Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article

Volume 12, Issue 3 , Autumn 2023

The Role of Dissociative Experiences, Mindfulness And Loneliness In Predicting The Tendency To Use Substance In Nurses

Najmeh Sadat Hamed Shamaei[1], Zahra Hasannezhad[2], Maryam Hassanzadeh Tabatabaee[3], Fereshteh Arsalandeh[4*]

1- Master of Clinical Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
2- Master of General Psychology, Gorgan Branch, Payam Noor University, Gorgan, Iran.
3- Master of Career Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
4- PhD Student in Health Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Fereshteh Arsalandeh, PhD Student in Health Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.
E-mail: Fereshteharsalan88@gmail.com

Abstract

Introduction: Several factors may disrupt the emotional health of nurses and lead to negative coping behaviors such as the tendency to use drugs. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the role of dissociative experiences, mindfulness and loneliness in predicting the tendency to use substance in nurses.

Methods: The method of this study was descriptive-correlation. The statistical population was formed by all the nurses of Tehran city in 2023. From among the statistical population, 220 nurses working in Tehran hospitals were selected as convenience sampling and answered the scale of analytical experiences, the scale of mind-awareness assessment, the questionnaire of feelings of loneliness and the scale of readiness for addiction. The collected data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis in SPSS-24 software.

Results: The results showed that there is a positive and significant relationship between dissociative experiences and loneliness with the tendency to use drugs ($P<0.01$). there is a negative and significant relationship between mindfulness and the tendency to use drugs ($P<0.01$). Also, the results of the multiple regression analysis revealed that 0.684 of the variance of the active tendency to use substance and 0.638 of the variance of the passive tendency to use substance in nurses is explained by dissociative experiences, mindfulness and loneliness.

Conclusions: The result of the research shows the significant role of analytical experiences, mindfulness and loneliness in predicting the tendency to use substance in nurses; Therefore, health care systems should focus resources on supporting the psychological and emotional health of nurses, and in this regard, special attention should be paid to the role of the components of this study in order to design effective therapeutic interventions with the aim of preventing the tendency to drug use in nurses.

Keywords: Loneliness, Nurses, Dissociative experiences, Mindfulness, Substance use.

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی
دوره ۱۲، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۲

نقش تجارب تجزیه ای، ذهن آگاهی و احساس تنهایی در پیش بینی گرایش به مصرف مواد در پرستاران

نجمه سادات حامد شماعی[۱]، زهرا حسن نژاد[۲]، مریم حسن زاده طباطبایی[۳]، فرشته ارسلان ده [۴*]

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۲-کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد گرگان، دانشگاه پیام نور، گرگان، ایران.
۳-کارشناسی ارشد مشاوره شغلی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
۴- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: فرشته ارسلان ده، دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
ایمیل: Fereshteharsalan88@gmail.com

چکیده

مقدمه: عوامل متعددی ممکن است سلامت هیجانی پرستاران را مختل نموده و منجر به رفتارهای مقابله ای منفی مانند گرایش به مصرف مواد شود. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تجارب تجزیه ای، ذهن آگاهی و احساس تنهایی در پیش بینی گرایش به مصرف مواد در پرستاران انجام شد.

روش کار: روش این مطالعه، توصیفی- همبستگی بود. جامعه آماری را کلیه پرستاران شهر تهران در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. از میان جامعه آماری ۲۲۰ پرستار شاغل در بیمارستان های شهر تهران به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به مقیاس تجارب تجزیه ای، مقیاس ارزیابی ذهن آگاهی، پرسشنامه احساس تنهایی و مقیاس آمادگی به اعتیاد پاسخ دادند. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه در نرم افزار SPSS-24 تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین تجارب تجزیه ای و احساس تنهایی با گرایش به مصرف مواد رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۱$). بین ذهن آگاهی با گرایش به مصرف مواد رابطه منفی و معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۱$). همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نیز آشکار کرد که ۰/۶۸۴ واریانس گرایش فعال به مصرف مواد و ۰/۶۳۸ واریانس گرایش منفعل به مصرف مواد در پرستاران به وسیله تجارب تجزیه ای، ذهن آگاهی و احساس تنهایی تبیین می شود.

نتیجه گیری: نتیجه پژوهش بیانگر نقش معنادار تجارب تجزیه ای، ذهن آگاهی و احساس تنهایی در پیش بینی گرایش به مصرف مواد در پرستاران است؛ بنابراین سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی باید منابع را روی حمایت از سلامت روان- شناختی و هیجانی پرستاران متمرکز کنند و در این راستا به نقش مولفه های این مطالعه در جهت طراحی مداخلات درمانی اثربخش و با هدف جلوگیری از گرایش به مصرف مواد در پرستاران توجه ویژه مبذول شود.

کلیدواژه ها: احساس تنهایی، پرستاران، تجارب تجزیه ای، ذهن آگاهی، مصرف مواد.

مقدمه

پرستاری شغل بسیار سخت و حساس است و نیازمند دانش شیوه های پزشکی، توانایی مدیریت سبک های بین فردی، خواسته ها و به علاوه مدیریت زمان است (۱). همچنین عوامل محیطی و مرتبط با کار، آسیب پذیری های روانی- اجتماعی، اضافه کاری، محیط های استرس زا و دسترسی آسان به روان گردان ها به میزان قابل توجهی سبب شده که پرستاران (nurses) جهت کاهش فشار روانی خویش، به مصرف مواد گرایش پیدا کنند (۲). به عبارت دیگر، براساس مدل خوددرمانی، افرادی که استرس های مختلفی را تجربه می کنند، ممکن است با استفاده از مواد به تسکین پریشانی های خود بپردازند (۳). مصرف مواد (substance use) در بین چندین گروه از جمعیت و به ویژه در گروه متخصصان بهداشت تفاوتی ندارد. در ارتباط با متخصصان پرسنل پرستاری، نرخ ها بین ۶ تا ۸ درصد متغیر است که در زمینه استفاده بی رویه از آرام بخش ها بیشتر است (۴). به طور کلی، با توجه به اینکه بررسی گرایش به مصرف مواد در ارائه کنندگان مراقبت های بهداشتی و پرستاران کمتر مورد توجه قرار گرفته و به نوعی تابو محسوب می شود و همچنین پرستاران نقش مهمی در سیستم مراقبت های درمانی ایفا می کنند، لذا بررسی فرض های مختلف و به ویژه برخی مولفه های روان شناختی در پیش بینی گرایش به مصرف مواد در پرستاران حائز اهمیت است.

ادبیات پژوهشی نشان می دهد که تجزیه یکی از مولفه های مهم در پیش بینی گرایش به مصرف مواد است (۵، ۶). همچنین افرادی که در طول زندگی در معرض استرس و تروماهای مختلف بودند، تجربه تجزیه (dissociation) در آنها یک پاسخ شایع قلمداد می شود (۷). مدل تجزیه اشاره می کند که افرادی که در معرض استرس های فراوانی هستند، با جدا کردن آگاهی از تجربه، پریشانی خود را مدیریت می کنند، همچنین این افراد ممکن است با استفاده از مواد به مدیریت هیجانات ناراحت کننده ناشی از تجزیه بپردازند (۵). پاسخ‌های تجزیه‌ای (مانند فراموشی تجزیه‌ای، بی‌حسی عاطفی و مسخ شخصیت) نشان‌دهنده راهبردی است که برای کاهش آگاهی از احساسات ناراحت کننده استفاده می‌شود. در واقع، تجزیه با جلوگیری از دسترسی درون گرایانه به محتویات غیرقابل تحمل روانی، فرار ذهنی از پریشانی را امکان پذیر می سازد و نکته مهم این است که این استراتژی مقابله ای ناسازگار تلقی می شود؛ زیرا با پردازش هیجانی سازگارانه تجربیات ناراحت کننده تداخل دارد (۵). لذا افراد جهت مدیریت هیجانات ناخوشایند به مصرف مواد روی می آورند. بنابراین در جامعه پرستاری می توان گفت که با توجه به نوبت های کاری مختلف در شیفت شب و اضافه کاری، مواجهه با حوادث تروماتیک مانند زخمی شدن و مرگ و میر بیماران در بیمارستان، همچنین سابقه برخی تروماها در زندگی شخصی، احتمال تجربه تجزیه بعد از چنین حوادث تروماتیکی در پرستاران ممکن است بالا باشد و از این رو گرایش به مصرف مواد را می توان به عنوان یک عامل خطر در جمعیت های پرستاری در نظر گرفت. یکی از فرضیات این پژوهش نیز این است که تجربه تجزیه در پرستاران، پیش بینی کننده مصرف مواد است.

برخلاف تجزیه که نوعی جدا کردن آگاهی از تجربه است، ذهن آگاهی (mindfulness) یکی از مولفه های است که به صورت توجه کامل به تجربه لحظه حال، نگرش مبتنی بر پذیرش، عدم قضاوت و گشودگی تعریف می شود (۸). ذهن آگاهی یک فرایند شناختی است که در این فرایند، ذهن فرد با تمرکز بر تجربه احساسات و اتفاقاتی که در لحظه حال در خود یا اطرافش رخ می دهد، آگاهی دارد. نگرشی غیرقضاوتی نسبت به تجربه شخصی منجر می شود تا افراد واکنش کمتر و در مقابل پذیرش بیشتری نسبت به این تجارب داشته باشند (۸). درواقع بین ابعاد ذهن آگاهی با اعتیاد (addiction) رابطه وجود دارد (۹). پذیرش غیرقضاوتی، کلید فرایند به چالش کشیدن شناخت های منفی در اعتیاد است (۹). پژوهش های بالینی نشان می دهد که ذهن آگاهی می تواند سبب بهبود انعطاف پذیری شناختی، کنترل توجه و تنظیم هیجان شود و به افراد کمک کند تا با مدیریت موثرتر شناخت ها، احساس ها و رفتارهای خود در شرایط استرس زا به رفتارهای پرخطر از قبیل مصرف مواد روی نیاورند (۱۰). به عبارت دیگر می توان گفت که وجود شایستگی های ذهن آگاهی می تواند به تاب آوری و خودتنظیمی بیشتر افرادی که در معرض شرایط استرس زا و پرتنش هستند، کمک کند و میزان گرایش آنها به مصرف مواد را کاهش دهند (۱۱). در این مطالعه نیز با توجه به وجود موقعیت های چالش زا و پراسترس در محیط کاری پرستاران، فرض بر این است که ذهن آگاهی یکی از مولفه هایی است که ممکن است نقش پیش بینی کننده

ای در جلوگیری از گرایش به مصرف مواد در پرستاران داشته باشد.

از مولفه های مهم دیگر در پیش بینی گرایش به مصرف مواد احساس تنهایی (Loneliness) است. احساس تنهایی مشکل پیچیده ای است که رفاه روانی و اجتماعی را تحت الشعاع قرار می دهد (۱۲). در سیستم مراقبت های بهداشتی، پرستاران اغلب با شفقت، تفکر انتقادی همراه با همدلی، پذیرش و مراقبت از بیماران کارشان را انجام می دهند، با این حال پرستاران اغلب بدون همدلی، پذیرش و حمایت رها می شوند (۱۳). لذا این می تواند باعث شود پرستاران احساس تنهایی، غیبت، انزوا و جداشدن از کارشان داشته باشند (۱۳). احساس تنهایی، پاسخی به فقدان یک رابطه مثبت رضایت بخش با سایرین است و سالیوان این حالت را حاصل محروم بودن از نیاز اساسی بشر به صمیمیت می داند. این حالت احساس محرومیت از روابط اجتماعی است (۱۴). احساس تنهایی به تجارب پریشان کننده شناختی، هیجانی و رفتاری منجر شده و با تشدید این علائم گرایش فرد به اعتیاد را تسهیل می نماید (۱۵). احساس تنهایی با تضعیف تعاملات اجتماعی و کاهش شایستگی اجتماعی فرد زمینه حاد شدن تنش های فرد را تقویت کرده به طوری که فرد در چنین وضعیتی گرایش به اعتیاد را به عنوان روشی برای رهایی از این وضعیت دردناک انتخاب می کند. بنابراین روند گرایش فرد به مصرف مواد تسریع بیشتری پیدا خواهد کرد (۱۵). بنابراین فرض بر این است که احساس تنهایی در پرستاران می تواند پیش بینی کننده گرایش به مصرف مواد در آنان باشد.

به طور کلی اثرات منفی ارائه مراقبت با شدت تجارب آسیب زا که پرستاران در معرض آن قرار می گیرند، تشدید می شود. این تجربیات آسیب زا ممکن است گروهی از احساسات ناخوشایند مانند خستگی، عصبانیت، تحریک پذیری، کاهش حس لذت و اختلال در توانایی تصمیم گیری و مراقبت از بیماران را زنده کند. متعاقباً، در برخی از پرستاران رفتارهای مقابله ای منفی از جمله مصرف یا سوء مصرف الکل و مواد مخدر ایجاد می کنند (۱۶). بنابراین با توجه به رشد روزافزون اعتیاد و آثار مخرب آن بر جنبه های مختلف زندگی افراد و به علاوه توجه کمتر به این پدیده در بین پرسنل و کادر درمان بیمارستان، پژوهش در این زمینه و شناسایی پیشایندهای آن حائز اهمیت می باشد.

از این رو هدف پژوهش حاضر بررسی نقش تجارب تجزیه ای، ذهن آگاهی و احساس تنهایی در پیش بینی گرایش به مصرف مواد در بین پرستاران بود.

روش کار

این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی به دنبال بررسی نقش تجارب تجزیه ای، ذهن آگاهی و احساس تنهایی در پیش بینی گرایش به مصرف مواد در پرستاران در بیمارستان های شهر تهران بود. جامعه آماری را کلیه پرستاران شهر تهران در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. از میان جامعه آماری ۲۲۰ پرستار شاغل در بیمارستان های شهر تهران به صورت نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. میانگین سه پژوهش پیشین حجم نمونه پژوهش را تعیین نموده است (۱۷، ۱۸، ۱۹). معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل دو سال سابقه کاری، عدم مشکلات جسمی و روان شناختی شدید و رضایت کامل جهت شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز تکمیل ناقص پرسشنامه ها بود. پس از اخذ مجوزها و انجام هماهنگی های لازم اقدام به انجام پژوهش در بیمارستان‌های سطح شهر شد. فرایند جمع آوری داده ها نیز به شیوه میدانی انجام شد. برای اجرای ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا از جمله اصل محرمانگی و رازداری، رضایت کتبی شرکت در پژوهش مورد توجه قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه از طریق نرم افزار SPSS-24 انجام شد. پرسشنامه–های مورد استفاده شامل موارد زیر است.

۱-مقیاس تجارب تجزیه ای: مقیاس تجارب تجزیه ای یک ابزار خودسنجی کوتاه، برای اندازه گیری فراوانی تجارب گسستگی می باشد که در سال ۱۹۸۶ توسط برنشتاین و باتنم ساخته شد (۲۰). این مقیاس شامل ۲۸ سوال است. نشانه های تجزیه ای را در یک طیف لیکرت ۱۰درجه ای از هرگز= ۰ تا همیشه= ۹ مورد ارزیابی قرار می دهد. همچنین این مقیاس سه خرده مقیاس شامل «گسست از خویشتن با سوالات ۷، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۲۷ و ۲۸»، «فراموشی تجزیه ای با سوالات ۳، ۶، ۸، ۱۰، ۲۵ و ۲۶» و تخیل و جذب با سوالات ۲، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۲ و ۲۳» را اندازه گیری می کند. سوالات ۱، ۴، ۵، ۹، ۱۹، ۲۱ .

۲۴ در هیچ کدام از خرده مقیاس ها قرار نمی گیرد (۲۱). برنشتاین و پاتنم، حساسیت این مقیاس را ۷۶/. و ویژگی آن را نیز ۷۶/. بیان نمود (۲۰). در پژوهش بک و اولسون همسانی درونی این مقیاس ۷۰/. و پایایی بازآزمایی ۸۴/. و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۹۴/. گزارش شده است (۲۲). در این مقیاس از نمره برش ۳۰ استفاده می شود (۲۰). در پژوهش سجادی و دهقانی‌زاده (۲۳) بر روی نسخه فارسی مقیاس تجارب تجزیه‌ای، آلفای کرونباخ این مقیاس ۹۳/. محاسبه شد. ضریب همبستگی درونی تجارب تجزیه‌ای با افکار خودکشی و صفات حالت عاطفی منفی؛ جدایی؛ بازداری‌زدایی و روان‌پریشی خویی به ترتیب ۵۲۴/.، ۲۳۶/.، ۲۵۱/.، ۳۳۱/. و ۱۷۹/. به دست آمد که گویای روایی همگرای این ابزار با سازه های مشابه بود. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه حاضر ۰/۸۹ به دست آمد.

۲-مقیاس ارزیابی ذهن آگاهی: این مقیاس توسط براون و ریان (۲۴) طراحی شده و برای سنجش ذهن آگاهی بکار می‌رود. این مقیاس از اعتبار خوبی برخوردار است، به طوری که روی هفت گروه نمونه اجرا شده و آلفای کرونباخ آن بین ۸۲/. تا ۸۷/. گزارش شده است (۲۴). روایی این مقیاس نیز در حد بالایی گزارش شده است به طوری که همبستگی بسیار بالایی ($P<۰/۰۰۰۱$) را با تعدادی از متغیرهای سلامت روان دارد (۲۴). همچنین روایی سازه و ملاک این مقیاس در بیماران سرطانی سنجیده شده است. نمرات بالا در مقیاس ذهن آگاهی با آشفتگی پایین خلق و نشانه‌های تنیدگی کم، مرتبط است (۲۵). این مقیاس در جامعه ایران نیز اجرا شده است و آلفای آن ۸۲/. گزارش شد. همچنین با متغیرهای مربوط از جمله خودشناسی و سلامت روان، ارتباط معنادار نشان داده است (۲۶). آلفای کرونباخ مقیاس مذکور در این مطالعه ۸۴/. به دست آمد.

۳-پرسشنامه احساس تنهایی: این پرسشنامه توسط دهشیری و همکاران (۲۷) ساخته شده است و شامل ۳۸ سوال است که سه مولفه احساس تنهایی ناشی از ارتباط خانواده با سوالات ۴، ۲، ۹، ۱۲، ۱۶، ۱۴، ۱۸، ۲۰، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۳۲، ۳۳، ۳۵ و ۳۷، احساس تنهایی ناشی از ارتباط با دوستان با سوالات ۱، ۳، ۵، ۱۰، ۱۱، ۱۵، ۱۹، ۲۱، ۲۹، ۳۰، ۳۱ و ۳۸ و نشانه های عاطفی تنهایی ۶، ۷، ۸، ۱۳، ۱۷، ۲۲، ۲۷، ۳۴، ۲۸ و ۳۶ را اندازه گیری می کند. شیوه نمره گذاری آن به صورت ۵ درجه ای به این صورت که خیلی زیاد نمره ۰، زیاد نمره ۱، متوسط نمره ۲، کم نمره ۳ و خیلی کم نمره ۴ تعلق می گیرد. این پرسشنامه توسط دهشیری و همکاران در سال ۱۳۸۷ هنجاریابی شده است (۲۷). قابلیت اعتماد مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب برابر با ۰/۹۱ و ۰/۸۳ گزارش شده و ضریب درستی همگرای مقیاس از طریق همبستگی با مقیاس احساس تنهایی و پرسشنامه افسردگی بک برابر ۰/۶۰ و ۰/۵۶ است (۲۷). آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه حاضر ۰/۹۱ به دست آمد.

٤-مقیاس آمادگی به اعتیاد: در این پژوهش از مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد که توسط زرگر (۲۸) ساخته شده استفاده شد. این مقیاس دارای ۳۶ ماده و ۵ ماده دروغ سنج نسبت به اعتیاد است. زرگر این پرسشنامه را با توجه به ویژگی های روانی- اجتماعی جامعه ایرانی تدوین و مورد روایابی قرار داده است. نمره گذاری آن بر روی یک پیوستار از صفر (کاملا مخالفم) تا (کاملا موافقم) می باشد. در عامل آمادگی فعال بیشتر نمادها به ترتیب مربوط به رفتارهای ضد اجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت نسبت به مواد، افسردگی و هیجان خواهی می باشد و در عامل دوم (آمادگی منفعل) بیشتر نمادها مربوط به عدم ابراز وجود و افسردگی می باشند. پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شده است و روایی سازه مقیاس از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده ای فهرست بالینی علائم بالینی ۰/۴۵ محاسبه شده است که معنی دار می باشد (۲۸). آلفای کرونباخ در این مطالعه ۰/۹۲ به دست آمد.

یافته ها

تعداد آزمودنی ها در این پژوهش ۲۲۰ نفر بودند. ۳۰ نفر (۱۳/۶ درصد) فوق دیپلم، ۱۳۲ نفر (۶۰ درصد) لیسانس، ۴۴ نفر (۲۰ درصد) فوق لیسانس و ۱۴ نفر (۶/۴ درصد) دانشجوی دکترا بودند. میانگین سن ۴۱ ۳۷/۷۷ و انحراف معیار سن ۷/۲۱۰ بود.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی افراد نمونه

جمعیت شناختی		فراوانی	درصد
سن	۲۱ تا ۲۵ سال	۱۶	۷/۲۸
	۲۶ تا ۳۱ سال	۲۵	۱۱/۳۶
	۳۲ تا ۴۰ سال	۱۰۲	۴۶/۳۶
	۴۱ سال به بالا	۷۷	۳۵
	کل	۲۲۰	۱۰۰
میانگین سن= ۳۷/۴۱	انحراف معیار سن= ۷/۲۱۰		
تحصیلات	فوق دیپلم	۳۰	۱۳/۶
	لیسانس	۱۳۲	۶۰
	فوق لیسانس	۴۴	۲۰
	دانشجوی دکترا	۱۴	۶/۴
	کل	۲۲۰	۱۰۰

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار و آماره های نرمال بودن شامل کلموگروف اسمیرنوف را نشان می دهد.

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار، نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	ks	معناداری
گرایش فعال به مواد	۱۱/۵۰	۸/۰۶۷	۰/۷۰۵	۰/۲۳۶
گرایش منفعل به مواد	۷/۰۳	۶/۵۰۲	۰/۷۱۴	۰/۲۳۵
گسست از خویشتن	۱۵/۴۶	۱۲/۵۳۶	۰/۶۱۱	۰/۲۳۵
فراموشی تجزیهای	۱۴/۶۷	۱۱/۵۴۸	۰/۷۰۸	۰/۳۱۸
تخیل و جذب	۲۱/۵۱	۱۵/۳۰۰	۰/۷۱۰	۰/۳۰۳
نمره کل تجارب تجزیه ای	۵۱/۶۵	۳۶/۵۴۷	۰/۹۲۲	۰/۵۰۲
ذهن آگاهی	۲۹/۶۴	۱۴/۵۱۶	۰/۷۵۰	۰/۱۹۹
تنهایی خانواده	۲۶/۹۷	۱۳/۴۳۳	۰/۸۵۱	۰/۷۰۲
تنهایی دوستان	۲۴/۷۵	۱۲/۷۳۸	۰/۶۵۵	۰/۱۲۰
تنهایی عاطفی	۲۱/۹۷	۹/۳۰۸	۰/۷۷۶	۰/۱۶۴
نمره کل احساس تنهایی	۷۳/۷۰	۳۴/۸۴۹	۰/۶۶۲	۰/۳۵۴

بعد از بررسی یافته های توصیفی در جدول ۲ و پیش فرض های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه در ابتدا برای بررسی رابطه بین تجارب تجزیه‌ای، ذهن‌آگاهی و احساس تنهایی با گرایش به مصرف مواد از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۲ آمده است. در این پژوهش قبل از اجرای ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه پیش فرض های آن بررسی شدند. توزیع نمرات متغیرهای پژوهش با ۹۵ درصد اطمینان طبیعی است. از آنجایی که سطوح معناداری آماره‌های نرمال بودن بزرگتر از ۰/۰۵ بودند ($P>0/05$). مقدار آماره دوربین واتسون بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشت که نشان دهنده ی استقلال خطاها است. بررسی مفروضه عدم همخطی چندگانه با ضریب تحمل و تورم واریانس نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز ۱۰ نمی باشند. بنابراین براساس دو شاخص ذکر شده وجود هم خطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد.

جدول ۳: نتایج ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	٤	٥	٦	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱- گرایش فعال	۱										
۲- گرایش منفعل	۰/۷۳۵**	۱									
۳- گسست از خویشتن	۰/۷۲۳**	۰/۵۱۴**	۱								
۴- فراموشی تجزیه ای	۰/۶۳۲**	۰/۶۱۴**	۰/۵۵۲**	۱							
۵- تخیل و جذب	۰/۵۵۲**	۰/۴۴۲**	۰/۶۱۴**	۰/۵۵۰**	۱						
۶- نمره کل تجارب	۰/۵۵۰**	۰/۶۱۴**	۰/۷۱۱**	۰/۵۵۲**	۰/۵۶۲**	۱					
۷- ذهن آگاهی	-۰/۶۲۰**	-۰/۶۱۷**	-۰/۵۱۲**	-۰/۶۱۷**	-۰/۶۴۲**	-۰/۵۱۸**	۱				
۸- تنهایی خانواده	۰/۴۱۴**	۰/۵۱۵**	۰/۲۵۵**	۰/۶۱۸**	۰/۶۱۴**	۰/۵۵۰**	-۰/۵۱۸**	۱			
۹- تنهایی دوستان	۰/۳۵۲**	۰/۳۲۵**	۰/۶۴۴**	۰/۶۱۷**	۰/۶۱۷**	۰/۳۱۷**	-۰/۵۵۵**	۰/۶۱۷**	۱		
۱۰- تنهایی عاطفی	۰/۶۴۱**	۰/۴۱۴**	۰/۷۴۱**	۰/۶۳۵**	۰/۵۱۸**	۰/۶۰۰**	-۰/۴۱۲**	۰/۵۱۲**	۰/۶۰۰**	۱	
۱۱- نمره کل تنهایی	۰/۵۵۰**	۰/۵۰۲**	۰/۵۵۱**	۰/۶۲۵**	۰/۶۲۰**	۰/۵۰۰**	-۰/۳۳۵**	۰/۶۱۲**	۰/۴۱۴**	۰/۶۶۰**	۱

** معنادار در سطح ۰/۰۱

براساس جدول ۳ نتایج ماتریس ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین تجارب تجزیه ای و احساس تنهایی با گرایش فعال و منفعل به مصرف مواد رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بین ذهن آگاهی با گرایش فعال و منفعل به مصرف مواد رابطه منفی و معناداری وجود دارد. نتایج در سطح $P<۰/۰۱$ معنادار بودند. از آنجایی که بین متغیرهای پژوهش رابطه معناداری وجود دارد این امر ادامه تحلیل را امکان پذیر می سازد، بنابراین برای پیش بینی گرایش فعال به مصرف مواد براساس تجارب تجزیه‌ای، ذهن‌آگاهی و احساس تنهایی از رگرسیون چندگانه استفاده می شود که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ٤: خلاصه ضرایب رگرسیون چندگانه گرایش فعال به مصرف مواد بر اساس تجارت تجزیه ای، ذهن آگاهی و احساس تنهایی

پیش بینی کننده ها	R	R^2	F	معناداری F	β	t	Sig	تولرانس	VIF	دوربین- واتسون
عدد ثابت (constant)					-	۱/۸۴۱	۰/۰۶۷	-	-	
گسست از خویشتن					۰/۲۶۶	۲/۹۲۹	۰/۰۲۵	۰/۲۰۱	۴/۹۷۱	
فراموشی تجزیه ای					۰/۳۰۰	۴/۰۲۹	۰/۰۰۱	۰/۲۶۹	۳/۷۱۶	
تخیل و جذب					۰/۲۰۷	۲/۲۵۱	۰/۰۱۲	۰/۲۰۴	۴/۸۹۲	
ذهن آگاهی	۰/۸۲۷	۰/۶۸۴	۶۵/۴۹۳	۰/۰۰۱	-۰/۲۲۴	-۲/۵۵۵	۰/۰۱۱	۰/۱۹۳	۵/۱۷۰	۲/۵۲۵
تنهایی خانواده					۰/۲۶۶	۲/۸۹۹	۰/۰۳۷	۰/۱۴۴	۹/۸۹۴	
تنهایی دوستان					۰/۲۵۵	۳/۲۵۳	۰/۰۲۱	۰/۱۳۲	۳/۳۵۶	
تنهایی عاطفی					۰/۴۳۸	۲/۵۷۲	۰/۰۱۱	۰/۱۵۱	۹/۴۳۹	

با توجه جدول ۴ نتایج نشان داد که تجارب تجزیه‌ای، ذهن‌آگاهی و احساس تنهایی می توانند گرایش فعال به مصرف مواد را پیش بینی کنند و قوی ترین متغیر پیش بین تنهایی عاطفی با ضریب بتای ۰/۴۳۸ است. در ادامه برای پیش بینی گرایش منفعل به مصرف مواد براساس تجارب تجزیه‌ای، ذهن‌آگاهی و احساس تنهایی از رگرسیون چندگانه استفاده می شود که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵: خلاصه ضرایب رگرسیون چندگانه گرایش منفعل به مصرف مواد بر اساس تجارت تجزیه ای، ذهن آگاهی و احساس تنهایی

پیش بینی کننده ها	R	R^2	F	معناداری F	β	t	Sig	تولرانس	VIF	دوربین-واتسون
عدد ثابت (constant)					–	۰/۹۳۳	۰/۳۵۲	–	–	
گسست از خویشتن					۰/۲۶۸	۲/۰۱۰	۰/۰۱۴	۰/۲۰۱	۴/۹۷۱	
فراموشی تجزیه ای					۰/۲۱۶	۲/۲۷۵	۰/۰۳۸	۰/۲۶۹	۳/۷۱۶	
تخیل و جذب	۰/۷۹۹	۰/۶۳۸	۱۲۷/۹۲۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲۱	۴/۸۳۳	۰/۰۰۱	۰/۲۰۴	۴/۸۹۲	۲/۵۹۹
ذهن آگاهی					-۰/۲۴۴	-۲/۱۰۵	۰/۰۳۶	۰/۱۹۳	۵/۱۷۰	
تنهایی خانواده					۰/۲۷۹	۲/۹۴۲	۰/۰۳۳	۰/۱۴۴	۹/۸۹۴	
تنهایی دوستان					۰/۳۷۹	۲/۰۶۵	۰/۰۲۸	۰/۱۳۲	۳/۳۵۶	
تنهایی عاطفی					۰/۳۸۱	۲/۸۷۸	۰/۰۰۴	۰/۱۵۱	۹/۴۳۹	

با توجه جدول ۵ نتایج نشان داد که تجارب تجزیه‌ای، ذهن‌آگاهی و احساس تنهایی می توانند گرایش منفعل به مصرف مواد را پیش بینی کنند و قوی ترین متغیر پیش بین تنهایی عاطفی با ضریب بتای ۰/۳۸۱ است.

بحث

مطالعه حاضر نقش تجارب تجزیه ای، ذهن آگاهی و احساس تنهایی در پیش بینی گرایش به مصرف مواد در پرستاران را بررسی کرد. یافته های پژوهش نشان داد که تجارب تجزیه ای با گرایش به مصرف مواد رابطه مثبت و معنی دار دارد. نتایج این مطالعه با پژوهش های ناجاویتس و والش (۲۹)، احمدی و همکاران (۵)، چانا و همکاران (۶)، کلانکی و همکاران (۳۰) هم راستا است. در زمینه تبیین یافته های این مطالعه می توان چنین گفت که براساس مدل تجزیه، گسستگی (تجزیه) به عنوان ناتوانی در ادغام عناصر حسی و عاطفی به هنگام شرایط استرس زا و حوادث تروماتیک مشخص می شود. گسستگی منجر به فاصله گیری از شرایط استرس زا و به نوعی تماشای حادثه تروماتیک از فاصله دور می شود و فرد احساس می کند که قربانی شرایط ناگوار نیست، لذا این منجر به نقض حافظه و احساس مسخ شخصیت و واقعیت می شود. از این رو تجزیه بدین نحوه، تلاشی برای اجتناب از تجارب و احساسات طاقت فرسا و ناخوشایند است و گرایش به مصرف مواد نیز به عنوان یک راهکار اجتنابی (اجتناب از عواطف ناخوشایند) احتمالا از طریق تجزیه تسهیل می گردد (۳۰). همچنین تمایل افراد به جدا کردن خود از احساسات، افکار یا تجربیات ناخوشایند (تجزیه)، ممکن است به مفهوم جدیدتر اجتناب تجربه ای یا شکل خاصی از آن مرتبط باشد که پژوهش های اخیر رابطه بین این مولفه با گرایش به مصرف مواد را تایید نموده اند (۵). بنابراین استفاده از مواد مخدر یک استراتژی تجزیه ای برای اجتناب یا فرار از تجربیات ناخوشایند تلقی می شود. به عبارت دیگر، تجزیه را می توان یک مکانیسم اجتناب هیجانی در نظر گرفت که که افراد با استفاده از تجزیه، به سرکوب هیجانات و جداشدگی از عواطف و افکار ناخوشایند می پردازند و خود این عامل نیز زمینه ساز گرایش افراد به سمت مصرف مواد تلقی می شود (۵). بنابراین پرستاران ممکن است در شرایط سخت کاری و موقعیت های استرس زا با استفاده از انواع مواد مخدر به مدیریت اثرات ناخوشایند ناشی از تجزیه اقدام کنند (۵) و لذا می توان گفت تجزیه یکی از مولفه های مهم در پیش بینی گرایش به مصرف مواد در پرستاران است.

بخش دیگری از نتایج پژوهش نشان داد که ذهن آگاهی با گرایش به مصرف مواد رابطه منفی و معنی دار دارد. این نتایج با پژوهش های خان و همکاران (۹)، تستر- اش و همکاران (۱۰) و آرنو و همکاران (۱۱) همسو است. در تبیین یافته های به دست آمده از مطالعه حاضر و براساس مدل ذهن آگاهی می توان چنین بیان کرد که افراد در شرایط دشوار می آموزند که تجربه های درونی خود را با پذیرش نظاره کنند، حتی خاطرات، احساسات، افکار و حس های بدنی دردناک را به عنوان یک پدیده ای گذرا در نظر بگیرند و از دام اجتناب تجربه ای رهایی یابند و رابطه خود با افکار و احساسات دردناک را به نحوی مشاهده نمایند تا تاثیر و نفوذ آن ها بر زندگی شان کمتر شود و جهت فرار از احساسات دردناک در دام اعتیاد گیر نیفتند (۳۱). ذهن آگاهی

فرآیندهایی را راه اندازی می کند که به طور همزمان هم عملکرد روان شناختی را بهینه سازی می کند و هم پریشانی روان شناختی را کاهش می دهد. از این رو توانایی مدیریت هیجانات منفی را از طریق افزایش آشنایی با زندگی درونی و کاهش واکنش پذیری به آن بهبود می بخشد و این شناخت زندگی درونی می تواند به مقابله موثر با هیجانات منفی بیانجامد. به همین دلیل تنظیم عواطف و هیجانات، توانایی مضاعفی برای خودداری از گرایش به مصرف مواد در افراد پدید می آورد (۳۲). به طور کلی ذهن آگاهی یک عامل محافظت کننده در برابر شدت پریشانی روانی است. به علاوه یک منبع روان شناختی به مقابله و مدیریت رویدادهای استرس زا کمک می کند. ذهن آگاهی می-تواند استرس ناشی از رویدادهای استرس زا و پاسخ های واکنشی مرتبط با آن را کاهش دهد و از این طریق سبب افزایش سلامت جسمی و روان شناختی و در نتیجه کاهش گرایش افراد به سمت مصرف مواد شود (۳۳). بنابراین می توان گفت پرستارانی که توانایی ذهن آگاهی بالاتری دارند در شرایط دشوار و استرس زا احتمال گرایش آنها به سمت مصرف مواد کمتر است.

دیگر یافته های پژوهش نشان داد که بین احساس تنهایی با گرایش به مصرف مواد، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته ها با پژوهش های سلیمانی و همکاران (۳۴)، نیک منش و همکاران (۳۵)، اینگرام و همکاران (۳۶) هم سو است. در تبیین یافته های این پژوهش می توان به نظریه شناختی تنهایی اشاره نمود. شناخت ممکن است در توضیح تنهایی در میان افرادی که گرایش به مصرف مواد دارند، مهم باشد. این افراد ممکن است در توضیح تنهایی خود سبک اسنادی درونی و پایدار داشته باشند؛ یعنی بر این باورند که تنهایی آن ها ناشی از نقص درونی شان است و این نقص پایدار و غیرقابل تغییر است. همچنین هشیاری بیش از حد نسبت به تهدید اجتماعی در محیط و انتظارات منفی از تعاملات اجتماعی را عامل اصلی شروع و حفظ تنهایی توصیف می کنند (۳۶). به علاوه تنهایی ممکن است عزت نفس پایین، اضطراب، نقص در مهارت های اجتماعی، پرخاشگری، افکار خودکشی، عواطف منفی شدید و اختلالات روانی را به دنبال داشته باشد. بنابراین افراد ممکن است جهت گریز از تنهایی و پیامدهای آن، به مصرف مواد گرایش پیدا کنند. احساس تنهایی در پرستاران نیز ممکن است منجر به بروز این پیامدها و به علاوه اختلالات اضطرابی و افسردگی شده و آنها به سوی درون خود سوق داده و برای گریز از این استرس و اضطراب و پر کردن احساس تنهایی خویش، به رفتارهای انحرافی جایگزین از جمله مصرف مواد روی آورند. بنابراین احساس تنهایی می تواند تنش های پرستاران در محیط های بیمارستانی را تقویت کرده به طوری که سبب می-شود در چنین وضعیتی گرایش به مصرف مواد را به عنوان روشی برای رهایی از این وضعیت دردناک انتخاب کنند.

نتیجه گیری

در مجموع یافته های این مطالعه نشان دهنده نقش معنادار تجزیه، ذهن آگاهی و احساس تنهایی در پیش بینی گرایش به مصرف مواد در پرستاران بود. این مطالعه می تواند در درک چگونگی نقش تجزیه و احساس تنهایی در گرایش پرستاران به مصرف مواد کمک کننده باشد و به علاوه نقش ذهن آگاهی در جلوگیری از گرایش به مصرف مواد را روشن تر کند. بنابراین تدوین آموزش ها و رویکردهای درمانی مبتنی بر تجزیه، ذهن اگاهی و احساس تنهایی در پرستاران، جهت جلوگیری از گرایش به مصرف مواد ضروری است و کوتاهی در این زمینه می تواند صدمات جبران ناپذیری بر ارائه کنندگان مراقبت های بهداشتی و پرستاران وارد نماید. این مطالعه به مانند سایر مطالعات دارای محدودیت هایی است. با توجه به اینکه این مطالعه از نوع همبستگی است نمی توان رابطه علی از یافته های این مطالعه استنباط کرد. همچنین ابزارهای مطالعه از نوع مداد-کاغذی بودند، جامعه این مطالعه نیز مختص پرستاران است و تعمیم این یافته ها باید با احتیاط لازم صورت گیرد. انجام پژوهش های آتی بر روی جامعه بزرگتر و متنوع و به علاوه انجام پژوهش های طولی و آزمایشی و همچنین استفاده از مصاحبه های دقیق می تواند مشکلات موجود را رفع نماید. در آخر پیشنهاد می گردد که در پژوهش‌های آتی از این متغیرها جهت طراحی مداخلات درمانی اثربخش برای پرستاران استفاده شود.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می دانند از پرستاران شرکت کننده در این پژوهش و تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تقدیر و تشکر نمایند.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ تضاد منافعی وجود ندارد.

References

1. Amirouche A, Felix H, Serreau R, Denormandie P, Fernandez J, Coscas S, Blecha L, Benyamina A. Addiction among Health Care Professionals? What is the Current State of Nurses, Caregivers and Paramedics in 2022? A Review. Arch Clin Biomed Res. 2023; 7:256-61.
2. Bonfiglio NS, Renati R, Agus M, Penna MP. Development of the motivation to use substance questionnaire. Drug and Alcohol Dependence. 2022 May 1; 234:109414.
3. Junqueira MA, Santos MA, Araújo LB, Ferreira MC, Giuliani CD, Pillon SC. Depressive symptoms and drug use among nursing staff professionals. Escola Anna Nery. 2018 Aug 9; 22:e20180129.
4. Kunyk D. Substance use disorders among registered nurses: prevalence, risks and perceptions in a disciplinary jurisdiction. Journal of Nursing Management. 2015 Jan; 23(1):54-64.
5. Ahmadi F, Goodarzi MA, Taghavi MR, Imani M. Modeling the structural relationships between trauma exposure with substance use tendency, depression symptoms, and suicidal thoughts in individuals with earthquake trauma experience: the mediatory role of peritraumatic dissociation and experiential avoidance. BMC psychiatry. 2024 Mar 1; 24(1):171.
6. Chana SM, Wolford-Clevenger C, Faust A, Hemberg J, Ramaswamy M, Cropsey K. Associations among betrayal trauma, dissociative posttraumatic stress symptoms, and substance use among women involved in the criminal legal system in three US cities. Drug and alcohol dependence. 2021 Oct 1; 227:108924.
7. Wagner A, Linehan MM. Dissociation. In: Follette JI, Ruzek JI, Abueg FR, editors. Cognitive Behavioral Therapies for Trauma. New York: Guilford Press; 1998. pp. 191–225.
8. McKeering P, Hwang YS. A systematic review of mindfulness-based school interventions with early adolescents. Mindfulness. 2019 Apr 15; 10(4):593-610.
9. Khan V, IMANI S, SHOKRI O, Alizadehgoradel J. Modeling the Causal Relationships of Resilience and Mindfulness with Subjective Well-being in Individuals with Substance Use Disorder: The Mediating Role of Emotion Regulation.
10. Ashe ML, Newman MG, Wilson SJ. Delay discounting and the use of mindful attention versus distraction in the treatment of drug addiction: a conceptual review. Journal of the experimental analysis of behavior. 2015 Jan; 103(1):234-48.
11. Arnaud, N., Baldus, C., Laurenz, L. J., Bröning, S., Brandt, M., Kunze, S., Austermann, M., Zimmermann, L., Daubmann, A., & Thomasius, R. (2020). Does a mindfulness -augmented version of the German Strengthening Families Program reduce substance use in adolescents? Study protocol for a randomized controlled trial. Trials, 21, 114 -129.
12. Mahdavi S, Mirzavandi J. The causal relationship between parent-child conflict, anxiety, loneliness and personal control as predictors of tendency to drug use in adolescents.
13. Wood RE, Paulus AB. Loneliness and Burnout in Nephrology Nurses: A Review of the Literature and Indications for Future Research. Nephrology Nursing Journal. 2023 May 1; 50(3).
14. Jeong EJ, Kim DJ, Lee DM, Lee HR. A study of digital game addiction from aggression, loneliness and depression perspectives. In2016 49Th Hawaii International Conference on System Sciences (HICSS) 2016 Jan 5 (pp. 3769-3780). IEEE.
15. Santini ZI, Fiori KL, Feeney J, Tyrovolas S, Haro JM, Koyanagi A. Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A prospective community-based study. Journal of affective disorders. 2016 Nov 1; 204:59-69.
16. Jarrad R, Hammad S, Shawashi T, Mahmoud N. Compassion fatigue and substance use among nurses. Annals of general psychiatry. 2018 Dec; 17:1-8.
17. Naimabady Z. Examining the Role of Attachment Styles, Rumination and Psychological Coherence in Predicting the Intimacy Attitude and Quality Of Life of Nurses. Quarterly Journal of Nursing Management. 2023 Jan 10;11(4):69-80.
18. Behnam Noroozzadeh M. Investigating the role of attachment, mentalization and Cognitive Emotion Regulation in predicting the tendency to use substance in nurses. Quarterly Journal of Nursing Management. 2023 Jan 10; 11(4):103-13.
19. Hatamian P, Karami J. The moderating roleof social support in predictingtendency

Psychoactive Substance Abuse toward cognitive variables among nurses. Journal of Nursing Education. 2018 Apr 10; 7(1):1-9.
20. Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. Journal of nervous and mental disease. 1986.
21. Hosseinzadeh A, Taghizadeh M E. Mind simulation model; an effective treatment to decreasing dissociative experiences caused by traumatic events in adult with stuttering disorder. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2020; 7 (1):90-102.
22. Olsen SA, Beck JG. The effects of dissociation on information processing for analogue trauma and neutral stimuli: A laboratory study. Journal of anxiety disorders. 2012 Jan 1; 26(1):225-32.
23. Sajadi S.F., Dehghanizadeh Z. A Survey on the Relationship between Alexithymia and Dissociation Experiences with Eating Attitudes in Girl Students of Shahid Chamran University of Ahvaz. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences [Internet]. 2016; 18(5):8-17.
24. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological wellbeing. J Pers Soc Psychol. 2003; 84(4): 822–848.
25. Carlson LE, Brown KW. Validation of the mindful attention awareness scale in a cancer population. J Psychosom Res. 2005; 58(1): 29–33.
26. Ghasemipour Y, Ghorbani N. Mindfulness and basic psychological needs among patients with coronary heart disease. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2010; 16(2): 154-162.
27. Dehshiri Gr, Borjali A, Sheykhi M, Habibi Am. Development and validation of the loneliness scale among the university students. Journal of Psychology, 2008, 12(Autumn): 282-296.
28. Zargar Y, Najarian B, Naami A. Investigating the relationship between personality traits (emotion-seeking, expression, psychological hardiness), religious atitude, and marital satisfaction with educational problems. Journal of Education and Psychology Chamran University. 2008; 3 (1): 99-120.
29. Najavits LM, Walsh M. Dissociation, PTSD, and substance abuse: An empirical study. Journal of Trauma & Dissociation. 2012 Jan 1; 13(1):115-26.
30. Klanecky A, McChargue DE, Bruggeman L. Desire to dissociate: Implications for problematic drinking in college students with childhood or adolescent sexual abuse exposure. The American Journal on Addictions. 2012 May; 21(3):250-6.
31. Polk KL, Schoendorff B, Webster M, Olaz FO. The essential guide to the ACT Matrix: A step-by-step approach to using the ACT Matrix model in clinical practice. New Harbinger Publications; 2016 Jun 1.
32. Asi Kouchesfahani A, baradaran M. The Effectiveness of Mindfulness Training on Cognitive Emotion Regulation, Experiential Avoidance, and Methadone Dose Reduction in Patients under Methadone Treatment. etiadpajohi 2023; 16 (66) :291-310.
33. Sabouri M, Mansouri A. The Relationship between Stressful Events and Psychological Distress in Women with Substance Use Disorder: The Moderating Roles of Resilience and Mindfulness. etiadpajohi 2022; 16 (65) :27-48
34. Soleimani, S., rezaei, A. M., Nazaree, F. The Role of Loneliness in Students' Attitudes towards Drug. Educational Psychology, 2015; 11(35): 67-77.
35. Nikmanesh Z, Kazemi Y, Khosravi M. Role of Feeling of Loneliness and Emotion Regulation Difficulty on Drug Abuse. JCHR 2015; 4 (1):55-64
36. Ingram I, Kelly PJ, Deane FP, Baker AL, Goh MC, Raftery DK, Dingle GA. Loneliness among people with substance use problems: A narrative systematic review. Drug and Alcohol Review. 2020 Jul; 39(5):447-83.