول اخلاقی پژوهش در مطالعه حاضر رعایت گردید. تمامی تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۶ و Amos نسخه ۲۴ با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری و روش بوت استرپ انجام گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی (PWB)[2]: این پرسش‌نامه ابتدا در سال ۱۹۸۹ توسط ریف[3] در دانشگاه ویسکانسین با ۱۲۰ عبارت طراحی شد؛ ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر نیز پیشنهاد گردید که در این مطالعه از فرم کوتاه ۱۸ عبارتی استفاده گردید. مقیاس بهزیستی روان‌شناختی در نسخه تجدید نظر شده که توسط ریف و کیز[4] در آمریکا در سال ۱۹۹۵ طراحی شد، دارای ۱۸ عبارت است. نحوهٔ نمره‌گذاری این مقیاس به‌صورت طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالف (نمره یک) تا کاملاً مؤافق (نمره ۶) است و عبارات ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶ و ۱۷ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره ۱۸-۳۶ نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی پایین، نمره ۳۷-۵۴ نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی متوسط و نمره بالاتر از ۵۵ نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بالا است و در این پرسش‌نامه، هر چه فرد نمره بالاتری بگیرد، بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بالاتر می‌باشد (ریف و کیز، ۱۹۹۵). ریف و کیز در نمونه‌ای شامل ۱۱۰۸ بزرگسال بالای ۲۵ سال ساکن ایالات متحده آمریکا، روایی سازه به روش روایی همگرای نسخه تجدید نظر شده را بر اساس همبستگی آن با مقیاس افسردگی ژانگ[5] ۰/۵۰- و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ را در نمونه فوق، ۰/۷۵ گزارش کردند (ریف و کیز، ۱۹۹۵). بیانی و همکاران در مطالعه‌ای با ۱۴۵ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر به بررسی روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی پرداختند و ضریب پایایی به روش بازآزمایی مقیاس با دو ماه فاصله را ۰/۸۲ گزارش نمودند. علاوه‌بر این، روایی سازه به روش روایی همگرای مقیاس بهزیستی روان‌شناختی زندگی

1 Kline
2 Psychological Well-Being Scale (PWB)
3 Ryff
4 Ryff & Keyes
5 Zung

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.4.103]

با پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد[1] و پرسش‌نامه عزت نفس روزنبرگ[2] به‌ترتیب ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به دست آمد (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷). همچنین پایایی به روش آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر، ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه تحمل پریشانی (DTS)[3]: پرسشنامه تحمل پریشانی یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر[4] (۲۰۰۵) ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۵ ماده است. شیوه نمره‌گذاری سوالات به صورت طیف لیکرت پنج گزینه‌ای است که گزینه‌های آن از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۵) می‌باشد. سوال ۶ در این مقیاس به صورت معکوس نمره‌گذاری شده است. برای بدست آوردن نمره کل تحمل پریشانی، نمره تمام سوالات با هم جمع می‌شود. نمره ۴۵ نقطه برش پرسشنامه است که نمرات بیشتر از ۴۵ نشان‌دهنده آن است که تحمل پریشانی بالاست و نمرات کمتر از ۴۵ بازگوکننده آن است که سطح تحمل پریشانی در فرد پائین است. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، ضرایب آلفا را برای این مقیاس ۰/۸۲ گزارش کردند. روایی ملاکی این پرسشنامه با مقیاس عاطفه مثبت و منفی واتسون ارزیابی شد. نمره همبستگی ۰/۸۴ با بعد عاطفه مثبت و نمره همبستگی ۰/۹۵ - با بعد عاطفه منفی؛ نشان‌دهنده روایی ملاکی خوب پرسشنامه تحمل پریشانی است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در ایران نیز محمودپور و همکاران (۱۴۰۰) در مطالعه‌ای ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس را بررسی نمودند. پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمره کل برابر با ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین به‌منظور بررسی روایی همگرا و واگرا از همبستگی بین پرسشنامه تحمل پریشانی و پرسشنامه خودشکوفایی و احساس شکست استفاده شد؛ که نمره روایی همگرا با پرسشنامه خودشکوفایی، ۰/۶۲ ؛ و نمره روایی واگرا با پرسشنامه احساس شکست، ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین پایایی به روش آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر برای نمره کل، ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه سیستم‌های مغزی/رفتاری (BIS/BAS) [5]: پرسشنامه سیستم‌های مغزی/رفتاری یا بازداری/ فعال‌سازی رفتاری[6] توسط کارور و وایت[7] (۱۹۹۴) ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۴ پرسش خودگزارشی و دو زیرمقیاس است: زیر مقیاس سیستم بازداری رفتاری[8] و زیر مقیاس سیستم فعال‌ساز رفتاری[9]. زیر مقیاس بازداری رفتاری شامل هفت آیتم است که حساسیت سیستم بازداری رفتاری یا پاسخدهی به تهدید و احساس اضطراب هنگام رویارویی با نشانه‌های تهدید را اندازه می‌گیرد. زیر مقیاس سیستم فعال‌ساز رفتار نیز سیزده آیتمی است، که حساسیت سیستم فعال‌ساز رفتار را می‌سنجد، و خود شامل سه زیر مقیاس دیگر است که عبارتند از: سائق (چهار آیتم)، پاسخدهی به پاداش[10] (پنج آیتم)، و جستجوی سرگرمی (چهار آیتم). آیتم‌ها روی یک مقیاس چهار درجه‌ای توسط آزمودنی رتبه‌بندی می‌شود (کاملا مخالفم=۱ تا کاملا موافقم=۴). باید دقت نمود که گزینه‌های۱،۶،۱۱،۱۷ در نمره گذاری هیچ تاثیری ندارند. نمره تمام سوالات با هم جمع می‌شود. نمره بین ۲۴ تا ۴۰: حساسیت سیستم کم است. نمره بین ۴۰ تا ۶۰: حساسیت سیستم متوسط است. نمره بالاتر از ۶۰: حساسیت سیستم زیاد است. در مطالعه کارور و وایت (۱۹۹۴)، روایی ملاک آزمون، با پرسشنامه‌های متعددی محاسبه شد. نمره همبستگی سیستم بازداری رفتار با مقیاس اضطراب آشکار[11] ۰/۵۸؛ با مقیاس عاطفه مثبت و منفی[12] به ترتیب ۰/۶۰ - و ۰/۴۲؛ و با پرسشنامه شخصیت سه بعدی[13] ۰/۵۹ به دست آمد. همچنین نمره همبستگی سیستم فعال‌سازی رفتاری با مقیاس اضطراب آشکار[14] ۰/۳۰ -؛ با مقیاس عاطفه مثبت و منفی[15] به ترتیب ۰/۳۱ و ۰/۷۰-؛ و با پرسشنامه شخصیت سه بعدی[16] ۰/۲۷- به دست آمد. همچنین پایایی به روش آلفای کرونباخ زیرمقیاس سیستم بازداری رفتاری را ۰/۷۴ و برای سیستم فعال‌ساز رفتاری ۰/۷۱گزارش نمودند. خصوصیات روان سنجی نسخه فارسی این مقیاس در ایران توسط سیدموسوی و همکاران (۱۳۹۳) بررسی شد. به‌منظور بررسی روایی ملاک آزمون، همبستگی آن با نشانه‌های مرضی محاسبه شد. نمره همبستگی نظام بازداری رفتار با مشکلات اضطرابی ۰/۴۲، با مشکلات جسمانی ۰/۱۷ و با اختلال نارسایی توجه/ بیش فعالی ۰/۱۶- بود. نمره همبستگی نظام فعالسازی رفتار نیز با مشکلات عاطفی ۰/۲۶ ، و با اختلال سلوک ۰/۱۷ به دست آمد؛ که نشان‌دهنده روایی قابل قبول مقیاس بود. آلفای کرونباخ نظام بازداری ۰/۷۶ و فعالسازی ۰/۸۷ و همبستگی بازآزمایی ۰/۹۱ و ۰/۸۹ بود که نشان دهنده پایایی خوب نمره‌ها در طول زمان برای مقیاس مذکور است. افزون بر این، در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس سیستم بازداری رفتاری ۰/۷۷ و برای سیستم فعال‌ساز رفتاری ۰/۷۵ بدست آمد.

1 Axford
2 Rosenberg
3 Distress tolerance scale (DTS)
4 Simons & Gaher
5 Brain/behavioral systems scale
6 behavioral avoidance/inhibition scales
7 Carver & White
8 behavioral inhibition system (BIS)
9 behavioral activation system (BAS)
10 Reward Responsiveness
11 Manifest Anxiety Scale (MAS)
12 Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)
13 Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ)
14 Manifest Anxiety Scale (MAS)
15 Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)
16 Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.4.103]

یافته ها

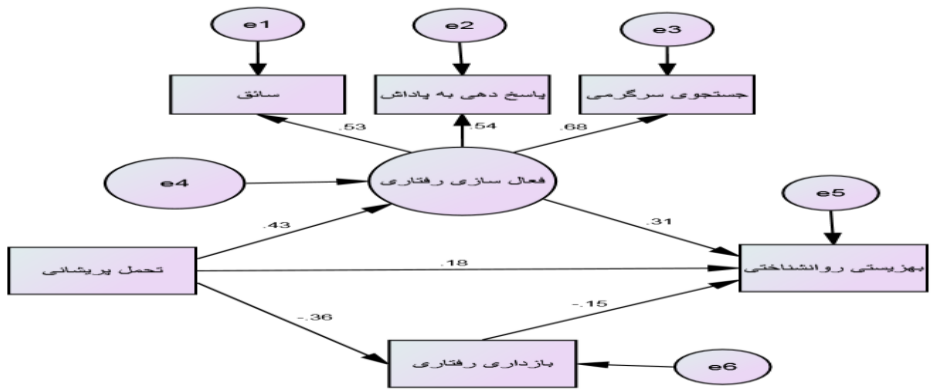
در پژوهش حاضر ۲۶۴ نفر شرکت کردند. میانگین سنی گروه نمونه برابر با ۳۵/۹۲ و انحراف معیار ۳/۵۷ سال بود که در دامنه سنی ۲۴ تا ۴۰ سال قرار داشتند. همچنین اکثریت شرکت کنندگان (۵۲/۷ درصد) معتاد به مواد افیونی و بقیه معتاد به مواد محرک (۴۲/۴) و مواد توهم زا (۴/۹) بودند. مدت زمان اعتیاد ۱۸۷ نفر (۷۰/۸۳ درصد) کمتر از ۵ سال و ۷۷ نفر (۲۹/۱۷) نفر از شرکت‌کنندگان بین ۵ تا ۱۰ سال بودند. جدول ۱ ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
۱. بهزیستی روان‌شناختی	۱						۴۲/۱۸	۶/۶۳	۰/۱۶	-۰/۱۶
۲. تحمل پریشانی	۰/۳۷**	۱					۳۱/۴۲	۸/۱۴	-۰/۰۴	-۰/۲۹
۳. بازداری رفتاری	-۰/۳۶**	-۰/۳۶**	۱				۱۳/۹۳	۵/۱۱	۱/۰۱	۱/۱۶
۴. فعال‌سازی رفتاری	۰/۳۹**	۰/۳۳**	-۰/۵۴**	۱			۳۸/۵۸	۷/۰۳	-۱/۱۰	۱/۹۲
۵. سائق	۰/۳۲**	۰/۲۲**	-۰/۳۱**	۰/۷۲**	۱		۸/۸۴	۳/۱۶	۰/۲۴	-۰/۶۲
۶. پاسخ‌دهی به پاداش	۰/۲۲**	۰/۲۴**	-۰/۴۳**	۰/۷۳**	۰/۲۷**	۱	۱۷/۲۳	۳/۰۰	-۱/۲۱	۰/۸۳
۷. جستجوی سرگرمی	۰/۳۲**	۰/۲۹**	-۰/۴۶**	۰/۷۸**	۰/۳۵**	۰/۳۹**	۱۲/۵۲	۳/۲۶	-۱/۱۴	۰/۸۴

**P ‹۰/۰۱

همان‌طور که در جدول ۱ دیده می‌شود، میان تحمل پریشانی و بهزیستی روان‌شناختی با ضریب ۰/۳۷ همبستگی مثبت و معنادار در سطح ۰/۰۱ وجود دارد، بین بازداری رفتاری و بهزیستی روان‌شناختی با ضریب ۰/۳۶- همبستگی منفی و معنادار در سطح ۰/۰۱ وجود دارد، بین فعال‌سازی رفتاری و بهزیستی روان‌شناختی با ضریب ۰/۳۹ همبستگی مثبت و معنادار در سطح ۰/۰۱ وجود دارد، همچنین بین بازداری رفتاری و فعال‌سازی رفتاری با ضریب ۰/۵۴- همبستگی منفی و معنادار در سطح ۰/۰۱ وجود دارد. بنابراین بین متغیرهای پژوهش ارتباط خطی و معنادار وجود داشت. به‌منظور ارزیابی مدل پژوهش از تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزار AMOS استفاده شد. برای آزمون مدل پیشنهادی پژوهش مفروضه‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. مقدار کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش با توجه به یافته‌های جدول ۱، در دامنه ۲- و ۲ و از توزیع نرمال برخوردار بود. همچنین نمره آزمون دوربین واتسون برابر با ۱/۸۵ بود و بین مقدار مناسب ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت، بنابراین می‌توان گفت که فرض استقلال مقادیر خطا نیز رعایت شده است. در شکل ۱ مدل برازش‌شده پژوهش ارائه شده است.



نمودار ۱. مدل نهایی پژوهش حاضر به همراه ضرایب استاندارد مسیرها

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.4.103]

در شکل ۱ مدل ساختاری پژوهش به صورت بررسی نقش میانجی سیستم‌های مغزی/رفتاری در رابطه بین تحمل پریشانی و بهزیستی روان‌شناختی به همراه ضرایب مسیر آن ارائه گردیده است. جدول ۲ مسیرها و ضرایب استاندارد آنها را نشان می‌دهد.

جدول ۲. ضریب مسیر مستقیم متغیرهای پژوهش

مسیر		ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	تی	معناداری
تحمل پریشانی	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۱۸	۰/۱۵	۲/۶۴	۰/۰۰۸
فعال‌سازی رفتاری	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۳۱	۱/۲۳	۳/۴۴	۰/۰۰۱
بازداری رفتاری	بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۱۵	-۰/۱۹	۲/۵۲	۰/۰۱۲
تحمل پریشانی	فعال‌سازی رفتاری	۰/۴۳	۰/۰۸	۴/۷۰	۰/۰۰۱
تحمل پریشانی	بازداری رفتاری	-۰/۳۶	-۰/۲۳	-۶/۳۲	۰/۰۰۱

باتوجه به مندرجات جدول ۲، اثر برآورد مستقیم تحمل پریشانی بر بهزیستی روان‌شناختی (β= ۰/۱۸ ،p<۰/۰۱)، مثبت و معنادار؛ اثر برآورد فعال‌سازی رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی (β=۰/۳۱ ،p<۰/۰۰۱) مثبت و معنادار؛ اثر برآورد مستقیم بازداری رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی (β= -۰/۱۵ ،p<۰/۰۵)، منفی و معنادار، اثر برآورد تحمل پریشانی بر فعال‌سازی رفتاری (β=۰/۴۳ ،p<۰/۰۰۱) مثبت و معنادار و اثر برآورد مستقیم تحمل پریشانی بر بازداری رفتاری (β= -۰/۳۶ ،p<۰/۰۰۱)، منفی و معنادار بود. در جدول ۳، معناداری ضریب مسیر غیرمستقیم مدل ارائه‌شده پژوهش بررسی شده است.

جدول ۳. ضریب مسیر غیر مستقیم مدل نهایی با استفاده از روش بوت استراپ

مسیر			اندازه استاندارد	حد پایین	حد بالا	معناداری
تحمل پریشانی	بازداری رفتاری	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۱۷	۰/۰۷	۰/۳۰	۰/۰۰۱
تحمل پریشانی	فعال‌سازی رفتاری	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۰۹	۰/۰۴	۰/۱۶	۰/۰۰۱

نتایج بدست آمده از روش بوت استراپ در جدول ۳ نشان داد که مسیر غیرمستقیم بازداری رفتاری در ارتباط بین تحمل پریشانی و بهزیستی روان‌شناختی با اندازه اثر استانداردہ شده ۰/۱۷ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است و مسیر غیرمستقیم فعال‌سازی رفتاری نیز در ارتباط بین تحمل پریشانی و بهزیستی روان‌شناختی با اندازه اثر استانداردہ شده ۰/۰۹ در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است؛ بنابراین تحمل پریشانی بر بهزیستی روان-شناختی با نقش میانجی سیستم‌های مغزی/رفتاری در مردان مبتلا به سو مصرف مواد تاثیر غیر مستقیم دارد. در جدول ۴ شاخص‌های برازش مدل را نشان می‌دهد.

جدول ۴: شاخص‌های برازش مدل

مدل	X^2	df	X^2/df	GFI	AGFI	CFI	IFI	TLI	RMSEA
مدل پژوهش	۶/۰۸	۶	۱/۰۱	۰/۹۹	۰/۹۷	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۰۱
قابل قبول	-	-	۱ تا ۵	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	>۰/۹۰	<۰/۰۸

جدول ۴ نشان می‌دهد که شاخص X^2/df که نسبتی از مجذور خی بر درجه آزادی است، برابر با ۱/۰۱ محاسبه شده است و در دامنه ۱ تا ۵ قرار دارد و نشانگر برازندگی معتبر مدل است. همچنین جدول فوق نشانگر آن است که شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش اصلاح‌شده (AGFI)، شاخص برازش تطبیقی (CFI)، شاخص برازش فزاینده (IFI) و شاخص توکرلوییس (TLI) بالاتر از ۰/۹۰ گزارش شده‌اند که بیانگر آن هستند مدل پژوهش از برازش معتبری برخوردار بود. همچنین ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) نیز ۰/۰۱ و کمتر از ۰/۰۸ شده است و نشانگر برازش خوب مدل بود.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.4.103]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر ارائه مدل ساختاری رابطه بین تحمل پریشانی و بهزیستی روان‌شناختی به همراه نقش میانجی سیستم‌های مغزی/رفتاری در مردان مبتلا به سوءمصرف مواد بود. نتایج بیانگر معناداری اثر مستقیم تحمل پریشانی بر بهزیستی روان‌شناختی در مردان مبتلا به سوءمصرف مواد بود. یافته این پژوهش با نتایج مطالعات ال‌عشری[1] و همکاران (۲۰۲۳) و دهلانی و سوری (۱۴۰۱) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت مردان مبتلا به سوءمصرف مواد که دارای تحمل پریشانی پایینی هستند، ممکن است در مواجهه با فشارهای زندگی و احساسات منفی به مصرف مواد روی آورند. این رفتار می‌تواند به‌عنوان یک راهکار موقتی برای فرار از مشکلات عاطفی تلقی شود؛ اما در واقع، این نوع رفتار نه‌تنها مشکلات را حل نمی‌کند بلکه در طولانی‌مدت آنها را تشدید می‌کند و باعث افزایش پریشانی و اضطراب می‌شود (گکس[2] و همکاران، ۲۰۲۲). این مشکلات روان‌شناختی می‌توانند کیفیت زندگی آنها را کاهش دهند و چرخه‌ای معیوب ایجاد کنند که در آن تحمل پریشانی پایین‌تر، منجر به مشکلات روان‌شناختی بیشتری و در نتیجه بهزیستی روان‌شناختی کمتر می‌شود (ال‌عشری و همکاران، ۲۰۲۳). از سویی ناتوانی در تحمل پریشانی می‌تواند منجر به افزایش استرس و فشار روانی شود که ممکن است باعث افزایش رفتارهای ناسالم مانند مصرف مواد، پرخوری یا دیگر رفتارهای اعتیادآور شود که خود باعث افزایش پریشانی و کاهش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود (بخشای[3] و همکاران، ۲۰۲۳). اما فردی دارای تحمل پریشانی بالا هیجانات منفی مانند اضطراب و افسردگی را کمتر تجربه می‌کند، زیرا فردی مقاوم و سرسخت است. او به کوشش خود ادامه می‌دهد و تسلیم نمی‌شود؛ زیرا ارزیابی مثبتی از وقایع دارد و هیجانات مثبتی را مانند حل چالش تجربه می‌کند که به رشد فردی و افزایش عزت نفس او می‌انجامد. او در برابر هر بادی نمی‌لرزد بلکه محکم و مقاوم سر جایش می‌ایستد و به جنگ با روزگار می‌رود و چنین است که بر محیط مسلط می‌شود. مسلماً این تحمل پریشانی و مقاومت موجب افزایش بهزیستی روانشناختی در او می‌شود (دهلانی و سوری، ۱۴۰۱).

همچنین نتایج نشان داد که مسیر غیرمستقیم سیستم‌های مغزی/رفتاری در ارتباط بین تحمل پریشانی و بهزیستی روان‌شناختی معنادار است؛ یعنی مؤلفه فعال‌سازی رفتاری با تحمل پریشانی و بهزیستی روان‌شناختی، رابطه مثبت و معنادار؛ و مؤلفه بازداری رفتاری با تحمل پریشانی و بهزیستی روان‌شناختی، رابطه منفی و معنادار دارد. این یافته‌ها با نتایج مطالعات شادفر و همکاران (۱۴۰۳)، سعیدی و همکاران (۱۴۰۱)، دهلانی و سوری (۱۴۰۱)، کرمی و همکاران (۱۳۹۹)، ال‌عشری و همکاران (۲۰۲۳) و ژانگ و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که هیجانات نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنیدگی‌زا ایفا می‌کنند. عدم تحمل پریشانی موجب می‌شود شخص همیشه در یک حالت ناآرام و آشفته و هیجانی قرار گیرد که این امر موجب می‌شود افراد در مواقع استرس‌زا، احساسات و هیجانات خود را نتوانند کنترل کنند (گکس و همکاران، ۲۰۲۲). از آن‌جایی که تحمل پریشانی همان توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی است و دارای ابعادی شامل توانایی تحمل، ارزیابی و ظرفیت پذیرش حالت عاطفی است؛ بنابراین شخصی که دارای تحمل پریشانی پایین است، نمی‌تواند هیجانات منفی طبیعی زندگی را تاب بیاورد و در یک پریشانی و ناآرامی ذهنی و عدم سلامت روان قرار دارد که موجب کاهش بهزیستی روانشناختی می‌گردد (دهلانی و سوری، ۱۴۰۱). از سویی در خصوص ارتباط تحمل پریشانی و سیستم‌های مغزی/رفتاری تحقیقات نشان می‌دهد فعالیت سیستم مغزی/رفتاری افراد با سوءمصرف مواد با محرک‌های توام با تنبیه و حذف پاداش، تحریک و برانگیختگی همراه است؛ به‌طوری که افراد مستعد، خود را گرفتار هیجانات و احساساتی می‌بینند که گریزی از آن برای خود نمی‌یابند؛ همچنین آگاهی چندانی از عواطف خود نداشته و با احساس عدم تحمل و کنترل بر زندگی خود مواجهند (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۲). در تبیین ارتباط سیستم‌های مغزی/رفتاری و بهزیستی روان‌شناختی می‌توان گفت سیستم بازداری رفتاری توسط محرک‌های شرطی مرتبط با مجازات یا خاتمه پاداش و سیستم فعال‌ساز رفتاری توسط محرک‌های مرتبط با پاداش یا خاتمه مجازات فعال می‌شود. این سیستم منعکس‌کننده تنوع در حساسیت نسبت به محرک‌های مرتبط با تقویت منفی و مثبت، به‌ترتیب بازداری رفتاری و فعال‌ساز رفتاری است (فرانکن و همکاران، ۲۰۰۶). سیستم بازداری رفتاری مسئول پاسخ دادن به رفتارهای بازداری برای خطر و تنبیه عاطفه منفی است. سیستم بازداری رفتاری موجب افزایش فراخوانی حالات عاطفی، اضطراب، بازداری رفتار و تجربه عواطف منفی می‌شود، به محرک‌های آزاردهنده و ناخوشایند حساس می‌باشد و باعث افزایش تحریک پذیری و آسیب‌پذیری می‌شود (کرمی و همکاران، ۱۳۹۹). بنابراین جای تعجب نیست که این دو سیستم با تحت تأثیر قرار دادن بهزیستی روان‌شناختی، در آسیب‌های مرتبط با درگیری پاتولوژیک مانند اعتیاد به الکل و سوءمصرف مواد دخیل باشند (فرانکن و همکاران، ۲۰۰۶). از سویی بهزیستی روان‌شناختی با مؤلفه‌هایی مانند شادکامی و امیدواری معنی می‌یابد و ترس، ناکامی و اندوه، از نشانه‌های ناسلامتی روانی‌اند؛ لذا با توجه به ماهیت سیستم فعال‌سازی (تجربه عواطف مثبتی همچون امیدواری شادمانی و سرخوشی) و بازداری (فقدان پاداش، ترس، ناکامی و

1 El-Ashry
2 Gex
3 Bakhshaie

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.4.103]

غم) و پیامدهای این دو سیستم در بهزیستی روان‌شناختی، به نظر منطقی می‌رسد که سیستم بازداری رفتاری، اثر منفی و مستقیم و سیستم فعالسازی رفتاری، اثر مثبت و مستقیم در بهزیستی روانشناختی شرکت‌کنندگان داشته باشد (شادفر و همکاران، ۱۴۰۳؛ سعیدی و همکاران، ۱۴۰۱).

طبق نتایج، اثر غیرمستقیم سیستم‌های مغزی/رفتاری در ارتباط بین تحمل پریشانی و بهزیستی روان‌شناختی معنادار بود؛ یعنی مؤلفه فعال‌سازی رفتاری با تحمل پریشانی و بهزیستی روان‌شناختی، رابطه مثبت و معنادار؛ و مؤلفه بازداری رفتاری با تحمل پریشانی و بهزیستی روان‌شناختی، رابطه منفی و معنادار داشت. می‌توان نتیجه گرفت سیستم‌های مغزی رفتاری توانسته‌اند در ارتباط بین تحمل پریشانی با بهزیستی روان‌شناختی در مردان مبتلا به سوءمصرف مواد نقش واسطه‌ای داشته باشد؛ بنابراین با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پژوهش‌گران و روان‌درمانگران می‌توانند در جهت غنی‌سازی فرمول‌بندی تشخیصی خود در در مردان مبتلا به سوءمصرف مواد، به متغیرها و یافته‌های این پژوهش توجه داشته باشند؛ و نتایج این مطالعه ممکن است یافته امیدوارکننده‌ای در جهت بهبود شرایط افراد مبتلا به سوءمصرف مواد باشد تا گامی مؤثر برای کاهش و پیشگیری از ناهنجاری‌ها و آسیب‌های نیروی مولد جامعه برداشته شود. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود. از محدودیت‌های این پژوهش روش نمونه‌گیری غیرتصادفی بود که تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می‌کند. استفاده از پرسش‌نامه که خودگزارشی و دارای احتمال پاسخ‌های غیرواقعی است نیز از محدودیت‌های دیگر مطالعه بود. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی در صورت امکان، از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی استفاده گردد. همچنین جهت گرداوری داده‌ها از مصاحبه و سایر ابزار استفاده گردد و متغیرهای اقتصادی و اجتماعی، شغل و درآمد شرکت‌کنندگان نیز در نظر گرفته شود.

منابع

ابوطالبی، ح؛ یزدچی، ن؛ و اسمخانی اکبری‌نژاد، ه. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش تنظیم شناختی هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی و تنظیم شناختی هیجان مردان معتاد شهر اصفهان. *سلامت جامعه*، ۱۶(۱)، ۳۳-۲۳. https://doi.org/10.22123/chj.2022.277960.1700

باقری، محمد جواد؛ اصغرنژاد فرید، علی اصغر؛ نصراللهی، بیتا. (۱۴۰۱). بررسی رابطه تحمل پریشانی و کیفیت زندگی با نقش میانجی بهزیستی روان‌شناختی در سالمندان شهر تهران. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۲ (۲)، ۲۶۱-۲۶۱. http://jdisabilstud.org/article-1-2731-fa.html

بیانی، ع ا؛ محمدکوچکی، ع؛ بیانی، ع. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۲)، ۱۴۶-۱۵۱. https://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-464-fa.html

دهقانی، ز؛ خدابخشی کولایی، آ؛ و فلسفی نژاد، م. (۱۴۰۳). ساخت و اعتباریابی مداخله بومی آموزشی-درمانی ارتقادهنده سلامت روان‌شناختی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان رهایافته از اعتیاد. *رویش روان شناسی*، ۱۳ (۸)، ۹۰-۷۹. http://frooyesh.ir/article-1-5563-fa.html

دهلانی، ر و سوری، ا. (۱۴۰۱). پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی دانشجویان روانشناسی دانشگاه آزاد واحد کرج بر اساس انعطاف‌پذیری روانشناختی و تحمل پریشانی. *رویکردی نو بر آموزش کودکان*، ۴(۴)، ۳۲-۴۲. https://doi.org/10.22034/naes.2022.345020.1214

سعیدی، س؛ طاهری، ا؛ اکبری، ف؛ و محسنی، م. (۱۴۰۱). پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس سیستم‌های مغزی/رفتاری و به واسطه پذیرش خود در نظامیان بازنشسته. *روانشناسی نظامی*، ۱۳(۵۱)، ۶۷-۸۰. https://jmp.ihu.ac.ir/article_207669.html

سیدموسوی، پ؛ پوراعتماد، ح؛ و قنبری، س. (۱۳۹۳). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس نظام‌های بازداری و فعال‌ساز رفتاری در نوجوانان ایرانی: مقایسه الگوهای دو و چهار عاملی این مقیاس. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۳(۳۱)، ۱۱۵-۹۷. https://apsy.sbu.ac.ir/article_96192.html

شادفر، ز؛ رجب‌پور، م؛ و کاشفی، ع. (۱۴۰۳). پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی براساس سیستم‌های مغزی/رفتاری و فراشناخت در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۸ (۷۱)، ۲۱۳-۲۳۲. https://doi.org/10.61186/etiadpajohi.18.71.213

قادری، ز؛ و معینان، د. (۱۴۰۳). ارائه مدل پیش‌بینی اعتیاد به اینترنت بر اساس سیستم مغزی/رفتاری با میانجی‌گری انعطاف‌پذیری شناختی در نوجوانان. *رویش روان شناسی*، ۱۳ (۴)، ۱۸۳-۱۹۲. http://frooyesh.ir/article-1-4788-fa.html

کرمی، ن؛ امینی، ن؛ بهروزی، م؛ جعفری نیا، غ. (۱۳۹۹). پیش بینی تحمل پریشانی بر اساس سیستم های مغزی-رفتاری، ویژگی های شخصیتی هگزاکو و انزوای اجتماعی در افراد وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۴ (۵۸)، ۲۶۵-۲۹۰. https://etiadpajohi.ir/article-1-2435-fa.html

محمودپور، ع؛ شریعتمدار، آ؛ برجعلی، ا؛ و شفیع آبادی، ع. (۱۴۰۰). ویژگی های روانسنجی مقیاس تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) در سالمندان. *فصلنامه اندازه گیری تربیتی*، ۱۲(۴۶)، ۴۹-۶۴. https://doi.org/10.22054/jem.2022.65915.3341

نادری فر، ن؛ اکبری، ب؛ و صادقی، ع. (۱۴۰۳). مدل یابی معادلات ساختاری رابطه بین ویژگی های شخصیتی با گرایش به اعتیاد در نوجوانان: نقش میانجی‌گر بهزیستی هیجانی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۳ (۱۳۳)، ۱۲۸-۱۱۳. https://psychologicalscience.ir/article-1-2113-fa.html

Bakhshaie, J., Storch PhD, E. A., & Zvolensky PhD, M. J. (2023). Pain-related disability and opioid use in a sample of young adults with current pain: The explanatory role of distress tolerance. *Journal of American College Health*, 71(4), 1206-1212. https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1925677

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.4.103]

Bozarth, M. A. (2023). Drug addiction as a psychobiological process. *In Addiction controversies* (pp. 112-134). CRC Press. https://doi.org/10.4324/9781003420170

Carver, C. S., & White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(2), 319–333. https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.2.319

Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2012). What is psychological well-being, really? a grassroots approach from the organizational sciences. *Journal of happiness studies*, 13(4), 659-684. https://doi.org/10.1007/s10902-011-9285-3

Dehghani, Z., Khodabakhshi-Koolaee, A., & Falsafinejad, M. R. (2024). Getting Rid of Substance Abuse: A Look at Experiences, Opinions, and Facilitators of Psychological Well-being After Addiction Recovery in Females. *Practice in Clinical Psychology J*, 12(1), 13-26. http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-898-fa.html

El-Ashry, A. M., Hussein Ramadan Atta, M., Alsenany, S. A., Farghaly Abdelaliem, S. M., & Abdelwahab Khedr, M. (2023). The Effect of Distress Tolerance Training on Problematic Internet Use and Psychological Wellbeing Among Faculty Nursing Students: A Randomized Control Trial. *Psychology Research and Behavior Management*, *16(1)*, 4015–4032. https://doi.org/10.2147/PRBM.S423194

Forte, G., Favieri, F., Casagrande, M., & Tambelli, R. (2023). Personality and Behavioral Inhibition/Activation Systems in Behavioral Addiction: Analysis of Binge-Watching. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 16-22. https://doi.org/10.3390/ijerph20021622

Franken, I. H., Muris, P., & Georgieva, I. (2006). Gray's model of personality and addiction. *Addictive behaviors*, 31(3), 399-403. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.022

Gex, K. S., Gray, K. M., McRae-Clark, A. L., Saladin, M. E., & Tomko, R. L. (2022). Distress tolerance and reactivity to negative affective cues in naturalistic environments of cannabis-using emerging adults. *Drug and alcohol dependence*, 238(1), 1-18. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109588

Henden E. (2023). Addiction and autonomy: Why emotional dysregulation in addiction impairs autonomy and why it matters. Frontiers in psychology, 14, 1081810. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1081810

Kline, R. B. (2015). The mediation myth. *Basic and Applied Social Psychology*, *37*(4), 202-213. https://doi.org/10.1080/01973533.2015.1049349

Mosaei Sisakht, F., Maredpour, A., & Ramezani, K. (2024). Examining the Role of Stressful Events and the Behavioral Brain System in Youth Addiction Tendencies in Yasuj. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, 5(7), 43-51. https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.7.5

Nikolinakou, A., Phua, J., & Kwon, E. S. (2024). What drives addiction on social media sites? The relationships between psychological well-being states, social media addiction, brand addiction and impulse buying on social media. *Computers in Human Behavior*, 153(1), 1-17. https://doi.org/10.1016/j.chb.2023.108086

Norton, E. O., Hailemeskel, R., Bravo, A. J., Pilatti, A., Kaminer, D., Conway, C. C., ... & Cross-Cultural Addictions Study Team. (2023). Childhood traumatic experiences and negative alcohol-related consequences in adulthood: a cross-cultural examination of distress tolerance and drinking to cope. *Substance use & misuse J*, 58(6), 804-811. https://doi.org/10.1080/10826084.2023.2188563

Özer, D., Şahin Altun, Ö., Kayaoğlu, K., & Tanrıkulu, A. B. (2024). Evaluation of metacognition, difficulties in emotion regulation and addiction severity levels of individuals diagnosed with substance use disorder. *Journal of Substance Use*, 29(1), 1-7. https://doi.org/10.1080/14659891.2024.2356573

Paltell, K. C., & Berenz, E. C. (2022). The influences of posttraumatic stress disorder and distress tolerance on trauma and alcohol cue reactivity in a sample of trauma-exposed college students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 83(1), 106-114. https://doi.org/10.15288/jsad.2022.83.106

Ranney, R., Zakeri, S. E., Kevorkian, S., Rappaport, L., Chowdhury, N., Amstadter, A., ... & Spit for Science Working Group. (2021). Investigating relationships among distress tolerance, PTSD symptom severity, and alcohol use. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 43, 259-270. https://doi.org/10.1007/s10862-020-09842-3

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069. https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719-727. https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719

Santangelo, O. E., Provenzano, S., & Firenze, A. (2022). Risk Factors for Addictive Behaviors: A General Overview. *International journal of environmental research and public health*, 19(11), 65-83. https://doi.org/10.3390/ijerph19116583

Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist, 61*(8), 774–788. https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774

Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83–102. https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3

Szerman, N., Torrens, M., Maldonado, R., Balhara, Y. P. S., Salom, C., Maremmani, I., ... & World Association on Dual Disorders (WADD). (2022). Addictive and other mental disorders: a call for a standardized definition of dual disorders. *Translational psychiatry*, 12(1), 441-446. https://doi.org/10.1038/s41398-022-02212-5

Zegel, M., Rogers, A. H., Vujanovic, A. A., & Zvolensky, M. J. (2021). Alcohol use problems and opioid misuse and dependence among adults with chronic pain: The role of distress tolerance. *Psychology of Addictive Behaviors*, 35(1), 42–51. https://doi.org/10.1037/adb0000587

Zhang, Z., Lin, Y., Liu, J., Zhang, G., Hou, X., Pan, Z., & Dai, B. (2022). Relationship between behavioral inhibition/activation system and Internet addiction among Chinese college students: The mediating effects of intolerance of uncertainty and self-control and gender differences. *Frontiers in Public Health*, 10 (4), 1-15. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1047036

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.4.103]