The Effect of Meaning of life on the Relationship between Attitude toward Substance Abuse and Depression

Saeed Mohammad Nia, Ali Mashhadi*

Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

Article Info:

Received: **6 Jan 2018** ***Revised:*** **4 Mar 2018** ***Accepted*****: 11 Mar 2018**

ABSTRACT

Introduction: Today, substance abuse is assumed as a chronic disease. Depression is one of the causes of attitude toward substance abuse in youth. In addition, substance abuse can be a direct result of the lack of meaning in life. There is a negative relationship between the lack of meaning in life and depression. The main goal of this study was to test the role of meaning of life on the relationship between attitude toward substance abuse and depression in students. ***Materials and Methods:*** Method of this study was descriptive-correlational and samples were selected through a random sampling method. ***Results:*** A significant negative relationship has been observed between depression and the meaning in life. Furthermore, there was a significant negative correlation between the meaning of life and the attitude toward substance abuse. The results supported the effect of meaning in life on the relationship between depression and attitude toward substance abuse. ***Conclusion:*** There is a two-way relationship between depression and meaning in life. Depression, due to various causes, lead to reduced meaning in life. In turn, decreased meaning in life leads to feeling of disorientation and subsequently to substance abuse.

Key words:

1. Depression
2. Substance-Related Disorders
3. Chronic Disease

***Corresponding Author:** Ali Mashhadi

E-mail: *mashhadi@um.ac.i*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.29252/shefa.6.3.43]

تأثیر معنای زندگی در رابطهٔ بین نگرش نسبت به مصرف مواد مخدر و افسردگی

سعید محمدنیا، علی مشهدی*

گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۶ دی ۱۳۹۶ **اصلاحیه:** ۱۳ اسفند ۱۳۹۶ **تاریخ پذیرش:** ۲۰ اسفند ۱۳۹۶

چـــــکیده

مقدمه: امروزه سوءمصرف مواد به‌عنوان یک بیماری مزمن مطرح شده است. یکی از علت‌های نگرش نسبت به سوءمصرف مواد در جوانان افسردگی است. علاوه بر این سوءمصرف مواد می‌تواند نتیجهٔ مستقیم فقدان معنا در زندگی باشد. بین افسردگی و فقدان معنا در زندگی یک رابطهٔ منفی وجود دارد. هدف اصلی این مطالعه بررسی نقش معنای زندگی در ارتباط بین نگرش نسبت به سوءمصرف مواد و افسردگی در دانشجویان بود. ***مواد و روش‌ها:*** روش این مطالعه از نوع توصیفی -همبستگی بود و نمونه‌ها از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. ***یافته‌ها:*** بین افسردگی و معنای زندگی رابطهٔ منفی معنی‌داری مشاهده شد. همچنین همبستگی منفی معنی‌داری بین معنای زندگی و نگرش نسبت به سوءمصرف مواد وجود داشت. نتایج حاکی از تأثیر معنای زندگی در ارتباط بین افسردگی و نگرش نسبت به سوءمصرف مواد است. ***نتیجه‌گیری:*** یک ارتباط دو سویه بین افسردگی و معنای زندگی وجود دارد. افسردگی در نتیجهٔ عوامل مختلف منجر به کاهش معنای زندگی می‌شود. به نوبه خود، کاهش معنای زندگی منجر به احساسات مخرب و متعاقباً سوءمصرف مواد می‌گردد.

کلید واژه‌ها:

۱. افسردگی
۲. اختـلالات مرتبـط بـا مـواد
۳. بیماری مزمن

* **نویسنده مسئول:** علی مشهدی

آدرس الکترونیکی: *mashhadi@um.ac.ir*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.29252/shefa.6.3.43]

مقدمه

سوءمصرف مواد مخدر[1] از زیانبارترین پدیده‌های جوامع انسانی در عصر حاضر به شمار می‌رود. امروزه آمار سوءمصرف کنندگان مواد مخدر و تبعات مخرب ناشی از آن در جهان چنان گسترش یافته که باعث به خطر افتادن امنیت اجتماعی همگان شده است. در سراسر جهان تعداد سوءمصرف کنندگان مواد مخدر به ۱۹۰ میلیون نفر می‌رسند و بنا به گفتهٔ معاونت کاهش تقاضا و توسعهٔ مشارکت‌های مردمی ستاد مبارزه با مواد مخدر کشورمان با توجه به نظارت‌های دقیق و بررسی‌های موردی رقم ۲ میلیون و ۸۰۸ هزار نفر به‌عنوان آخرین آمار سوءمصرف کنندگان مواد مخدر اعلام شده است. (۱).

در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (5Th Ed- DSM-5)[2] اصطلاح اختلالات مرتبط با مواد (سوءمصرف مواد مخدر) شامل ۱۱ نشانه شامل مصرف بیش از حد مواد، میل به مصرف، صرف وقت زیاد برای به دست آوردن مواد، عطش شدید برای مصرف، درماندن از ایفای نقش‌ها و وظایف اصلی، تشدید مصرف، رها کردن فعالیت‌های شغلی یا تفریحی و یا کاهش آن‌ها بر اثر مصرف مواد، قرار گرفتن در مخاطره، مشکلات فیزیکی یا روانشناختی، تحمل و ترک می‌باشد (۲).

یکی از اختلالاتی که همایندی[3] بالایی با سوءمصرف مواد دارد افسردگی[4] است. همان گونه که با نگاه به پیشینهٔ پژوهشی می‌توان دریافت، شیوع همایندی سالانهٔ افسردگی و سوءمصرف مواد ۱۵/۵ درصد برآورد شده است (۳).

افسردگی یکی از شایع‌ترین مشکلات حیطهٔ سلامت روان در جهان است (۴) این اختلال با داشتن خلق افسرده در اکثر ساعات روز و تقریباً هر روز، کاهش بارز علاقه یا لذت بردن از همهٔ فعالیت‌ها، کاهش وزن یا اضافه وزن جدی بدون رژیم، بیخوابی یا پرخوابی تقریباً همه روزه، تحریک‌پذیری یا کندی روانی حرکتی تقریباً هر روز، احساس بی ارزشی یا احساس گناه افراطی و نامتناسب، افت توان تمرکز، افکار تکرار شونده در مورد مرگ و اختلال بالینی معنی‌دار در کارکرد اجتماعی و شغلی مشخص می‌گردد (۲).

محققین شیوع افسردگی در بین جوانان را تقریباً به اندازهٔ بزرگسالان و ۱۶ درصد گزارش نموده‌اند؛ که می‌تواند پیامدهایی همچون خودکشی و سوءمصرف مواد را موجب شود و به طور مستقیم و غیرمستقیم هزینه‌های هنگفتی را به جامعه تحمیل نماید (۲) از طرفی دیگر سوءمصرف مواد نیز بر تغییر خلق و خو و رفتار مؤثر بوده و یکی از بارزترین آسیب‌های روانی –اجتماعی است (۵) در دیدگاه رشدی شکاف بزرگی در فهم ارتباط میان سوءمصرف مواد و اختلال افسردگی درجوانان وجود دارد (۶). همانطور که می‌توان با نگاهی به پژوهش‌های گذشته دریافت، در مطالعهٔ این مسأله چهار فرضیهٔ اساسی موجود است. فرضیهٔ اول با عنوان فرضیه خود درمانی بیان می‌کند که مشکل سوءمصرف مواد به عنوان راه حلی برای مشکل افسردگی است. افراد با ابتلا به افسردگی و در نتیجه تجربهٔ علایم افسردگی چون خلق منفی در پی سوءمصرف مواد به‌عنوان راه حلی برای تنظیم نابسامانی‌های خلقی خود بر می‌آیند. اما فرضیهٔ دوم بیان می‌کند که سوءمصرف مواد باعث تغییرات بیولوژیکی شده که در نهایت خطر ابتلا به افسردگی را افزایش می‌دهد. این بار این ارتباط از زاویهٔ اولویت به سوءمصرف مواد به‌عنوان عاملی تسریع کننده در ابتلای افراد به افسردگی اشاره شده است. فرضیهٔ سوم اما به نقش عواملی مشترک در پیدایش این دو اختلال اشاره می‌کند، عواملی چون فشار محیطی و تجربه استرس در فرد که می‌توانند به‌عنوان زمینه‌ساز هر دو اختلال به شمار آیند و در نهایت فرضیهٔ چهارم همایندی این دو اختلال را محور نظر قرار می‌دهد (۷). در راستای تمرکز بر هدف این پژوهش، که بررسی ساز و کارهای دخیل در این ارتباط است، می‌توان به بسیاری از مطالعات اشاره کرد که نشان داده‌اند افسردگی تأثیر منفی بر خروجی درمان اختلال سوءمصرف مواد داشته، خواه سوءمصرف مواد به عنوان همایند افسردگی در نظر گرفته شود (۸، ۹)؛ یا پیامد افسردگی به شمار آید (۱۰). در برخی مطالعات افسردگی یکی از عوامل تأثیرگذار بر پیدایش و شدت اختلال سوءمصرف مواد است (۱۱). حال مسأله اساسی که این پژوهش به دنبال پاسخگویی بدان است مربوط به ساز و کارهای ارتباط دهندهٔ این دو اختلال به یکدیگر می‌باشد؛ به عبارت دیگر سؤال این است که چه متغیری می‌تواند در برقراری این ارتباط تأثیرگذار به شمار آید؟ اگر چه درباره ساز و کارهای دخیل در ارتباط این دو اختلال پژوهش‌های فراوانی شده است اما شواهد اندکی در این ارتباط در دست است (۱۲، ۱۳).

تحقیقات دربارهٔ ارتباط افسردگی و سوءمصرف مواد بسیار مناقشه بر انگیز بوده است، برای مثال میزان علایم افسردگی با سوءمصرف مواد بالاتر (۱۶-۱۴) و پایین‌تر (۱۸، ۱۷) مرتبط بوده است. نگاه به پژوهش‌های گذشته نشان خواهد داد که تفاوت نتایج ممکن است حاصل ویژگی‌های تحقیقات گذشته همچون نمونه‌گیری (بالینی یا نرمال)، طرح تحقیق (مقطعی یا طولی)، تجانس و اندازهٔ کافی نمونه جهت آزمون میانجی‌های ارتباط باشند. در حالی که در ارتباط میان دو متغیر

[1] Substance abuse
[2] Diagnosic of ststidtical manual of mental disorder
[3] Comorbidity
[4] Depression

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-02]
[DOI: 10.29252/shefa.6.3.43]

میانجی‌ها بسیار حائز اهمیت هستند، چرا که آن‌ها می‌توانند زیر گروه‌هایی را شناسایی کنند که برای درمان مناسب یا نامناسب خواهند بود (۱۹).

در این زمینه توجه به پیشینهٔ پژوهشی نقش متغیر معنای زندگی را به‌عنوان میانجی ارتباط افسردگی و سوءمصرف مواد برجسته می‌کند. از یک سو فقدان معنای زندگی می‌تواند ناشی از کاهش فعالیت‌های معنی‌دار و سوگیری‌های شناختی باشد که دو نشانهٔ آشکار افسردگی به شمار می‌آیند. از دیگر سو طبق تحقیقات ملتون و شولنبرگ[5] نبود معنا در زندگی از طریق افزایش ملال و حساسیت به فشارهای اجتماعی احتمال سوءمصرف مواد را افزایش می‌دهد (۲۰).

یالوم پیشنهاد می‌کند که معنای زندگی، اعتقاد به جهان در یک الگوی هدفمند است که می‌تواند از مذهب یا معنویت سرچشمه بگیرد (۲۱). ریکر مفاهیم متعدد را تلفیق نموده و احساس هدفمندی (وجود اهداف لذت‌بخش و مهم در حوزه‌های مختلف زندگی) و انسجام (پیوستگی و تطابق حوزه‌های مختلف هدف‌گذاری شده) را معنای زندگی معرفی می‌کند (۲۲).

افسردگی با کاهش مشارکت فعال افراد در امور لذت‌بخش به فقدان معنای زندگی می‌انجامد. در این زمینه توجه به نظر سالواتور مادی[6] دربارهٔ نوروز وجودی راه گشاست؛ وی نوروز وجودی را اینگونه تعریف می‌کند: کسالت، بی معنایی، بی حسی و بی هدفی. همانطور که مشاهده می‌گردد تمایز آن از افسردگی دشوار است. مادی سپس تأکید می‌کند که غلبه بر نوروز وجودی و دستیابی به معنای زندگی از راه به دست گرفتن تصمیمات ممکن خواهد شد. در راه تسلط بر زندگی و اضطراب‌های آن مادی مفهوم پایمردی را معرفی می‌کند، مفهومی که ترکیبی است از درگیر شدن، کنترل کردن و چالش داشتن با اتفاقات برای رسیدن به معنای زندگی. افراد افسرده از فعالیت‌های مهم زندگی دوری می‌کنند و انجام امور را به تعویق می‌اندازند. اهمیت انجام اعمال هدفمند و نقشی که آن‌ها در معنای زندگی دارند در رویکردهای عمل محور روشن‌تر خواهد شد. رویکردهای عمل محور در روانشناسی معنای زندگی را در چهارچوب نظامی از فعالیت مبتنی بر یک برنامه و منتهی بر یک هدف تعریف می‌کنند. در این زمینه تومازسکی[7] فعالیت را ساختار معنا بخشی تعریف می‌کند که به کلیت زندگی فرد نظم می‌بخشد. بنابراین اینکه ما در چهارچوب مبتنی بر اهداف دست به فعالیت بزنیم به زندگیمان معنا خواهد داد (۲۳). اما افراد افسرده علاوه بر دست کشیدن از فعالیت‌ها دست به گریبان مشکل دیگری نیز برای معنای زندگی هستند. سوراجاکول و همکاران بیان می‌کنند افراد افسرده میل شدیدی به معنا کردن تجربه‌شان از افسردگی دارند (۲۴). آن‌ها می خواهند بدانند چرا باید این چنین تجربه‌ای را از سر می‌گذراندند و نیاز دارند دریابند که این رنج بیهوده نبوده است و اینکه هدفی در آن وجود داشته است اما طبق نظر هیکس و کینگ عاطفهٔ منفی ناشی از افسردگی و تحریف‌های شناختی حاصل از آن باعث محدودکردن دید فرد در ارزیابی زندگیش و در نهایت به کاهش معنای زندگی او منجر خواهد شد. سردرگمی و کاهش معنا در زندگی، نشان‌دهندهٔ نزول حس ارزشمند بودن زندگی و بیانگر این عقیده است که زندگی یک تجربهٔ منفی است. در این حالت مشوقی برای پیگیری اهداف مهم وجود ندارد و حتی افراد دچار سردرگمی در مورد خود و زندگی هستند. در این وضعیت گرایش به سوءمصرف مواد می‌تواند یک انتخاب برای تسکین هیجانات منفی و یا یک اجبار در نتیجهٔ فشارهای محیطی باشد.

فرانکل معتقد بود که نبود معنا و خلاء وجودی همراه با تعارضات ثابت زندگی می‌تواند به سوءمصرف مواد به‌عنوان یک منبع تسکین منجر شود (۲۵). نبود معنا در زندگی و یا خلاء وجودی حاصل دو عامل است؛ نخست اینکه بشر پس از تکامل و جدایی از حیوانات پست‌تر، سائقه‌ها و غرایزی که رفتار حیوانی او را جهت می‌بخشید و هدایت می‌کرد و ضمناً حافظ او نیز بود از دست داد و انسان مجبور شد که فعالانه به انتخاب آنچه انجام می‌دهد بپردازد. دیگر اینکه آداب و سنن و ارزش‌های قالبی رفتار او را هدایت نمی‌کند. این خلاء وجودی اغلب به شکل ملالت و بی حوصلگی پیوسته خودنمایی می‌کند، این مطالب منطبق بر گفتهٔ شوپنهاور است که: «بشر محکوم ابدی کشمکش میان دو قطب متضاد پریشانی و اضطراب از یک سو و اندوه و ملال از سوی دیگرست». تنها شمار معدودی را که دست به خودکشی می‌زنند، نباید از قربانیان این خلاء وجودی به حساب آورد، بلکه پدیده‌های بسیاری از جمله مصرف مواد در جوانان نیز از عواقب همین احساس نامطبوع هستند (۲۶).

سوءمصرف کنندگان مواد افرادی هستند که به دلیل خلاء وجودی ناخشنودی را تجربه می‌کنند و برای مقابله با ناخشنودی و تسکین دردهای هیجانی به مواد روی می‌آورند. این گرایش به مصرف مواد در سه سطح شناختی (تغییر نگرش افراد در مورد مصرف مواد)، عاطفی (تغییر احساس افراد در مورد موقعیت‌های مرتبط با مصرف مواد) و رفتاری (مشارکت در فعالیت‌های منتهی به مصرف مواد) رخ می‌دهد. اما این شکل رفتار غیر انطباقی است، چون مواد سازوکار مقابلهٔ کوتاه‌مدت است و ریشهٔ ناخشنودی یعنی فقدان معنا در زندگی را به فرد نشان نمی‌دهد (۲۲).

با توجه به شواهد ذکر شده و اهمیت پژوهش در زمینهٔ ارتباط میان این متغیرهای کلیدی هدف پژوهش حاضر

[5] Melton and Schulenberg
[6] Salvatore Maddi
[7] Tomaszewski

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-02]
[DOI: 10.29252/shefa.6.3.43]

بررسی نقش میانجی احساس معنا در زندگی در رابطهٔ میان افسردگی و نگرش نسبت به مصرف مواد می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی -همبستگی و مدل‌یابی معادلات ساختاری است.

آزمودنی‌ها: جامعهٔ آماری را دانشجویان دانشگاه شیراز تشکیل می‌دادند. ۲۶۰ دانشجو از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. انتخاب حجم نمونه با توجه به مقدار حداقل برای پژوهش‌های رابطه‌ای و اضافه شدن حداقل ۳۰ نمونه برای هر متغیر است. بدین گونه که از بین دانشکده‌ها به تصادف سه دانشکده و در مرحلهٔ بعد کلاس‌هایی از این دانشکده‌ها به تصادف انتخاب شدند. ۲۶۰ پرسشنامه توزیع گردید و پژوهشگر بعد از به اطلاع رساندن موضوع تحقیق در صورت رضایت آزمودنی‌ها جهت همکاری، توضیحات لازم را راجع به نحوهٔ تکمیل پرسشنامه‌ها ارائه می‌داد. همچنین پژوهشگر به آزمودنی‌ها اطمینان می‌داد که نتایج پرسشنامه‌ها تنها برای این پژوهش به کار می‌رود و اطمینان داده شد که پاسخ‌های آزمودنی محرمانه باقی خواهد ماند و همچنین نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی در پرسشنامه نیست. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از نسخهٔ ۲۱ نرم‌افزار SPSS و نسخهٔ ۲۰ نرم‌افزار AMOS تحلیل شده و با روش مدلسازی معادلات ساختاری مورد برازش قرار گرفت.

ابزار

پرسشنامهٔ جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه از تعدادی سؤال تشکیل می‌شد که متغیرهایی چون سن، جنس، وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی و رشتهٔ تحصیلی را می‌سنجید.

پرسشنامهٔ افسردگی بک (فرم کوتاه)[8]: آزمون افسردگی بک یکی از متداول ترین مقیاس‌های افسردگی است که توسط آرون بک و همکارانش در سال ۱۹۶۱ منتشر شد و دارای دو فرم بلند و کوتاه است که فرم بلند دارای ۲۱ ماده و فرم کوتاه از ۱۳ ماده تشکیل می‌شود (۲۷). در این پژوهش از مقیاس ۱۳ سؤالی استفاده شده است. عبارات این پرسشنامه با چهار حالت بود که بر اساس پاسخ نمرات ۱-۲-۳-۴ امتیازدهی شد و در نهایت از ۰ تا ۵۲ امکان کسب نمره بود. در هنجاریابی ایرانی ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برای این فرم به دست آمده است (۲۸).

پرسشنامهٔ نگرش به مواد: این آزمون ۳۲ سؤالی است. این ابزار خود گزارش‌دهی توسط نظری ساخته شده است و به صورت لیکرتی نمره‌گذاری می‌شود و در مورد ماده‌های مساعد یا نگرش مثبت به اعتیاد به هر یک از پاسخ‌های "کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم" به ترتیب نمره‌های ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ داده می‌شود و در مورد ماده‌های نامساعد یا نگرش منفی به اعتیاد، نمره‌گذاری به‌ترتیب معکوس انجام می‌شود. بنابراین دامنهٔ نمرات فرد در این پرسشنامه بین ۳۲ تا ۱۶۰ در نوسان خواهد بود و کسب نمرهٔ بالاتر نشانگر نگرش مساعد و مطلوب نسبت به اعتیاد و مصرف مواد مخدر است. اعتبار صوری و محتوایی و همچنین پایایی فرم موازی و همسانی درونی این مقیاس مطلوب گزارش شده است. علاوه بر آن میزان همسانی درونی این آزمون توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد که از نظر معیارهای روانسنجی مورد تأیید می‌باشد (۲۹).

گویه‌های نگرش منفی (۱-۴-۶-۸-۱۱-۲۱-۲۶-۲۸-۲۹-۳۱-۳۲) هستند که برعکس نمره‌گذاری می‌شود. این آزمون شامل سه زیر مقیاس شناختی (۲-۷-۹-۱۲-۱۴-۱۵-۱۶-۱۸-۱۹-۲۰-۲۱-۲۲-۲۷)، عاطفی (۴-۶-۱۰-۲۹-۳۰-۳۲) و رفتاری (۱-۳-۵-۸-۱۱-۱۳-۱۷-۲۳-۲۴-۲۵-۲۶-۲۸-۳۱) است.

پرسشنامهٔ معنای زندگی (PMI)[9]: این آزمون ۱۶ سؤالی بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) بر اساس جمع ابعاد انسجام و هدف مشتق از نسخهٔ ۴۸ سؤالی تجدید نظر شدهٔ نگرش چند بعدی به زندگی تنظیم شده است. نمره‌گذاری همهٔ ماده‌ها به صورت مستقیم، کاملاً موافقم نمرهٔ ۷ و کاملاً مخالفم نمرهٔ ۱ می‌باشد. جمع نمرات از ۱۶ تا ۱۱۲ می‌باشد که نمرات بالاتر نشان‌دهندهٔ احساس قوی از دارا بودن اهداف دست یافتنی، داشتن برنامه‌ای در زندگی، احساس جهت‌دار بودن، احساس زندگی با علت و در کل فهمی به طور منطقی پیوسته از خود، دیگران و زندگی داشتن است. پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و به روش بازآزمایی به فاصلهٔ ۴ تا ۶ هفته ۰/۹۰ به دست آمده است. همچنین این مقیاس به طور معنی‌داری با تعدادی متغیر مربوطه همچون بهزیستی جسمانی و روانشناختی، سلامت جسمانی، یکپارچگی خود، کنترل درونی، رضایت از زندگی، ارزش‌های متعالی و نبود حس افسردگی همبسته بوده است (۳۰).

یافته‌ها

از ۲۶۰ نفر نمونهٔ پژوهش، تعداد ۱۸۲ نفر زن (معادل ۷۰ درصد) و ۷۸ نفر مرد معادل (۳۰ درصد) بودند. ۲ نفر وضعیت تحصیلی خود را بیان نکردند (معادل ۰/۸ درصد) ۴ نفر دیپلم (۱/۵ درصد) ۲۳۸ نفر مقطع لیسانس (معادل ۹۱/۵ درصد) ۱۶ نفر مقطع فوق لیسانس (۶/۲ درصد) بودند. ۲۱۳ نفر مجرد (معادل ۸۱/۹ درصد) و ۴۵ نفر متاهل (معادل ۱۷/۳ درصد) و ۲ نفر مطلقه (معادل ۰/۰۸ درصد) بودند. همهٔ شرکت‌کننده‌ها در بازهٔ سنی ۲۰ تا ۳۰ سال بودند.

در گام بعدی در جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و همبستگی درونی بین متغیرهای پژوهش بیان شده است.

[8] Beck depression short inventory (BDI-S)
[9] Personal meaning index

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-02]
[DOI: 10.29252/shefa.6.3.43]

چنانکه در جدول ۱ مشاهده می‌شود هر سه متغیر افسردگی، معنای زندگی و نگرش به مواد دارای همبستگی معنی‌دار با یکدیگرند. در ادامهٔ ارائهٔ نتایج تحلیل داده‌ها، با توجه به پیشینهٔ پژوهشی ذکر شده در بالا مدل فرضی پژوهش مبنی میانجی‌گری احساس معنا در زندگی در ارتباط میان شدت افسردگی و گرایش به مصرف و مواد ترسیم (تصویر ۱) و در جهت روشن شدن معنی‌داری مسیرهای ترسیم شده ضرایب مسیرهای مستقیم میان متغیرها در جدول ۲ نشان داده شده است.

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است ضرایب استاندارد افسردگی به معنا ۰/۱۶-، معنا به بعد نگرش ۰/۱۸- است. بدین معنا که افسردگی از طریق معنای زندگی پیش‌بینی کنندهٔ معنادار نگرش به مصرف مواد بود. نتایج حاصل از روابط واسطه‌ای نیز در جدول ۳ نشان داده شده است.

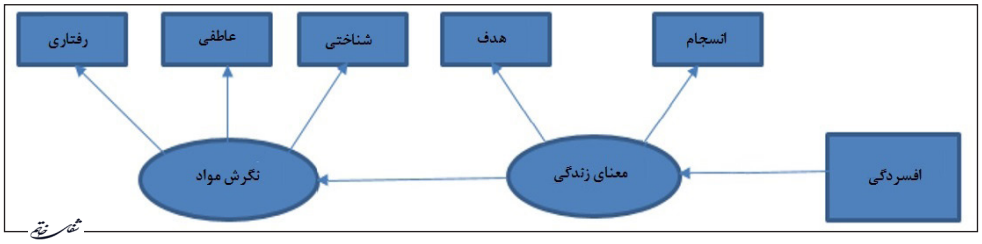
سؤال اساسی که این پژوهش به دنبال آن است، مربوط به اندازهٔ اثر غیرمستقیم افسردگی بر نگرش به مواد از طریق میانجی‌گری معنای زندگی است. اندازهٔ اثر غیرمستقیم افسردگی بر نگرش ۰/۴۱ است. این اثر غیرمستقیم در سطح ۰/۰۶ معنی‌دار بودند که گویای نقش میانجی‌گری معنای زندگی است.

جهت آزمودن همزمان روابط مفروض بین متغییرهای پژوهش از روش الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد. با استفاده از نرم‌افزار AMOUS21، مدل ترسیم و داده‌ها وارد نرم‌افزار گردید. همانطور که در تصویر ۱ مشاهده می‌گردد متغیرهای افسردگی، هدف، انسجام (ابعاد معنای زندگی)، شناختی، عاطفی و رفتاری (ابعاد نگرش به مصرف مواد) به‌عنوان متغییرهای مشاهده شده وارد مدل شده و متغیرهای معنای زندگی و نگرش به مصرف مواد مخدر به‌عنوان متغیرهای مکنون وارد مدل شده‌اند.

برای بررسی برازش مدل پیشنهادی از شاخص‌های نیکویی برازش استفاده می‌کنیم. رایج‌ترین این شاخص‌ها، شاخص احتمالی آمارهٔ مجذور خی است که اهمیت اختلاف بین مدل برازش شده و ماتریس

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار و همبستگی درونی بین متغیرهای پژوهش.

ردیف	متغیر پژوهشی	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵
۱	افسردگی	۴۶/۸۲	۸/۵۶	-				
۲	معنای زندگی	۸۰/۰۴	۱۷/۳۵	۰/۴۴-	-			
۳	نگرش نسبت به مصرف مواد	۵۹/۶۹	۱۸/۷۳	۰/۱۵۹	۰/۱۸۵-	-		



تصویر ۱- مدل رابطهٔ بین افسردگی، معنای زندگی و نگرش نسبت به مواد.

جدول ۲- ضرایب ساختاری داده‌ها.

مسیر	افسردگی به معنا	معنا به بعد نگرش
برآورد غیراستاندارد	۰/۱۹-	۰/۱۷-
برآورد استاندارد	۰/۱۶-	۰/۱۸-
خطای معیار	۰/۰۷	۰/۰۶
نسبت بحرانی	۲/۷۲-	۲/۹۱-
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۷	۰/۰۰۴

جدول ۳- اثر غیرمستقیم افسردگی با میانجی‌گری معنای زندگی بر نگرش نسبت به مواد مخدر.

مسیر	اثر غیرمستقیم	سطح معنی‌داری
افسردگی ← معنا ← نگرش	۰/۰۴۱	۰/۰۰۶

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-02]
[DOI: 10.29252/shefa.6.3.43]

کوواریانس ناشی از نمونهٔ مشاهده شده را بیان می‌دارد. بنابراین آن مجذور خی که به لحاظ آماری معنی‌دار نیست نشان می‌دهد که مدل دقیقاً معرف و نمایندهٔ داده‌های مشاهده شده نمی‌باشد. نکتهٔ مهم این است که همانند سایر آزمون‌های استنباطی، اختلاف کایسکور متأثر از حجم نمونه است. بنابراین زمانی که حجم نمونه زیاد باشد، احتمالاً اختلاف کمی بین مدل برازش شده و ماتریس کوواریانس ناشی از نمونهٔ مشاهده شده خواهد بود که به طور نسبی برازش خوبی را نشان می‌دهد. به همین منظور، پژوهشگران جهت ارزیابی نیکویی برازش از چندین شاخص ارزیابی استفاده می‌کنند که عبارتند از شاخص نیکویی برازش (GFI)[10]، شاخص نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI)[11] و شاخص برازش استاندارد (NFI)[12]. اساساً مقادیر این شاخص‌ها متأثر از عوامل بیرونی و نامعلوم (مانند حجم نمونه و تعداد گویه‌ها ومعرف‌ها) می‌باشند تا اینکه ناشی از نقص در برازش مدل باشند. یعنی، اگر در تحلیل برازش مناسبی وجود ندارد، به علت عوامل بیرونی است و ماهیت مدل مسبب آن نیست. در مقابل شاخص‌های برازش مانند شاخص برازش اینکری منتال (IFI)[13]، شاخص تطبیقی برازش (CFI)[14] و ریشهٔ میانگین مجذور برآورد خطای تقریب (RMSEA)[15] کمتر تحت تأثیر عوامل مزاحم و بیرونی قرار می‌گیرند و نتیجهٔ به دست آمده بیشتر مبین نقص در برازش مدل است؛ یعنی، اگر در تحلیل برازش مناسبی وجود ندارد، به علت ماهیت مدل آن است وکمتر تحت تأثیر عوامل مزاحم و بیرونی است (۳۱).

برازش الگوهای پیشنهادی پژوهش در جدول ۴ نشان داده شده است .همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، شاخص‌های برازندگی به دست آمده نشان می‌دهد الگوهای پیشنهادی پژوهش از برازش خوبی برخوردار می‌باشند. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد مدل میانجی‌گری معنای زندگی در رابطهٔ میان افسردگی و نگرش به مصرف مواد از برازش بسیار خوبی برخوردار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطهٔ نگرش نسبت به مصرف مواد مخدر و افسردگی با میانجی‌گری معنای زندگی بود. بر اساس اولین یافتهٔ پژوهش حاضر بین افسردگی و معنای زندگی رابطهٔ منفی و معنی‌داری به دست آمد. این یافته‌ها با یافته‌های گزارش شده توسط پژوهشگران دیگر همسویی دارد (۲۶، ۲۳).

در تبیین این یافتهٔ پژوهشی می‌توان به عوارض تجربهٔ افسردگی اشاره کرد. همانطور که پژوهش (۲۴) نیز نشان داد، افسردگی باعث شده است که شرکت‌کنندگان در پژوهش از مشارکت فعال در هدف‌های لذت‌بخش کنار بکشند. و در واقع افسردگی با محدود کردن فعالیت‌های فرد به پیگیری اهداف و معنای حاصل از انسجام آن‌ها در زندگی فرد لطمه وارد می‌آورد. همچنین در این پژوهش بیان شده است که افسردگی یک عامل مهم در افزایش دادن سؤالات مربوط به معنای زندگی در این افراد شده است (۲۵). سؤالاتی که با توجه به محدودیت‌های شناختی فرد افسرده به درستی پاسخ داده نمی‌شوند و به فقدان هدفمندی و انسجام فرد می‌انجامند.

از دیگر سو همچنین می‌توان به دیگر یافتهٔ این پژوهش اشاره کرد که بین معنای زندگی و هر سه زیر مقیاس نگرش به اعتیاد (شناختی، عاطفی و رفتاری) رابطه‌ای منفی و معنی‌داری به دست آمد. این یافته همسو با پژوهش‌های (۳۳، ۳۲، ۲۵) است که نشان داد افرادی که سوءمصرف دارو دارند به طور معنی‌داری سطح پایینی از معنا در زندگی در مقایسه با افراد عادی دارند. در تبیین این یافته می‌توان به پژوهش (۳۴) اشاره کرد که نشان داد تغییر نگرش افراد در سطح باورها، مثبت شدن احساس آن‌ها نسبت به مصرف مواد و مشارکت مصرف داروهای مخدر در واقع تلاش‌ها برای کاهش تنش روانشناختی ناشی از احساس بی‌معنایی است. این پژوهش پیشنهاد می‌کند که برنامهٔ جلوگیری و توقف گرایش به مواد در ابعاد شناختی، رفتاری و هیجانی باید شامل اجزایی باشد جهت کمک به افراد برای پیدا کردن اهداف و انسجام رضایت‌بخش در تجارب روزانه‌شان را شامل شود (۳۳). چرا که طبق دیدگاه وجودی در روانشناسی، افرادی بهتر می‌توانند با موقعیت‌ها کنار آیند که به دنبال یافتن معنی در اهداف بوده و در هر موقعیتی بر اساس چهارچوب درونی و منسجم، معنا را استنباط کنند (۳۵). از دیگر سو پژوهش (۳۶) نشان داد، زیر مؤلفه‌های معنویت همچون معنایابی در زندگی، پیش‌بینی کنندهٔ سطح کیفیت زندگی در معتادان گمنام است. این مؤلفه‌ها رابطهٔ مثبت با کیفیت زندگی در افراد معتاد دارد. در مجموع می‌توان گفت که یافته‌های پژوهش از این نظریهٔ فرانکل که فقدان معنا در زندگی می‌تواند منجر به سوءمصرف دارو شود، حمایت می‌کنند (۲۵).

جدول۴ – نتایج حاصل از الگویابی معادلات ساختاری.

ردیف		X^2	RMSEA	GFI	AGFI	IFI	CFI	NFI
۱	مدل مفروض	۲/۴۳	۰/۰۸	۰/۹۶	۰/۹۰	۰/۹۸	۰/۹۷	۰/۹۶

[10] Goodness of fit index
[11] Adjusted goodness of fit index
[12] Normed fit index
[13] Incremental fit index
[14] Comparative fit index
[15] Root mean square error of approximation

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-02]
[DOI: 10.29252/shefa.6.3.43]

اما به‌عنوان یافتهٔ کلی، این پژوهش از نقش واسطهٔ معنا در زندگی در ارتباط بین افسردگی و نگرش نسبت به مصرف مواد حمایت کرد. این متغیر واسطه به روشن شدن چگونگی همایندی بالای این دو اختلال کمک خواهد کرد. ابتدا باید توجه کرد که ارتباط میان افسردگی و معنای زندگی دو سویه است. به عبارتی در کنار این نگاه که نبود معنا در زندگی به بروز علایم افسردگی می‌انجامد ابتلا فرد به افسردگی به علل مختلف دیگر نیز در ادامه به کاهش معنای زندگی شخصی فرد می‌انجامد؛ که با توجه به تعریف ریکر (۳۰) از معنای شخصی زندگی که در این پژوهش به‌عنوان سازهٔ میانجی استفاده شد؛ به احساس ضعیفی از دارا بودن اهداف دست یافتنی، نداشتن برنامه‌ای در زندگی، احساس بی جهت بودن، احساس زندگی بدون علت مشخص و در کل باعث نبود فهمی به طور منطقی و پیوسته از خود، دیگران و زندگی می‌انجامد و از این طریق به روی آوردن فرد به مصرف مواد جهت کاهش احساسات منفی می‌انجامد. این یافته همسو با یافتهٔ هیکس و کینگ[16] (۳۷) است که عنوان می‌کنند افراد در پاسخ به سؤال‌هایی دربارهٔ معنای زندگی‌شان بر اساس وضعیت عاطفی و خلقشان دست به ارزیابی خود زده و معنای زندگی خود را بیان می‌کنند. در حقیقت خلق و به تبع آن وضعیت شناختی آن‌ها در بکارگیری چهارچوب وسیع در ارزیابی افراد از معنای زندگی‌شان تأثیر بسزایی دارد. این محققان بیان می‌کنند که در وضعیت خلقی مثبت بیشتر محتمل است که افراد جنگل را به جای درختان ببینند!

یافته‌های این پژوهش از اهمیت نقش معنای زندگی در ارتباط میان افسردگی و سوءمصرف مواد حمایت می‌کند. به‌عنوان پیشنهاد پژوهشی می‌توان گفت کاهش معنای شخصی به‌عنوان یکی از عوارض افسردگی به‌ویژه در نوجوانان و جوانان باید مورد توجه قرار گیرد چرا که می‌توان ریشهٔ رفتارهای آسیب‌زایی چون مصرف مواد را در احساس بی هدف بودن این افراد دانست. همچنین همسو با پژوهش (۳۳) برنامهٔ پیشگیری و درمان رفتارهای اعتیادآور باید شامل اجزایی برای کمک به افراد برای پیدا کردن اهداف و معنای زندگی رضایت‌بخش در تجارب روزانه‌شان باشد.

به‌عنوان محدودیت پژوهش حاضر می‌توان به این نکات اشاره کرد که جهت سنجش متغیرهای تحت بررسی در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های خودگزارشی استفاده گردید و این امکان وجود دارد که پاسخ‌های افراد به این سؤالات تحت تأثیر انگیزه‌ها، سطح تحصیلات و سوگیری پسندیدگی اجتماعی[17] قرار داشته باشد. همچنین طرح مطالعهٔ حاضر از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری است که قادر به اثبات علت نمی‌باشد و در این خصوص باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

منابع

1. Afshar.P. Latest statistics of addicts. http://www.ilna.ir

2. Barlow DH, Durand VM. Abnormal psychology: an integrative approach 7nd ed. New York: Cengage Learning US. 2014.

3. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Arch Gen Psychiatry. 2004; 61(8): 807-16.

4. Mohamadi A, Borjali A, Eskandari H, Delavar A. Clinical efficacy of depression inventory in detection of depression in children and adolescents. J Clin Psychol. 2010; 2(1): 1-8.

5. Chodaghai F, Neshatdoost H, Kalantari M, Jilamali Sh. Effectiveness of group training on cognitive-behavioral stress management on anxiety and depression in people with substance abuse under methadone maintenance treatment. J Clin Psychol. 2012; 4(16). 41-51.

6. Volkow ND. The reality of comorbidity: depression and drug abuse. Biol Psychiatry. 2004; 56(10): 714-7.

7. Libby AM, Orton HD, Stover SK, Riggs PD. What came first, major depression or substance use disorder? clinical characteristics and substance use comparing teens in a treatment cohort. Addict Behav. 2005; 30(9): 1649-62.

8. Burns L, Teesson M, O'Neill K. The impact of comorbid anxiety and depression on alcohol treatment outcomes. Addiction. 2005; 100(6): 787-96.

9. Glasner-Edwards S, Marinelli-Casey P, Hillhouse M, Ang A, Mooney LJ, Rawson R. Depression among methamphetamine users: association with outcomes from the methamphetamine treatment project at 3-year follow-up. J Nerv Ment Dis. 2009; 197(4): 225-31.

10. Dodge R, Sindelar J, Sinha R. The role of depression symptoms in predicting drug abstinence in outpatient substance abuse treatment. J Subst Abuse Treat. 2005; 28(2): 189-96.

11. Worley MJ, Trim RS, Roesch SC, Mrnak-Meyer J, Tate SR, Brown SA. Comorbid depression and

[16] Hicks and King
[17] Social desirability bias

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.29252/shefa.6.3.43]

substance use disorder: Longitudinal associations between symptoms in a controlled trial. J Subst Abuse Treat. 2012; 43(3): 291-302.

12. Chinet L, Plancherel B, Bolognini M, Bernard M, Laget J, Daniele G, et al. Substance use and depression. Comparative course in adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2006; 15(3): 149-55.

13. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Exploring the association between cannabis use and depression. Addiction. 2003; 98(11): 1493-504.

14. Carrieri MP, Rey D, Loundou A, Lepeu G, Sobel A, Obadia Y. Evaluation of buprenorphine maintenance treatment in a French cohort of HIV-infected injecting drug users. Drug Alcohol Depend. 2003; 72(1): 13-21.

15. Havard A, Teesson M, Darke S, Ross J. Depression among heroin users: 12-month outcomes from the Australian treatment outcome study (ATOS). J Subst Abuse Treat. 2006; 30(4): 355-62.

16. Knowlton A, Latkin C, Schroeder J, Hoover D, Ensminger M, Celentano D. Longitudinal predictors of depressive symptoms among low income injection drug users. AIDS Care. 2001; 13(5): 549-59.

17. Rao SR, Broome KM, Simpson DD. Depression and hostility as predictors of long-term outcomes among opiate users. Addiction. 2004; 99(5): 579-89.

18. Schottenfeld RS, Pakes JR, Kosten TR. Prognostic factors in buprenorphine-versus methadone-maintained patients. J Nerv Ment Dis. 1998; 186(1): 35-43.

19. Conner KR, Pinquart M, Duberstein PR. Meta-analysis of depression and substance use and impairment among intravenous drug users (IDUs). Addiction. 2008; 103(4): 524-34.

20. Melton AM, Schulenberg SE. On the relationship between meaning in life and boredom proneness: Examining a logotherapy postulate. Psychol Rep. 2007; 101(2-3): 1016-22.

21. Yalom ID. Existential Psychotherapy. 1st ed. Basic Books. 1980. p. 544.

22. Reker GT, Wong PTP. Aging as an Individual process: toward a theory of personal meaning. Birren JE, Bengston VL. Emergent theorics of aging. New York: Sprinier Publishing Compony. 1988. 214-46.

23. Auhagen AE. On the psychology of meaning of life. Swiss J Psychol. 2000; 59(1): 34-48.

24. Sorajjakool S, Aja V, Chilson B, Ramírez-Johnson J, Earll A. Disconnection, depression, and spirituality: A study of the role of spirituality and meaning in the lives of individuals with severe depression. Pastoral Psychol. 2008; 56(5): 521-32.

25. Frankl V. The unheard cry for meaning. New York: Simon & Schuster. 1978.

26. Nelson-Jones R. Theory and practice of counselling and therapy. 5th ed. SAGE Publications Ltd. 2010. p. 512.

27. Beck AT. Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Hoeber Medical Division, Harper & Row. 1967.

28. Rajabi Gh. Psychometric properties of short form subjects of beck depression inventory. Developmentl Psychology. Iranian Psychologists. 2005; 4: 291-8.

29. Nazari M. The role of propaganda in changing the attitudes of students in Tehran's 16th district toward addiction. MS Thesis. University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare. 1999.

30. Reker GT. Meaning in life of young, middle-aged, and older adults: factorial validity, age, and gender invariance of the Personal Meaning Index (PMI). Pers Individ Dif. 2005; 38(1): 71-85.

31. Bentler PM. Comparative fit indexes in structural model. Psychol Bull. 1990; 107(2): 238-46.

32. Konkolÿ Thege B, Martos T, Skrabski Á, Kopp M. A Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív élet értelmességét mérő alskálájának (BSCI-LM) pszichometriai jellemzői. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika. 2008; 9(3): 243-61.

33. Gyamerah J, Lantz J. Meaning, technology, and smoking cessation. International Forum for Logotherapy. 2002; 25(2): 83-8.

34. Konkolÿ Thege B. Die beziehung zwischen exis tenzieller frustration undgesundheitsschädlichem verhalten. Existenzanalyse. 2006; 23(1): 68-72.

35. Tse S, Lioyd Ch, Petchovsky L, Mania W. Exaploration of Australian & New Zland indigenous people's spirituality and mental health. Australian Occupational Therapy Journal. 2005; 52 (3): 181-7.

36. Beygi A. Spiritual flourishing, religious social activities and quality of life in anonymous addicts. Journal of Knowledge and Health. 2011; 6(2): 6-12.

37. Hicks JA, King LA. Meaning in life and seeing the big picture: positive affect and global focus. Cognition and Emotion. 2007; 21(7): 1577-84.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.29252/shefa.6.3.43]