

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

روزنامه علمی

فصلنامه علمی - تخصصی پویش، انجمن علمی مشاوره دانشگاه محقق اردبیلی
سال اول، شماره اول، پاییز و زمستان ۱۳۹۶

صاحب امتیاز:

انجمن علمی مشاوره

مدیر مسئول:

نسیم محمدی

سر دبیر:

مجید زارعی

دستیار سر دبیر:

سیده مرضیه علوی مجدر

ویراستار:

امیر خلیل زاده

استاد مشاور انجمن علمی مشاوره:

دکتر احمد رضا کیانی

طراحی جلد و صفحه آرایی:

فرهاد ماجد

چاپ:

پارسا

ارتباط با سر دبیر: ۰۹۳۵۱۰۱۳۰۰۱ / وبلاگ: acum.blogfa.com

فهرست

- اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر کنترل هیجان و افکار خودکشی در جانبازان مبتلا به PTSD* ۱
- پیش‌بینی پرخاشگری نوجوانان بزه‌کار بر اساس راهبردهای حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی
علی شیخ الاسلامی، الهام اسدالهی، نسیم محمدی ۱۹
- مقایسه سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و باورهای دینی در زنان معتاد و عادی شهر ارومیه
اسماعیل صدری دمیرچی، نسیم محمدی ۴۰
- نقش تاب‌آوری خانواده و ذهن آگاهی در آمادگی اعتیاد دانشجویان
سعید جلیلی نیکو، دکتر شیرعلی خرامین، رضا قاسمی جوینه، زینب محمد علی پور ۶۰
- مقایسه سلامت معنوی، سرسختی خانواده و رضایت‌مندی از خانواده در افراد معتاد و غیر معتاد
فرشاد محسن زاده، شهریار درگاهی، رضا قاسمی جوینه، سعید جلیلی نیکو ۷۷
- بررسی نقش واسطه‌ای تنظیم هیجانی در رابطه بین احساس تنهایی با تاب‌آوری
مجید زارعی، سعدی عبدالملکی، مرضیه علوی معجر ۹۴
- بررسی رابطه‌ی خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با آمادگی به اعتیاد در سربازان خدمت وظیفه
اسماعیل صدری دمیرچی، نسیم محمدی ۱۱۷

سخن سردبیر

ای خدای پاک و بی انباز و یار دست گیر و جرم ما را درگذر (مولوی)

انسان‌ها در فراز و نشیب‌های تاریخ همیشه از دردها و آسیب‌های اجتماعی بسیاری رنج برده‌اند و همواره در جستجوی یافتن علل و انگیزه‌های آنها بوده‌اند تا راه‌ها و شیوه‌هایی برای پیشگیری و درمان آنها بیابند. از مجموعه این آگاهی‌ها و تجربه‌ها و آموخته‌ها، توانسته‌اند زمینه مطالعاتی و رشته‌های مختلفی را برای تبیین بی‌هنجاری‌ها و نابسامانی‌های زندگی اجتماعی پی ریزی کنند. حاصل این کار پیدایی دانش آسیب‌شناسی اجتماعی و انحرافات است.

آسیب‌شناسی اجتماعی مطالعه بی‌نظمی‌ها و آسیب‌های اجتماعی همراه با علل و انگیزه‌های پیدایی آنها و نیز شیوه‌های پیشگیری و درمان این پدیده‌ها، به انضمام مطالعه شرایط بیمارگونه اجتماعی است؛ زیرا خاستگاه اصلی آسیب‌ها و گزرفتاری‌های اجتماعی را باید در کل حیات اجتماعی و نوع خاص روابط انسانی جستجو کرد. نابسامانی‌های اقتصادی- اجتماعی چون: فقر، تورم، گرانی، بیکاری، فقدان امنیت مالی و حقوقی و دیگر عواملی که باعث "محرومیت" می‌شوند، زمینه مساعدی را برای انواع مختلف آسیب‌های اجتماعی چون: خودکشی، سرقت، اعتیاد به مواد مخدر، الکلیسم، فرزند آزاری، زورگیری، طلاق، گدایی و... فراهم می‌آورند. از این رو مفهوم آسیب‌شناسی گستره وسیعی پیدا می‌کند و از ابعاد ارزشی و کاربردی فراوانی برخوردار می‌گردد. و باید توجه داشت که با توجه به این دگرگونی شدید اجتماعی انسان مدرن این فصلنامه علمی- تخصصی با ارائه مقالات و مطالب همکاران و دوستان بزرگوار درصدد تحقق امر پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی بوده است. بنابراین استدعا دارم از آموزگاران مسیحادم که دم پاکشان همواره افسون احیای ما بوده است، که تذکرات و انتقادهایشان را یادآور شوند تا نسبت به اصلاح و کیفیت بیشتر آن در چاپ‌های بعدی اقدام گردد، همواره منت پذیرشان خواهم بود. درخاتمه بر ما فرض است از اساتید و همکاران گرانقدر، که همواره مدیون راهنمایی‌های ارزنده‌شان هستیم، سپاسگزاری و قدردانی کنیم و از درگاه احدیت مسالت نماییم و فرهنگ دوستی با این عزیزان را پاس داریم.

اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر کنترل هیجان و افکار خودکشی در جانبازان مبتلا به PTSD*

شکوفه رضانی^۱، نسیم محمدی^۲، اسماعیل صدری دمیرچی^۳، سیف‌اله رحمانی^۴

^۱ . گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد کامیاران، دانشگاه پیام نور کامیاران، کردستان، ایران

^۲ . گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۳ . گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

^۴ . گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فرهنگیان شهید مدرس سنندج، کردستان، ایران

چکیده

اهداف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کنترل هیجان و علائم خودکشی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش به شیوه‌ی نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه‌ی آماری پژوهش را کلیه‌ی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در بیمارستان قدس سنندج در سال ۹۶-۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند که از میان آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۴۰ نفر انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش [۲۰ نفر] و گروه کنترل [۲۰ نفر] جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، درمان شناختی-رفتاری را طی ۹ جلسه دریافت نمودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس افکار خودکشی بک پرسش‌نامه مهار هیجانی و استفاده شد. داده‌ها با روش آماری کواریانس چندمتغیره به کمک نرم افزار SPSS۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کنترل هیجان [$p=0/001$ ، $f=25/40$] و افکار خودکشی [$p=0/001$ ، $f=38/19$] تاثیر دارد و شرکت‌کنندگان گروه آزمایش نسبت به شرکت‌کنندگان گروه کنترل، در پس‌آزمون به طور معناداری، کنترل هیجان بیشتر و علائم خودکشی کمتر داشتند.

نتیجه‌گیری: بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی-رفتاری بر کنترل هیجان و علائم خودکشی مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی-رفتاری، کنترل هیجان، افکار خودکشی، جانبازان، اختلال استرس پس از سانحه

*نویسنده مسئول Lavinramezani@yahoo.com

تلفن: ۰۹۱۹۰۴۳۶۵۲۶

فکس: ۰۸۷۳۵۵۲۴۱۱۶

آدرس پستی: کردستان، کامیاران، خیابان شریعتی، کوچه صادقی، کد پستی ۳۳۱۶۵۷۱۸۹

مقدمه

نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی [DSM-5] تروما و اختلالات مربوط به استرس را شامل اختلال دلبستگی و اکنشی، اختلال تعامل اجتماعی بازداری شده، اختلال استرس پس از ضربه، اختلال استرس حاد و اختلالات سازگاری معرفی میکند. ویژگی مشترک تمام این اختلالات، قرار گرفتن در معرض یک رویداد استرس زا یا آسیب زا است که به صراحت به عنوان یک معیار تشخیصی ذکر گردیده است. ویژگی اصلی اختلال استرس پس از ضربه [PTSD] این است که فرد یک رویداد آسیب‌زا یا استرس‌زا را تجربه میکند و به دنبال آن دچار آشفتگی می‌شود که بیش از یک ماه ادامه می‌یابد که برخی از نشانه‌های آن عبارتند از تجربه مجدد مانند خاطرات مزاحم، رؤیاهای دردناک، و اکنشهای تجزیه‌ای، فلش بک‌ها، پریشانی شدید و پاسخ فیزیولوژیک به محرکهای یادآور حادثه است^[۱]. این نشانه‌ها باعث اختلال در عملکرد شغلی، اجتماعی و تحصیلی افراد مبتلا به علایم اختلال استرس پس از سانحه می‌شود و زندگی آن‌ها را مختل می‌کند^[۲].

شایعترین سن ابتلا به این اختلال اوایل بزرگسالی است. مردان و زنان از نظر نوع آسیب‌پذیری به این اختلال متفاوت اند. میزان شیوع در زنان ۱۰ تا ۱۲ درصد بیشتر از مردان است و در مردان بیشتر مربوط به وقایع جنگی است در حالیکه در زنان مربوط به تجاوز جنسی می‌باشد^[۳]. بالاترین میزان شیوع در نسل‌های قومی و سیاسی، نیروهای ارتش، بازماندگان تجاوز و اسیران یافت شده است^[۱]. وجود هشت سال جنگ تحمیلی در کشور ایران موجب گردیده است گروه قابل توجهی از رزمندگان و جانبازان و تعداد کثیری از ساکنان جنوب و غرب کشور به علائم اختلال استرس پس از ضربه [PTSD] دچار گردند^[۴]. در مطالعه‌ی شفیع‌ی کمال‌آبادی، بیگدلی، علوی و کیان‌ارثی نشان داده شد که ۳۹ درصد جانبازان شهر تهران علائم [PTSD] را دارند^[۵]. در مطالعه‌ای که توسط محقق مطلق و همکارانش [۱۳۹۲] انجام گرفت، شیوع اختلال استرس پس از سانحه را در گروه جانبازان شیمیایی و غیرشیمیایی به ترتیب ۴۰ درصد و ۲۸/۱ درصد اعلام کردند^[۶].

مبتلایان به PTSD احتمالاً ۸۰ درصد بیشتر از افرادی که نشانه‌های این اختلال را ندارند، نشانه‌هایی را آشکار می‌سازند که معیارهای تشخیصی برای حداقل یک اختلال روانی دیگر را فراهم می‌سازد مانند اختلالات افسردگی، دوقطبی، اضطرابی و مصرف دارو این اختلال با سطوح بالای ناتوانی اجتماعی، شغلی و جسمی رابطه دارد و هزینه‌های بالای اقتصادی و امکانات پزشکی را به خود اختصاص می‌دهد

[۱]. PTSD در نمونه جانبازان، با روابط اجتماعی و خانوادگی ضعیف، غیبت از کار، درآمد کم و موفقیت های شغلی و آموزشی پایین همراه است [۱]. PTSD با افسردگی [۷]، اختلال بلندمدت در عملکرد روانی اجتماعی [۸]، مصرف الکل [۹]، اختلالات مصرف مواد [۱۰] و مشکلات رفتاری و بازداری رفتار [۱۱] رابطه دارد. این اختلال با کاهش کیفیت خواب [۱۲] افکار خودکشی [۱۳] نیز همراه است. یکی از عوامل خطر آفرین ابتلا به PTSD پس از مواجهه با تروما کاهش کنترل هیجان است. کنترل هیجان [Emotional Control] است، تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیر آگاهانه می شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می شود و به توانایی فهم هیجان و تعدیل تجربه و ابراز هیجان اشاره دارد. تنظیم هیجان وجه ذاتی گرایش های پاسخ های هیجانی است [۵]. مؤلفه های تنظیم هیجان را به دو دسته راهبردهای انطباقی و غیر انطباقی تقسیم کردند. مؤلفه های غیر انطباقی شامل فاجعه شماری، خودسرزنشگری، نشخوار فکر و سرزنش دیگری و مولفه های تمرکز مجدد مثبت، پذیرش و کم اهمیت شماری به عنوان یک مؤلفه های مقابله ای انطباقی طبقه بندی می شوند. به طور کلی، افراد با به کارگیری راهبردهای انطباقی در تنظیم های خود، با تمرکز بر روی جنبه های خوشایند، عاطفه منفی کمتری را گزارش می کنند [۱۴]. تول [tulle] و همکاران در پژوهشی به بررسی مشکلات تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال PTSD وابسته به کوکائین، نشان داد که این افراد مشکلاتی در زمینه تنظیم هیجان و رفتارهای تکانشی هنگام اضطراب دارند [۱۵]. شانون و همکاران، نیز در پژوهشی نشان دادند که نقص در توانایی تنظیم هیجان رابط بین علائم PTSD در جانبازان و افراد ضربه تجاوز می باشد [۱۶]. دیماویو [DiMauro] در پژوهشی به بررسی مقایسه ای تنظیم هیجان و خلق و خوی منفی در جانبازان مبتلا به PTSD و جانبازان بدون اختلال PTSD نشان داد که جانبازان مبتلا به PTSD از نوسانات خلقی بیشتر و مشکلاتی در تنظیم هیجان برخوردارند [۱۷].

خودکشی و اقدام به خودکشی از مهم ترین شیای خاص هیای سلامت روانی-اجتماعی افراد در یک جامعه به حساب می آید. خودکشی معمولاً به صورت خودکشی انجام یافته [completed suicide]، اقدام به خودکشی [suicide attempt]، و افکار خودکشی [suicidal ideation] تظاهر می کند. خودکشی انجام یافته شام همه مواردی است که شخص با انجام یک عمل انهدامی و تخریبی صدمه ای به خود وارد میکند که منجر به مرگ می شود. اقدام به خودکشی شامل آن دسته

اقداماتی است که شخص به منظور از بین بردن خود انجام می‌دهد لیکن منجر به مرگ نمی‌شود. افکار خودکشی نیز شامل اشتغال ذهنی راجع به نیستی و تمایل به مردن می‌باشد که هنوز جنبه عملی به خود نگرفته است [۱۸]. افکار خودکشی خود یک عام خطر برای خودکشی محسوب می‌شود [۱۹].

بر اساس برآوردهای سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰ تقریباً ۱/۵۳۰/۰۰۰ نفر بر اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند و ده تا بیست برابر این تعداد اقدام به خودکشی می‌کنند. این آمارها نشانگر آن است که به طور متوسط هر ۲۰ ثانیه یک نفر بر اثر خودکشی فوت می‌کند و هر ۲-۱ ثانیه یک نفر اقدام به خودکشی می‌کند [۲۰]. واتکینس [Watkins] و همکاران در پژوهشی نشان دادند که علائم PTSD عامل محرکی در جانبازان برای گرایش به خودکشی می‌باشد [۲۱]. کانگ [Kang] و همکاران در پژوهشی به بررسی افکار خودکشی در جانبازان آمریکایی که در جنگ عراق و افغانستان حضور داشتند نشان دادند که این جانبازان به نسبت جمعیت عمومی آمریکا از افکار خودکشی بیشتری برخوردارند [۲۲]. چپمان و لبراهیم [Ibrahim & Chapman]، در پژوهشی نشان دادند که افکار خودکشی در جانبازان نظامی ایالت متحده بیشتر از افراد عادی می‌باشد [۲۳].

بنابراین ارائه خدمات درمانی مطلوب به جانبازان مبتلا به اختلال PTSD اهمیت بسیاری دارد. پژوهش‌های زیادی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اختلال PTSD را نشان داده است. درمان شناختی-رفتاری از تلفیق دو رویکرد رفتار درمانی [که عمدتاً در بستر شرطی سازی پاولفی و نوپاولفی می‌باشد] و رویکرد شناختی چه در قالب شناخت درمانی و چه در چارچوب روان شناسی شناختی و دانش شناخت پایه پدید آمده است. درمان شناختی-رفتاری هم بر اصلاح شناخت‌های تحریف شده و هم آموزش رفتارهای جدید تاکید می‌شود. درمان شناختی-رفتاری ماهیتی فعال، رهنمودی، ساخت‌دار، متمرکز بر حال و کوتاه مدت است و هدف عمده‌ی آن تغییر فرایندهای شناختی افراد است و مهم‌ترین ویژگی آن بازسازی شناختی است. این الگو یک مدل روانی-آموزشی با تاکید بر فرایندهای یادگیری است که می‌تواند در دامنه و سیعی از افراد با مشکلات مختلف اجرا گردد [۲۴،۲۵]. در این دیدگاه، اعتقاد بر این است که پریشانی روانشناختی عمدتاً ناشی از آشفتگی‌هایی در فرایندهای شناختی افراد است و تمرکز باید به تغییر شناخت‌ها برای ایجاد تغییرات مطلوب در عاطفه و رفتار باشد [۲۶]. اثربخشی راهبردهای مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری در مورد بخش و سیعی از اختلالات بالینی از جمله اختلال وابستگی به کوکائین [۲۷]، افسردگی [۲۸]، افسردگی اساسی [۲۹]، اختلال اضطراب [۳۰] و

کودکان با اختلال وسواس^[۳۱]، اضطراب اجتماعی^[۳۲] اختلال استرس پس از سانحه در جانبازان^[۳۳،۳۴]، کاهش دردهای مزمن در جانبازان^[۳۵] افزایش عملکرد اجرایی^[۳۶]، کاهش اجتناب تجربی^[۳۷،۳۸] تایید شده است.

شواهد تجربی حاکی از اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در طیف وسیعی از اختلالات و متغیرهای روانی از جمله افسردگی، اضطراب، وسواس، PTSD و سایر اختلالات بوده است. مواجهه با رویدادهای آسیب زا به دلیل اثرات وسیع و ویرانگر آن بر کارکردهای روانی و رفتاری از جمله تنظیم هیجان و افکار خودکشی در جانبازان مبتلا به اختلال PTSD تاثیرگذار بوده که یکی از مسائل عمده سلامت افراد جانباز به حساب می آید. بنابراین با توجه به اهمیت این امر، هدف پژوهش حاضر این بود که درمان شناختی-رفتاری می تواند بر کنترل هیجان و افکار خودکشی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مؤثر باشد.

ابزار و روش ها

طرح پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی به صورت پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. در این مطالعه، کنترل هیجان و افکار خودکشی به عنوان متغیرهای وابسته، و درمان شناختی-رفتاری به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شده. جامعه مورد مطالعه شامل تمام جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بستری شده در بیمارستان قدس شهر سنندج بودند و با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۴۰ نفر [۲۰ نفر در گروه کنترل] و [۲۰ نفر در گروه آزمایش] به طور تصادفی جایگزین شدند. لازم به ذکر است که داشتن تشخیص اختلال استرس پس از سانحه توسط روانپزشک بیمارستان، عدم ابتلا به اختلالات جسمانی و روانپزشکی، عدم اعتیاد، حداقل سواد خواندن و نوشتن و همچنین عدم مصرف دارو یا دریافت مداخلات روانی دیگر به طور همزمان ملاک های ورود آزمودنی ها بودند و غیبت بیش از یک سوم جلسات درمان، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف خانگی معیارهای خروج آزمودنی ها بودند بیماران گروه آزمایش به مدت نه جلسه به مدت ۹۰ دقیقه، در هر هفته تحت درمان گروهی CBT توسط یک گروه درمانگر قرار گرفتند؛ اما بیماران گروه کنترل در این مدت تنها روال برنامه های روزانه بیمارستان را دریافت نمودند. قبل از نخستین جلسه، پرسشنامه مهار هیجانی و مقیاس افکار خودکشی بک، به عنوان پیش آزمون، توسط اعضا تکمیل گردید. و بعد از اتمام جلسات درمانی پرسشنامه های مذکور به عنوان پس آزمون، توسط شرکت کننده گان تکمیل گردید.

پس از اخذ رضایت کتبی و شفاهی از جانبازان مبنی بر عدم دریافت روان‌درمانی‌های دیگر و عدم مصرف داروهای خود تجویزی و خودسر به مدت سه ماه، با ذکر محرمانه بودن کلیه اطلاعات و صحبت‌ها، جلسات درمانی با تأکید بر داوطلبانه و رایگان بودن جلسات گروه درمانی، شرکت مستمر، درمان شناختی-رفتاری هاوتون و همکاران^[۳۸] اجرا گردید. خلاصه جلسات درمان: در جلسه‌ی اول آشنایی با بیماران و گرفتن شرح حال صورت گرفت. جلسه دوم: عقد قرارداد درمانی، آموزش منطق درمان، آموزش مدل سه مولفه‌ای اضطراب A-B-C و تأکید بر تکالیف. جلسه سوم: آموزش در خصوص سیر و ماهیت اختلال PTSD. جلسه چهارم: آموزش در خصوص بازآموزی تنفسی به همراه مبانی فیزیولوژیک آن. جلسه پنجم: آموزش و انجام آرام سازی پیشرونده‌ی عضلانی، آموزش و تمرین روشهای کنترل اضطراب و استرس. جلسه ششم: انجام آرام سازی پیشرونده‌ی عضلانی و بازسازی شناختی. جلسه هفتم: انجام دروباره تمرینات آرام سازی پیشرونده‌ی عضلانی و بیان منطق رویارویی، تهیه سلسله مراتب تمرینات رویارویی. جلسه هشتم: انجام آرام سازی پیشرونده‌ی عضلانی، مواجهه‌ی تصویری، بازسازی شناختی. جلسه نهم: انجام آرام سازی پیشرونده‌ی عضلانی، مواجهه تصویری، بازسازی شناختی. جلسه دهم: اجرای پیش آزمون صورت گرفت.

۱- **مقیاس افکار خودکشی بک:** پرسشنامه افکار خودکشی بک [BSSI] در سال ۱۹۰۱ توسط آرون بک به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است و ماده‌های آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. به عبارت دیگر، این مواد و وزن‌های آن‌ها به طور منطقی انتخاب شده‌اند. محتوای این پرسش‌نامه، به طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تأکید دارد. پرسش‌نامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و ... هستند. به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است. به این ترتیب این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است که نمرات ۰

تا ۱۳: هیچ یا کمترین افسردگی، ۱۴ تا ۱۹: افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸: افسردگی متوسط و ۲۶ تا ۶۳: افسردگی شدید می باشد. انیسی، فتحی، آشتیانی، سلیمی و احمدی در پژوهشی در مورد ۱۳۳ نفر آزمودنی مذکر با دامنه سنی ۱۹ تا ۲۹ سال که به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شده بودند، اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک را مورد ارزیابی قرار دادند [۲۹]. نتایج به دست آمده نشان داد که مقیاس بک با مقیاس افسردگی آزمون گلدبرگ ۷۶٪ همبستگی دارد، همچنین اعتبار مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۵ و از روش دونیمه ۰/۸۸ به دست آمد [۴۰]. بنابراین اعتبار درونی، اعتبار آزمون-باز آزمون و روایی همزمان این مقیاس مورد قبول است. سوالات افکار خودکشی با تعاریف از خودکشی انطباق دارد. شواهد حاکی از آن است که مقیاس افکار خودکشی می تواند گزینه معتبری برای اندازه گیری افکار خودکشی در قالب خود سنجی [report-Self] باشد.

۲- پرسش نامه مهار هیجانی [Inventory emotional inhibition]:

راجر و نشوور [۱۹۸۷] ساختار اولیه ی کنترل هیجانی را تنظیم و راجر و نجاریان [۱۹۸۹] این پرسشنامه را مورد تجدید نظر قرار دادند. در پژوهش حاضر از پرسشنامه ی تجدید نظر شده استفاده شده است. پرسشنامه ی مذکور دارای ۵۶ ماده و چهار خرده مقیاس بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار و کنترل خوشخیم میباشد. هر خرده مقیاس ۱۴ ماده دارد که به صورت ۰ و ۱ نمره گذاری می شوند. بنابراین، نمره یک فرد در هر خرده مقیاس از صفر تا ۱۴ و در کل مقیاس از صفر تا ۵۶ متغیر خواهد بود. رفیعی نیا [۱۳۸۰] با استفاده از روش همسانی درونی محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد و مقدار آن برای کل مقیاس و زیر مقیاس های بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار گری و مهار خوش خیم به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۰، ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۵۸ به دست آمد که بسیار رضایت بخش و معنادار است [۴۱]. راجر و نجاریان همسانی درونی پرسشنامه کنترل هیجانی را برای خرده مقیاس های بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوار و کنترل خوشخیم به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۱، ۰/۸۶ و ۰/۷۹ گزارش کردند. همچنین در پژوهش آنها خرده مقیاس نشخوار با عامل نورزگرایی پرسشنامه شخصیتی [Eysenck Personality Questionnaire] آیزنک همبستگی مثبت معنادار، خرده مقیاس کنترل پرخاشگری با پرسشنامه خصومت باس-دورکی [Buss-Duke Hostility Inventory] همبستگی منفی معنادار، خرده مقیاس بازداری هیجانی با عامل برونگردی پرسشنامه

شخصیتی آیزنک همبستگی منفی معنادار و خرده مقیاس کنترل خوشخیم با عامل سایکوزگرایی پرسشنامه شخصیتی آیزنک همبستگی منفی معنادار داشت [۴۲].

یافته‌ها

جامعه‌ی مورد مطالعه کلیه جانبازان مبتلا به PTSD ساکن در بیمارستان قدس شهر سنندج بود که از بین آنها ۴۰ نفر به صورت دسترس انتخاب و ۲۰ نفر [گروه آزمایش]، ۲۰ نفر [گروه کنترل] جایگزین گشتند. میانگین سنی در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۵۲/۷۴ و ۵۴/۰۳ و درصد جانبازی به ترتیب ۴/۴۳ و ۳/۷۱ و مدت حضور در جنگ به ترتیب ۴۶ و ۴۷ می باشد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار مولفه‌های کنترل هیجان و افکار خودکشی گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
بازداری هیجانی	۱۸/۵۰±۲/۸۱	۲۳/±۲/۳۵۵۴	۲۰/۳۶±۲/۳۳	۱۹/۶۵±۲/۴۱
مهارپر خاشگری	۲۰/۳۶±۳/۵۷	۲۴/۸۵±۲/۶۲	۲۲/۱۲±۳/۷۱	۲۰/۲۳±۲/۸۵
نشخوار فکری	۱۷/۹۰±۲/۲۹	۲۳/۶۸±۲/۷۱	۲۰/۰۴±۳/۶۷	۲۱/۰۱±۲/۵۴
مهار خوش خیم	۲۰/۲۸±۲/۷۴	۲۴/۴۳±۲/۴۸	۲۰/۹۴±۲/۶۶	۲۱/۵۷±۲/۱۲
تمایل به مرگ	۱۰/۱۲±۲/۲۸	۷/۵۶±۱/۵۸	۹/۸۹±۲/۱۴	۹/۸۷±۳۹/۲
آمادگی برای خودکشی	۱۸/۴۴±۴/۴۸	۱۱/۶۹±۳/۲۱	۱۶/۵۳±۳/۰۱	۱۵/۹۵±۳/۰۱
اقدام به خودکشی	۹/۴۸±۲/۹۸	۵/۶۹±۲/۱۴	۱۰/۱۱±۲/۱۱	۹/۷۸±۲/۵۴

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف استاندارد دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون پس آزمون برای زیرمقیاس‌های متغیرهای کنترل هیجان و افکار خودکشی ارائه شده است. مقایسه میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل نشان داد که میانگین پس آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در زیرمقیاس‌های کنترل هیجان و افکار خودکشی پایین‌تر است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری کواریانس چند راهه استفاده شد. تجزیه و تحلیل کواریانس یک روش آماری است که به منظور تعدیل تفاوت‌های اولیه آزمودنی‌ها به کار می‌رود. ابتدا جهت

بررسی نرمال بودن توزیع داده ها از آزمون کلموگرف اسمیرنوف استفاده شد [افکار خودکشی: ۰/۵۵۵، p ، کنترل هیجان: ۰/۶۵۲] که نتایج نشان می دهد آزمون اسمیرنوف کلموگروف برای متغیرهای افکار خودکشی و کنترل هیجان معنادار نمی باشد در نتیجه مفروضه‌ی نرمال بودن داده های متغیرها برقرار می باشد. سپس برای بررسی همسانی واریانس ها بین متغیرهای وابسته مورد مطالعه از آزمون لوین استفاده شد و نتایج نشان داد که سطح آماره $[f]$ برای هیچ یک از متغیرها معنی دار نیست $[p \geq 0/05]$ و این نشان دهنده آن است که واریانس خطای این متغیرها در بین آزمودنی ها [گروه آزمایش و گروه کنترل] متفاوت نیست و واریانس ها باهم برابرند. همچنین برای بررسی فرض همگنی کواریانس ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی دار نیست $[p = 0/094, f = 1/173]$ در نتیجه پیش فرض همسانی بین کوواریانس ها برقرار است. ابتدا از آزمون کواریانس تک متغیره برای مقایسه تفاوت کل متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شد. با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره، تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ تفاضل میانگین نمرات پیش آزمون-پس آزمون در متغیرهای وابسته [کنترل هیجان و افکار خودکشی] مورد بررسی قرار گرفت

نتایج تحلیل کواریانس نشان داده است پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۰۱ معنادار می باشد. و درمان شناختی-رفتاری باعث افزایش کنترل هیجان $[p = 0/001, f = 25/40]$ ، کاهش افکار خودکشی $[p = 0/001, f = 38/19]$ ، در جانبازان مبتلا به PTSD شد.

نتایج تحلیل کواریانس نشان داده است پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۰۱ معنادار می باشد. و درمان شناختی-رفتاری باعث افزایش معنی داری در زیرمقیاس های کنترل هیجان و کاهش معنی دار در زیر مقیاس های افکار خودکشی در جانبازان مبتلا به PTSD شد.

بحث

پژوهش حاضر، با هدف بررسی درمان شناختی-رفتاری بر کنترل هیجان و افکار خودکشی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری توانسته است بر بهبود کارکرد اجرایی و اجتناب تجربی در مرحله‌ی پس آزمون اثربخش باشد. نتایج

پژوهش حاضر با یافته‌های دکر [۲۷]، جونز و فریبر [۲۸]، کوینگ [۲۹]، کارولین [۳۰]، لارزگورانس [۳۱]، گلاستر و همکاران [۳۲]، همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌های پژوهش مبتنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کنترل هیجان جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌توان بیان کرد که استفاده از راهبردهای شناختی رفتاری باعث افزایش تنظیم شناختی هیجانی سازگار در موقعیت‌های تنش‌زا و هیجان‌های منفی عامل مهمی در ارتقاء سلامت جسمی و روانی است. درمان شناختی-رفتاری به افراد کمک می‌کند تا هیجان‌های منفی را کنترل و تنظیم کند و این شیوه تنظیم با ایجاد و پیشرفت سلامت روان و تنظیم هیجان ارتباط دارد. در واقع درمان شناختی رفتاری هم زمان برای اصلاح رفتار و باورهای غیرمنطقی مورد استفاده قرار می‌گیرد. روش شناختی رفتاری افکار منفی هم چون مقصر دانستن خود و سرزنش خود را مورد چالش قرار می‌دهد و افکار منطقی از جمله ارزیابی مجدد مثبت را جایگزین می‌کند و در این روش از افراد خواسته می‌شود که بر این امر تاکید و آن را مورد تمرین و تعمیق قرار دهند [۴۲]. در این روش سعی می‌شود افکار غیرمنطقی و ناکارآمد برانگیزاننده‌ی علائم استرس شناسایی شود، افراد نسبت به نقش این افکار در استرس‌شان بینش یابند و افکار صحیح‌تری را جایگزین آنها نمایند. با استفاده از درمان شناختی که شامل اصلاح افکار اتوماتیک منفی و باورهای زیربنایی افراد می‌باشد، نگرش جانبازان در مورد استرس و تاثیرات ناتوان‌کننده آن به چالش کشیده می‌شود. در درمان شناختی رفتاری (با کاهش سوء تعبیرهای بیمار، آموزش تنفس دیافراگمی و احتمالاً با کاهش سیتوکین در بیماران و فنون تن آرامی و...) به طور مشخص بر مولفه‌های شناختی و فیزیولوژیکی استرس تاکید می‌شود [۲۸].

از سوی دیگر، به افراد در خصوص تمرکز بر افکار منفی به جای سرکوب هیجانات و چالش و حل و فصل خطاهای شناختی آموزش داده شد. بدین ترتیب با افزایش استفاده از راهبردهای شناختی بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت و متمرکز بر برنامه ریزی قابل انتظار است. و تنظیم هیجانات مثبت با کارکرد اجتماعی افراد مثل ارتباطات بین فردی نیز رابطه دارد. افرادی که از کیفیت روابط اجتماعی بهتری برخوردارند کمتر به شناخت‌های منفی در خصوص برقراری رابطه با دیگران دچار می‌شوند [۴۴]. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری افکار خودکشی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌توان گفت بر اساس رویکرد شناختی-رفتاری برای درمان افکار خودکشی و کاهش آن از فنون شناختی، بررسی دلایل خودکشی، بررسی شواهد موافق و مخالف آن،

آزمایش‌های رفتاری و جدول زمانی فعالیت انجام می‌گیرد. فنون شناختی به بازپردازش خطاهای شناختی ایجاد شده، می‌پردازد. در این روش بیمار با بررسی کیفیت و راستس آزمایی شواهد و با فنون آزمایش رفتاری خطاها و تحریف‌های شناختی را به محک تجربه گذاشته و در نهایت، رویکرد محدود با سوگیری منفی در وی به چالش کشیده می‌شود و به شناخت‌های منطقی و معقول دست می‌یابد [۳۷].

همه انسان‌ها اعتقاداتی در مورد خود و دنیای اطرافشان دارند و این عقاید به خوبی حفظ می‌شوند، زیرا شواهد خوب برای آنها وجود دارد. به عنوان مثال، فرد مبتلا به استرس پس از سانحه اعتقاداتی در مورد تکرار مجدد حادثه دارد و با تمرکز بر نشانه‌های احتمال تکرار بر شواهد به صورت انتخابی عمل می‌کند. خطاهای شناختی مشکل‌زا هستند، نه تنها به ای دلیل که آنها می‌توانند نادرست باشند، بلکه به این دلیل که این خطاها بیش از حد لازم در هیجانات منفی ناتوان‌کننده و اجتناب از موقعیت‌های استرس‌زا سهیم هستند. درمان شناختی-رفتاری به افراد کمک می‌کند تا درک کنن چگونه به وسیله انتخاب شواهد خاص می‌توانند به خطاهای شناختی شان پایان دهند [۴۵]. تمرکز این رویکرد بر مشکلاتی است که در زندگی روزمره افراد پیش می‌آید. ای رویکرد به افراد کمک می‌کند تا متوجه شوند چگونه آنچه را که در زندگی اطرافشان رخ می‌دهد، تفسیر و ارزیابی کنند. در واقع در این رویکرد به فرد آموزش داده می‌شود افکار، نگرش‌ها و باورهای را که با رفتارها و هیجانات مشکل‌آفرین مرتبط اند شناسایی کند و مورد آزمون قرار دهند [۴۶].

در این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌هایی که در حوزه‌ی علوم رفتاری و روانشناسی صورت می‌گیرند، محدودیت‌هایی وجود داشت. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم امکان انجام مرحله‌ی پیگیری بود. همچنین، به دلیل تک جنسیتی بودن آزمودنی‌های این پژوهش در تعمیم یافته‌های آن به زنان و دیگر فرهنگها و دیگر اختلالات باید جانب احتیاط را رعایت نمود. انتخاب نمونه پژوهش به صورت در دسترس نیز اجرای پژوهش را با اندکی مشکل روبه‌رو ساخت. بنابراین پیشنهاد می‌گردد با توجه به اثربخش بودن درمان گروهی CBT بر علائم PTSD، و بهبود کنترل هیجان و افکار خودکشی این خدمات در مراکز درمانی موجود در کشور مانند بیمارستان‌های روانی استفاده شود. همچنین، استفاده از این روش درمانی در درمان سایر اختلالات روانشناختی مرتبط با PTSD پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری: با توجه با یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی-رفتاری بر افزایش کنترل هیجان و کاهش علائم خودکشی مؤثر است.

تشکر و قدردانی: از کلیه ی جانبازان و دوستانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تأییدیه اخلاقی: رضایت تمام جانبازان شرکت کننده در پژوهش اخذ شد. همچنین به منظور رعایت اخلاق پژوهشی اسامی کلیه ی جانبازان به صورت کد وارد شد.

تعارض منافع: موردی از سوی نویسندگان بیان نشد.

منابع مالی: کلیه ی منابع مالی از طرف نویسندگان پژوهش تأمین شده است.

منابع

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). 2013: 175-272.
2. Chossegros L, Hours M, Char nay P, Bernard M, Fort E, Buisson D, Sancho P, Yao S, Laumon. B. Predictive factors of chronic posttraumatic stress disorder 6 months after a road traffic accident. *Accident Analysis and Prevention*. 2011; 4(43): 471-477.
3. Alipoor M, Lorestani F. I and post-traumatic stress disorder. Tehran: Janbazan medical and engineering research center publication; 2005. [Persian]
4. Ahmadikh, Zarei - Mahmud abadi A, Arabnia A. Study of Factors associated with marital maladjustment in veterans with PTSD. *J Military Med*. 2006; 8(3): 165-74. [Persian]
5. Shafiee-Kamalabadi M, Bigdeli I, Alavi K, Kianersi F. Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder and Comorbid Personality Disorders in the Groups Veterans Tehran City. *J Clan Psychol*. 2014; 6(1); 75-65. [Persian]
6. Mohaghegh-Motlagh J, Momtazi S, Musavi-Nasab N, Arab T, Saburi E, Saburi A. Post-traumatic Stress Disorder in Male Chemical Injured War Veterans Compared to non-chemical War Veterans. *J Mashhad University of Med Sci*. 2014; 56(6): 361-368. [Persian]
7. Harsh D, Lowe S, Galena S, Aiello A, Udine M, Keenan K. An in-depth look into PTSD-depression comorbidity: A longitudinal study of chronically-exposed Detroit residents. *Discord*. 2016.
8. Kuwait Tavy A, Rees S, Chan J, Karat M, Siloes D. Examining the broader psychosocial effects of mass conflict on PTSD symptoms and functional impairment amongst West Papuan refugees resettled in Papua New Guinea (PNG). *Soc Sic & Med*. 2015; 132(5): 70-78.
9. M.C. Davit -Murphy M, Luciano M, Tripp J, Endanger J. Drinking motives and PTSD-related alcohol expectancies among combat veterans. *Addict Behave*. 2017; 64(6): 217-222.
10. Bowen S, De Boer D, Bergman A. The role of mindfulness as approach-based coping in the PTSD-substance abuse cycle. *Addict behave*. 2017; 64(4): 212-216.

11. Simons J, Simons R, O'Brien C, Stoltenberg S, Keith J, Hudson J. PTSD, alcohol dependence, and conduct problems: Distinct pathways via liability and disinhibition. Addict behave. 2017; 64(6): 185–193.
12. Brown W, Wilkerson A, Milbank M, Turk P, Huda T, Cortes' B, Grubbing A. An examination of sleep quality in veterans with a dual diagnosis of PTSD and severe mental illness. 2017; 47(7): 15–20.
13. Poindexter E, Mitchell S, John D, Smith P, Hirsch J, Cukrowic K. PTSD symptoms and suicide ideation: Testing the conditional indirect effects of thwarted interpersonal needs and using substances to cope. Person Indivi Diff. 2015; 77(8): 167–172.
14. Mariarty N, Stoigh C, Tidmarsh P, Eyear D, Demission S. Deficit in emotional intelligence under lying adolescent set off ending, J Adele Sec. 2001; 24(2): 743-751.
15. Michael J. McDermott MA, Christopher F, Dresher MA, Todd A, Smith Erma P, Matthew T, Tulle P, Laurie Hidden M, John D, Damon P, Terry L, High, John Y. The Role of Emotion Regulation Difficulties in the Relation Between PTSD Symptoms and the Learned Association Between Trauma-Related and Cocaine Cues. Substance Use & Misuse. 2016.
16. Shannon R, Karin E. Melinda A. Thomas A. Single-session emotion regulation skills training to reduce aggression in combat veterans: A clinical innovation case study. Psych Serve. 2016; 13(2): 170-177.
17. Demure J, Reshow K, Kashia T. Beliefs in negative mood regulation and daily negative affect in PTSD. Person Endive Diff. 2016; 95: 34–36.
18. Fortunes KM, Holoday-Worret PA. Psychiatric mental health nursing. Mosby. 2008. [Persian]
19. Groleger U, Tomori M, Kocmur M. Suicidal ideation in adolescence--an indicator of actual risk? J Psych and related Sci. 2002; 40(3): 202-208.
20. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. Sociology. 2002; 7(2): 6- 8.
21. Laura E, Watkins, Lauren M. Sipped, Robert H. Pietas, Rani Hoff, Ilan Harpaz-Rotem. Co-occurring aggression and suicide attempt among veterans entering residential treatment for PTSD: The role of PTSD symptom clusters and alcohol misuse. J Psych Res. 2017; 87(5): 8–14.
22. Kang H, Bellman T, Smolensk D, Skip N, Gam G, Refer M. Suicide risk among 1.3 million veterans who were on active duty during the Iraq and Afghanistan wars, Annals of Epidemiology. 2015; 2(25): 96–100.
23. Chapman L, Ibrahim H. Identification and management of suicide risk in U.S. military veterans. J SafatyLit. 2015; 111(2): 56-60.
24. LA Montagne LL, Hepworth JT, Cohen F, Salisbury MH. Cognitive-behavioral intervention effects on adolescents' anxiety and pain following spinal fusion surgery. Nurse Res. 2003; 52(3): 183-90.
25. Beck AT. The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. Arch Gen Psych. 2005; 62(9): 953-59.

26. Rosier JP, Elliott R, Sahrawian BJ. Mood disorders: Cognitive mechanisms of treatment in depression. *Neuron Psycho Rev.* 2012; 37: 117-36.
27. Decker, Suzanne E.; Kiluk, Brian D.; Frankfurter, Tami; Babuscio, Theresa; Niche, Carla; Carroll, Kathleen M. Just showing up is not enough: Homework adherence and outcome in cognitive-behavioral therapy for cocaine dependence. *J Con and Cline Psychol.* 2016; 84(10): 907-912.
28. Johnson, T J, Oddgeir F. The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psych Bulletin.* 2015; 141(4): 747-768.
29. Koenig H, Pearce M, Nelson B, Shaw S, Robins C, Dasher N, Cohen H, Bark L, Ballinger D, Argument K, Rosharon D, Visage S, Kris teller J, Jut Hanı N, Douglas K, Michael B, Religious V. Conventional Cognitive Behavioral Therapy for Major Depression in Persons With Chronic Medical Illness: A Pilot Randomized Trial. *J Nerve & Mental Disease.* 2015; 203(4): 243-251.
30. Carolyn D. Davies, Niles, André, Arch, Michelle. Physiological and behavioral indices of emotion deregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *J behave Therapy and Expert Psychiatry.* 2015; 46(6): 35-43.
31. Lars-Groan Sot, Eli N. Rise, Gyro Janna Wergild, Barnes Hansen, Gird Kale. Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *Discord.* 2016; 43: 58-69.
32. Gregory B, Peters L. Changes in the self during cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: A systematic review. *Cline Psycho Rev.* 2016.
33. Lumberton C, Madison J, Bellshill A. A Case Study of Individually Delivered Mindfulness-Based Cognitive Behavioral Therapy for Severe Health Anxiety . *Cong and behave Practice.* 2016.
34. Otis JD, Keane TM, Kerns RD, Monson C, Scold E. The development of an integrated treatment for veterans with comorbid chronic pain and posttraumatic stress disorder. *Pain Med.* 2009; 10(7): 1300-1311.
35. Miyahira SD, Foley RA, Hoffman HG, Garcia-Palacios A, Schapiro KM. Effectiveness of brief VR treatment for PTSD in war-fighters: A case study. *Stud Health Techno Inform.* 2010; 154: 214-219.
36. Thompson DG, Kessler SR, Sondheim K, Mehta KM, Thompson LW, Marquette RM, Holland JM, Raiser R, Argon N, Schwartzberg A, O'Hara RM. fMRI Activation During Executive Function Predicts Response to Cognitive Behavioral Therapy in Older, Depressed Adults. *Am J Geriatric Psychiatry.* 2015; 23(1): 13-22.
37. Glistler AT, Klatches J, Garlic AL, Hamm A, Strule A, Gauge S, et al. Timing matters: change depends on the stage of treatment in cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *J Consul and Cline Psychol.* 2014; 82(1): 141-153.
38. Houghton Kit, Crack y, Salcomo C, Pal C, David M. Cognitive Behavioral Therapy, Volume I, Translation by Habib A. Ghasemzadeh, Tehran, Arjomand .2002.

39. Emmanuel P. Espoo, Amanda Gorlovka, Natalie Castrate. Changes in threat-related cognitions and experiential avoidance in group-based trans diagnostic CBT for anxiety disorders. 2016.
40. Anise J, Father Asthenia A, Salamis S. H., Hamada Node Ch. Assessing the Reliability and Validity of the Beck Suicidal Thoughts Scale (BSSI) in Soldiers. *J of Mile Med.* 2005; 7(1): 37-33.
41. Ravinia P. The relationship between emotional expression styles with general health of students. MA thesis. Terabit Moderns University.2001. [Persian]
42. Roger D, Nigerian B. The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Person and Endive Diff.* 1989;10, 845- 853.
43. Roger D, Nigerian B. The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Person Endive Diff.* 2014; 10: 845- 853.
44. Roger D, Nesshoever W. The construction and preliminary validation of a scale for measuring emotion control. *Person and Indivi Diff.* 1987; 8: 527-534.
45. Ravinia P. The relationship between emotional expression styles with general health of students. MA thesis. Tarbiat Madres University. 2001. [Persian]
46. Bagherinia H, Yamani M, Javadielmi L, Nontrade T. Comparison of the Efficacy of Cognitive Behavior Therapy and Mindfulness-based Therapy in Improving Cognitive Emotion Regulation in Major Depressive Disorder. *Armaghane- danesh.* 2016; 20(3): 210-219.

The effectiveness of cognitive- behavioral therapy on emotional control and signs of suicide in veterans with PTSD

Shokoufeh Ramezani¹, Nasim Mohammadi², Ismael Sadri Damirchi³, Seyfollah Rahmani⁴

¹Education Department, Education and Psychology Faculty, Kamran Branch, PNU Kamyaran, Kurdistan, Iran.

²Education Department, Education and Psychology Faculty, University of Mohaghegh Ardabil, Ardabil, Iran

³Education Department, Education and Psychology Faculty, University of Mohaghegh Ardabil, Ardabil, Iran

⁴Education Department, Education and Psychology Faculty, University Campus Culture martyr Modares of Sanandaj, Kurdistan, Iran

Abstract

Goals: the present study was aimed at examining the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on emotional control and signs of suicide in veterans with PTSD.

Materials and method: method of this study was semi- experimental with pre-posttest design that accompanying control group. The statistical populations consists of all of veterans with PTSD that habituated in Sanandaj's Quds hospital in the second half of 2016. Among the veterans with PTSD, 40 persons were selected according available sampling method as statistical sample and randomly assigned to the experimental group (20 veterans) and control group (20 veterans). Participants of experimental group had received 9 sessions of cognitive- behavioral therapy. In order to collect data, emotional inhibition and Beck scale for suicidal ideation were used. The collected data were analyzed by SPSS 16 software using multivariable co- variance test.

Findings: the findings showed that research hypothesis based on effectiveness cognitive-behavioral therapy on emotional control ($f= 00.1$, $p= 40.25$) and suicidal ideation ($f=00.1$, $p= 19.38$) was confirmed and veteran of experimental group significantly had more emotional control and less suicidal signs in comparison with control group in posttest stage.

Conclusions: therefore, it can be conclude that the cognitive- behavioral therapy was effective on emotional control and suicidal signs.

Key words: cognitive- behavioral therapy, emotional control, suicidal ideation, veterans, PTSD

* Corresponding Author

Tel: +98(87)35528280

Fax: +98(87)35524116

Post Address: Kurdistan, kamyaran city, Shariati Street, Sadegh Alley, Post Code 331657189

پیش‌بینی پرخاشگری نوجوانان بزهکار براساس راهبردهای حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی

علی شیخ الاسلامی^{۵*}، الهام اسدالهی^۶، نسیم محمدی^۷

^۵. (نویسنده مسئول) استادیار گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

دانشگاه محقق ادبیلی تلفن: ۰۹۱۴۳۵۱۸۳۱۲ ایمیل: a_sheikholslami@yahoo.com

^۶. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل، اردبیل، ایران.

^۷. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی پیش‌بینی پرخاشگری نوجوانان بزهکار براساس راهبردهای حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی انجام گرفت.

روش: روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. کلیه نوجوانان پسر بزهکار مرکز اصلاح تربیت و نیروی انتظامی شهر اردبیل در سال ۹۵-۱۳۹۴ جامعه‌ی آماری این پژوهش را تشکیل می‌دادند که از میان آن‌ها با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، ۱۰۰ نوجوان پسر بزهکار بعنوان نمونه انتخاب شده و به پرسشنامه‌ی پرخاشگری باس و پری، پرسشنامه‌ی مهارت‌های ارتباطی کوئین دام و پرسشنامه سبک‌های حل مسئله‌ی کسیدی و لانگ پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین راهبردهای حل مسئله‌ی غیرانطباقی (درماندگی، مهارگری، سبک حل مسئله اجتناب) با پرخاشگری نوجوانان بزهکار رابطه مثبت معنادار و بین راهبردهای حل مسئله‌ی انطباقی (اعتماد، خلاقیت، گرایش) و مهارت‌های ارتباطی با پرخاشگری نوجوانان بزهکار رابطه منفی معنادار وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون آشکار کرد $0/55$ درصد از کل واریانس پرخاشگری نوجوانان بزهکار براساس متغیرهای راهبردهای حل مسئله غیرانطباقی، راهبردهای حل مسئله انطباقی و مهارت ارتباطی قابل پیش‌بینی است.

نتیجه‌گیری: بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که راهبردهای حل مسئله غیرانطباقی (درماندگی، مهارگری، راهبرد حل مسئله اجتناب)، راهبردهای حل مسئله انطباقی (اعتماد، خلاقیت، گرایش) و مهارت ارتباطی از متغیرهای مرتبط با پرخاشگری نوجوانان بزهکار می‌باشند.

کلیدواژه‌ها: پرخاشگری، راهبردهای حل مسئله، مهارت ارتباطی، نوجوانان بزهکار.

مقدمه

دوره نوجوانی^۸ معمولاً از ۱۱ سالگی شروع می‌شود و از دوران‌های بسیار بحرانی زندگی فرد است که ورود به این دوره از زندگی، فرد را با مشکلات فراوانی دست به گریبان می‌سازد، که یکی از مهم‌ترین آن‌ها، انجام اعمال مجرمانه و بزهکاری می‌باشد. بزهکاری^۹ به عنوان پدیده‌ای قانونی تعریف می‌شود و رفتارهای بزهکارانه^{۱۰} به مجموعه‌ای از رفتارها اشاره دارد که برخلاف قوانین وضع شده و هنجارها است و به جامعه و دیگران آسیب می‌رساند (۱). بزهکاری^{۱۱} کودکان و نوجوانان به عنوان یک اختلال رفتاری و اجتماعی، از دیرباز در جوامع مختلف مورد توجه صاحب‌نظران علوم اجتماعی، روانشناسی و متخصصین تعلیم و تربیت بوده است و جامعه‌شناسان این پدیده را به عنوان یک مسئله‌ی اجتماعی (که نظم جامعه را تهدید می‌کند) پذیرفته‌اند. بزهکاری و اثره‌ی وسیعی است که طیفی از رفتارهایی را مشخص می‌کند که از درگیری در جرم‌های اجتماعی شروع می‌شوند (مثل فرار کردن، نقص مقررات حکومت نظامی، فرار از مدرسه و مصرف الکل) و تا کارهای وحشیانه و جنایی ادامه دارند (مثل مصرف یا توزیع مواد غیرقانونی، تخریب و ورود غیرقانونی به حریم دیگران، دزدی و تجاوز). مجرمان نوجوان چالش‌های متنوعی را تجربه می‌کنند، مثل سوء مصرف مواد، ناتوانی‌های یادگیری و یا مشکلات روانی، خشونت خانواده، قربانی شدن و عضویت در گروه‌ها و دسته‌های جنایتگران (۲).

گروه تحقیق شوارتز طی یک تحقیق طولی در آمریکا با بررسی ۵۳۰۵ نوجوان بیان کردند میزان قابل توجهی از رفتارهای خطرناک نظیر بزهکاری، مصرف الکل و رابطه‌ی جنسی آسیب‌پذیر در طول دوره‌ی نوجوانی آغاز می‌شود. اگرچه شمار زیادی از جوانان، دوره‌ی نوجوانی را با موفقیت و بدون مواجه شدن با مشکلات مهم طی می‌کنند، ولی مابقی آن‌ها، با وارد شدن به دهه‌ی دوم زندگی، با افزایش خطر بزهکاری و رفتار مخاطره‌آمیز من جمله پرخاشگری^{۱۲} برای سلامتی مواجه می‌شوند (۳).

یکی از پیامدهایی که بزهکاری می‌تواند با خود به همراه داشته باشد، پرخاشگری نسبت اطرافیان می‌باشد. نظر به اینکه نوجوانی دوره عبور از کودکی به بزرگسالی و تحول در عواطف و احساسات است. به

8. adolescence

9. Delinquency

10. Delinquent behavior

11. delinquency

12. aggregation

طوری که استرس، اضطراب، افسردگی و پرخاشگری در نوجوانان دیده می شود (۴). پرخاشگری مفهوم بسیار پیچیده‌ای است که از یک سو تحت تاثیر عوامل موقعیتی و روان‌شناختی و از سوی دیگر تحت تاثیر عوامل ژنتیکی می‌باشد (۵). روانشناسان اجتماعی عمل پرخاشگری را رفتار آگاهانه‌ای می‌دانند که هدفش اعمال درد و رنج جسمانی یا روانی می‌باشد (۶). گروهی از متخصصین سلامت روانی در آمریکا با مطالعه ۵۴۱ نوجوان ۱۳ تا ۱۸ ساله مجرم دریافتند که میزان مشکلات درونی‌سازی از جمله افسردگی و شکایات جسمانی و مشکلات بیرونی‌سازی از جمله پرخاشگری و بزهکاری در این نوجوانان دو برابر سایر نوجوانان است (۷). پرخاشگری نوجوانان بزهکار تحت تاثیر عوامل مختلف فردی و اجتماعی از قبیل راهبردهای حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی قرار دارد.

راهبردهای حل مسئله^{۱۳} یک راهبرد مقابله‌ای مهمی است که می‌تواند فرد را قادر سازد، موقعیت‌های مشکل‌آفرین روزمره و تأثیر هیجانی آن‌ها را به خوبی کنترل کند و از این طریق تیدگی روان‌شناختی را کاهش دهد، به حداقل رساند و یا پیشگیری نماید. اگر این الگو صحیح باشد، پس توانایی حل مسئله به‌طور معنی‌داری با میزان تیدگی روان‌شناختی ارتباط دارد. بدین صورت که میزان توانایی حل مسئله بالا، پیش‌بینی‌کننده‌ی سطح پرخاشگری پایین و در نتیجه میزان سلامت بالا است (۸). مقامی، زارعی، مددی سوطی و باقری در پژوهشی تحت عنوان "بررسی رابطه‌ی بین ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های حل مسئله با پرخاشگری در میان مردان مجرم" به این نتیجه رسیدند که از میان ویژگی‌های شخصیتی، برون‌گرایی به جزء با پرخاشگری جسمانی با انواع پرخاشگری رابطه منفی معنادار، توافق‌پذیری و با وجدان بودن با انواع پرخاشگری رابطه منفی معنادار و انعطاف‌پذیری فقط با خصومت، رابطه منفی معنادار دارد و روان‌رنجور خوبی با انواع پرخاشگری رابطه مثبت معنادار دارد. از میان سبک‌های حل مسئله، درماندگی و مهارگری با همه انواع پرخاشگری رابطه مثبت معنادار و سبک خلاقانه و اعتماد با انواع پرخاشگری رابطه منفی معنادار دارد و سبک گرایش فقط با خصومت و نمره کل رابطه منفی معنادار دارد و سبک اجتناب با هیچ یک از انواع پرخاشگری رابطه معنادار نداشت (۹). بل و دزوریلا در پژوهشی تحت عنوان "شیوه‌های حل مسئله در کاهش رفتارهای پرخاشگرانه" به این نتیجه رسیدند این شیوه‌ها در کاهش رفتار پرخاشگرانه موفق بوده است. پس از وی پژوهشگران از این

^{۱۳}. problem-solving strategies

شیوه برای درمان اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان استفاده کردند که نتایج اکثر آن‌ها موفقیت‌آمیز بوده است (۱۰).

یکی دیگر از عوامل مؤثر بر پرخاشگری نوجوان بزهکار بهبود مهارت‌های ارتباطی بین نوجوانان می‌باشد. پرخاشگری و رفتار پرخاشگرانه آثار نامطلوبی بر حالت درونی افراد و به پیرو آن بر روابط بین فردی می‌گذارد، از طرفی توانایی در برقرار کردن مهارت‌های ارتباطی مؤثر با دیگران، باعث رشد مطلوب و شکوفایی شخصیت می‌شود (۱۱). بهبود مهارت‌های ارتباطی در افراد توانمندی‌های روانی و اجتماعی را در آنان ایجاد می‌کند که در بهبود خشم و کاهش آن مؤثر است. بررسی‌ها نشان داده خشم مهار نشده، ارتباطات بین فردی را با خطر جدی روبه‌رو می‌سازد و می‌تواند افراد را از کارکرد بهینه باز دارد.

کایدیش نقض در مهارت اجتماعی و ارتباطی را عامل پرخاشگری و بزهکاری نوجوانان می‌داند (۱۲). کسب این مهارت‌ها مستقیماً در کاهش تعاملات مشکل‌زا با دیگران مؤثر است. آن‌ها در تحقیق خود با آموزش مهارت‌هایی مثل ارتباط مؤثر، همدلی، مسئولیت‌پذیری و تعاملات بین فردی توانستند کفایت اجتماعی نوجوانان را در حد زیاد افزایش دهند و در نهایت، میزان پرخاشگری در آن‌ها کاسته شد. مارتین استوری، تمچیف، مارتین و استک نیز معتقدند کودکانی که از مهارت‌های ارتباطی کمتری برخوردارند، گرایش به خشم و پرخاشگری دارند (۱۳). کیم، کامپوس، اورپیناس و کلدر نیز عنوان می‌کنند که بیشتر نوجوانان به دلیل کمبود مهارت‌های ارتباطی مؤثر، احساسات خشم خود را به صورت پرخاشگری بروز می‌دهند (۱۴). بنابراین می‌توان گفت مهارت‌های ارتباطی، شامل توانایی‌هایی خاصی است که عملکرد مناسب فرد را در موقعیت‌های اجتماعی ممکن می‌سازد.

با توجه به مطالب پیش گفته و با در نظر گرفتن اینکه تاکنون پژوهشی به‌طور همزمان رابطه‌ی بین راهبردهای حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی را با پرخاشگری در نوجوانان بزهکار مورد مطالعه قرار نداده است، لذا پژوهش حاضر با مطالعه‌ی همزمان این متغیرها، ضمن مشخص کردن ترکیب خطی این متغیرها، می‌تواند در تعمیم نتایج قبلی و یا به چالش کشیدن آن‌ها مؤثر واقع گردد. همچنین پژوهش حاضر می‌تواند این بستر را فراهم سازد که با شناخت بهتر نسبت به راهبردهای حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی نوجوانان بزهکار، نسبت به بهبود و آموزش این مسائل اقدام نموده و در نهایت موجب کاهش پرخاشگری نوجوانان شود.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان

پژوهش حاضر از لحاظ روش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی نوجوانان پسر بزهکار ارجاع داده شده به مرکز اصلاح و تربیت و نیروی انتظامی شهر اردبیل در سال ۹۵-۱۳۹۴ تشکیل دادند. در پژوهش‌های همبستگی توصیه شده است که به ازای هر متغیر پیش‌بین ۲۵-۲۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شوند، که در پژوهش حاضر بخاطر افزایش اعتبار با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، تعداد ۱۰۰ نوجوان بزهکار از مرکز اصلاح و تربیت و نیروی انتظامی بعنوان نمونه‌ی آماری انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده گردید:

ب) ابزارهای پژوهش

پرسشنامه‌ی پرخاشگری باس و پری^{۱۴}:

پرسشنامه‌ی پرخاشگری باس و پری، پرسشنامه‌ی ۲۹ سؤالی است که چهار جنبه‌ی پرخاشگری؛ فیزیکی، کلامی، خشم و خصومت را می‌سنجد و میزان پرخاشگری کلی را نیز اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه برای گروه‌های سنی نوجوانان و جوانان ساخته شده است. از ۲۹ سؤال این پرسشنامه، ۵ پرسش پرخاشگری کلامی که شامل سوالات (۴، ۶، ۱۴، ۲۱، ۲۷)، ۹ پرسش فیزیکی که شامل سوالات (۲، ۵، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۲۲، ۲۵، ۲۹)، ۷ پرسش خشم که شامل سوالات (۱، ۹، ۱۲، ۱۸، ۱۹، ۲۳، ۲۸) و ۸ پرسش خصومت که شامل سوالات (۳، ۷، ۱۰، ۱۵، ۱۷، ۲۰، ۲۴، ۲۶) را موردسنجش قرار می‌دهد. محتوای آن بر روی یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً شبیه من است (۵)، تا حدودی شبیه من است (۴)، نه شبیه من است نه نیست (۳)، تا حدودی شبیه من نیست (۲) و به شدت شبیه من نیست (۱) مشخص شده است. که حداقل نمره برابر ۲۹ و حداکثر آن برابر ۱۴۵ می‌باشد. دو عبارت ۹ و ۱۶ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. پرسشنامه‌ی پرخاشگری باس و پری از یک منبع ۵۲ سؤالی استخراج شده است که بسیاری از آن‌ها از سیاهه‌ی خصومت با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و تحلیل عاملی تأییدی برگزیده شده‌اند. این پرسشنامه از همسانی درونی بسیار بالایی برخوردار است. پایایی این آزمون در باز آزمایی مجدد بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۰ و همسانی درونی چهار عامل آن را با نمره کل برای روایی آن ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (۱۵).

پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی:

این آزمون که توسط کوئین دام برای سنجش مهارت‌های ارتباطی بزرگسالان ابداع شد دارای ۳۴ عبارت (گویه) است که مهارت‌های ارتباطی را توصیف می‌کند. برای تکمیل آن پاسخگو باید هر گویه را بخواند و سپس میزان انطباق وضعیت فعلی خود را با محتوای آن بر روی یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز)، ۲ (به ندرت)، ۳ (گاه‌گاه)، ۴ (اکثر اوقات) و ۵ (همیشه) مشخص کند. سوالات ۲، ۴، ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حاصل جمع نمرات هر فرد در مجموع ۳۴ عبارت نمره کلی او به دست می‌دهد که مبین مهارت‌های ارتباطی آزمودنی است. دامنه محتمل برای هر فرد بین ۳۴ تا ۱۷۰ خواهد بود. چاری و فداکار برای بررسی روایی سازه آزمون مهارت‌های ارتباطی و نیز ساختار عاملی آن از روش تحلیل عاملی استفاده کردند و در تحلیل خود پنج عامل گوش دادن، توانایی دریافت و ارسال پیام، بینش نسبت به فرایند ارتباط، تنظیم عاطفی و ارتباط توأم با قاطعیت را استخراج کردند. بعلاوه، پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی ۰,۶۹ گزارش شده است که حاکی از همسانی پذیرفتنی این آزمون است (۱۶).

پرسشنامه سبک حل مسئله^{۱۵} (PSS):

این مقیاس را کسیدی و لانگک، طی دو مرحله ساخته‌اند و دارای ۲۴ سؤال است که شش عامل را می‌سنجد و هر کدام از عوامل دربرگیرنده چهار ماده آزمون می‌باشند. این عوامل عبارت‌اند از درماندگی در حل مسئله یا جهت‌یابی (بیانگر بی‌باوری فرد در موقعیت‌های مسئله‌زا است) که شامل سوالات ۱ تا ۴، مهارت‌گری حل مسئله یا کنترل در حل مسئله (بعد کنترل بیرونی - درونی را در موقعیت‌های مسئله‌زا منعکس می‌کند) که شامل سوالات ۵ تا ۸، سبک حل مسئله خلاقانه (نشان‌دهنده برنامه‌ریزی و در نظر گرفتن راه‌حل‌های متنوع برحسب موقعیت مسئله‌زا است) که شامل سوالات ۹ تا ۱۲، اعتماد در حل مسئله (بیانگر اعتقاد در توانایی فرد برای حل مشکلات است) که شامل سوالات ۱۳ تا ۱۶، سبک اجتناب (نشان‌دهنده تمایل به رد شدن از کنار مشکلات به جای مقابله با آن‌ها) که شامل سوالات ۱۷ تا ۲۰ و سبک گرایش یا تقرب و روی آورد (نشان‌دهنده نگرش مثبت به مشکلات و تمایل به مقابله رودررو با آن‌هاست) که شامل سوالات ۲۱ تا ۴۱ می‌باشد. نمره‌گذاری این پرسشنامه به شکل صفر و یک انجام می‌شود و برای گزینه‌ی نمی‌دانم نیز نمره‌ی ۰/۵ در نظر گرفته می‌شود و سپس جمع این نمرات،

15. problem solving style

نشان‌دهنده نمره کلی هر کدام از عوامل ۶ گانه است. بنابراین هر یک از عوامل با داشتن ۴ سؤال، نمره‌ای برابر با حداقل صفر و حداکثر ۴ خواهند داشت. هر عاملی که بالاترین نمره را داشته باشد، نشان می‌دهد فرد به هنگام مواجهه با مشکلات از آن شیوه استفاده می‌کند. در این حالت حداکثر نمره حل مسئله ۲۴ و حداقل نمره صفر و نمره متوسط ۱۲ خواهد بود (۱۷). ضریب آلفا در بررسی باباپور خیرالدین، برابر با ۰/۷۷ و ضریب روایی آن ۰/۸۷ گزارش شده است (۱۷).

ج) شیوه اجرای پژوهش

ابتدا با مسئولین دانشگاه و مراکز اصلاح و تربیت و نیروی انتظامی شهر اردبیل هماهنگی‌های لازم صورت گرفت. سپس بعد از انتخاب نمونه‌ها، به آن‌ها اهداف پژوهش و شیوه‌ی اجرا توضیح داده شد، همچنین از آزمودنی‌های انتخاب‌شده، رضایت شرکت در پژوهش گرفته شد. بعد از اخذ رضایت، از آزمودنی‌ها خواسته شد تا پرسشنامه‌های راهبردهای حل مسئله، مهارت‌های ارتباطی و مقیاس پرخاشگری را تکمیل کنند.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۱۰۰ نوجوان بزهکار با میانگین سنی ۱۸/۸۶۰ و انحراف معیار ۱/۱۵ شرکت داشتند.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی راهبرد حل مسئله‌ی (غیرانطباقی و انطباقی)، مهارت های ارتباطی و پرخاشگری نوجوانان بزهکار

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
درماندگی	۳/۲۹	۱/۱۲
مهارگری	۲/۲۳	۱/۱۳
اجتناب	۳/۴۳	۲/۸۶
راهبرد حل مسئله‌ی غیرانطباقی	۸/۹۶	۲/۸۶
خلاقیت	۱/۴۷	۱/۱۸
اعتماد	۱/۹۱	۱/۲۶
گرایش	۵/۲۳	۳/۱۴
راهبرد حل مسئله‌ی انطباقی	۵/۲۳	۳/۱۴
مهارت های ارتباطی	۵۱/۴۱	۱۰/۸۳
پرخاشگری	۱۲۵/۰۲	۱۲/۹۰

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بالاترین میانگین مربوط به پرخاشگری ($M=۱۲۵/۰۲$)، و پائین‌ترین میانگین مربوط به راهبرد حل مسئله انطباقی ($M=۵/۲۳$)، $(SD=۳/۱۴)$ بود.

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین متغیرهای راهبردهای حل مسئله انطباقی، راهبرد حل مسئله غیرانطباقی و مهارت های ارتباطی با پرخاشگری نوجوانان بزهکار

Sig	R	متغیرها
۰/۰۱	۰/۶۱	درماندگی
۰/۰۱	۰/۴۷	مهارگری
۰/۰۱	۰/۵۷	اجتناب
۰/۰۱	۰/۶۴	راهبرد حل مسئله غیر انطباقی
۰/۰۱	-۰/۵۱	خلاقیت
۰/۰۱	-۰/۵۲	اعتماد
۰/۰۱	-۰/۵۷	گرایش
۰/۰۱	-۰/۶۲	راهبرد حل مسئله ی انطباقی
۰/۰۱	-۰/۵۰	مهارت های ارتباطی

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود، بین راهبرد حل مسئله درماندگی با پرخاشگری نوجوانان بزهکار ($r=0/61, p<0/01$)، بین راهبرد حل مسئله مهارگری با پرخاشگری نوجوانان بزهکار ($r=0/47, p<0/01$)، بین راهبرد حل مسئله اجتناب با پرخاشگری نوجوانان بزهکار ($r=0/57, p<0/01$)، و بین راهبرد حل مسئله غیرانطباقی با پرخاشگری نوجوانان بزهکار ($r=0/64, p<0/01$)، رابطه مثبت معنادار و بین راهبرد حل مسئله خلاقیت با پرخاشگری نوجوانان بزهکار ($r=0/51, p<0/01$)، بین راهبرد حل مسئله اعتماد با پرخاشگری نوجوانان بزهکار ($r=-0/52, p<0/01$)، بین راهبرد حل مسئله گرایش با پرخاشگری نوجوانان بزهکار ($r=-0/57, p<0/01$)، و بین راهبرد حل مسئله انطباقی با پرخاشگری نوجوانان بزهکار ($r=-0/62, p<0/01$)، رابطه منفی و بین مهارت های ارتباطی با پرخاشگری نوجوانان بزهکار ($r=-0/50, p<0/01$)، رابطه منفی معناداری وجود دارد.

جدول ۳. خلاصه مدل تحلیل رگرسیون جهت پیش بینی پرخاشگری نوجوانان بزهار

مدل	R	R ²	R تعدیل شده
۱	۰/۷۴	۰/۵۵	۰/۵۴

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، تقریباً ۵۵ درصد از واریانس پرخاشگری نوجوانان بزهار براساس متغیرهای راهبرد حل مسئله غیرانطباقی، راهبرد حل مسئله انطباقی و مهارت های ارتباطی قابل پیش بینی است. نسبت F نیز بیانگر این است که رگرسیون متغیر پرخاشگری براساس متغیرهای سیستم های راهبردهای حل مسئله و مهارت ارتباطی معنادار می باشد.

جدول ۴. تحلیل واریانس مدل رگرسیون جهت پیش بینی پرخاشگری نوجوانان بزهار

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	Sig
رگرسیون	۹۱۱۹/۸۶	۳	۳۰۳۹/۹۵	۳۹/۶۳	۰/۰۰۱
باقیمانده	۷۳۶۴/۱۰	۹۶	۷۶/۷۱	-	-
کل	۱۶۴۸۳/۹۶	۹۹	-	-	-

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، نسبت F بیانگر این است که رگرسیون پرخاشگری نوجوانان بزهار براساس متغیرهای راهبرد حل مسئله غیرانطباقی، راهبرد حل مسئله انطباقی و مهارت های ارتباطی معنادار می باشد.

جدول ۵. ضرایب بتا و آزمون معناداری t برای متغیرهای پیش‌بین

Sig	T	B	STE	B	متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک
۰/۰۰۱	۱۷/۸۹	-	۷/۶۸	۱۳۷/۳۹	مقدار ثابت	
					راهبرد حل	
۰/۰۰۲	۳/۲۵	۰/۳۵	۰/۴۸	۱/۵۷	مسئله‌ی غیر انطباقی	
					راهبرد حل	پرخاشگری
۰/۰۱۷	-۲/۴۴	-۰/۲۶	۰/۴۴	-۱/۰۷	مسئله‌ی انطباقی	
					مهارت‌های ارتباطی	
۰/۰۰۱	-۴/۷۷	-۰/۳۴	۰/۰۸	-۰/۴۰		

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، متغیر راهبرد حل مسئله‌ی غیرانطباقی با بتای $0/35$ ($p < 0/01$) به‌طور مثبت معناداری، متغیر راهبرد حل مسئله‌ی انطباقی با بتای $-0/26$ ($p < 0/05$)، $-2/44$ ($T=3/25$)، و متغیر مهارت‌های ارتباطی با بتای $-0/34$ ($p < 0/05$)، $T=-4/77$ ، به‌طور منفی معناداری می‌توانند پرخاشگری نوجوانان بزهکار را پیش‌بینی کنند. بتاهای به‌دست آمده نشان می‌دهند که از لحاظ توان پیش‌بینی کنندگی به ترتیب متغیرهای راهبرد حل مسئله‌ی غیرانطباقی، مهارت‌های ارتباطی و راهبرد حل مسئله‌ی انطباقی قرار دارند.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به اهمیت کاهش پرخاشگری در نوجوانان بزهکار، پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی پرخاشگری نوجوانان بزهکار براساس راهبردهای حل مسئله (انطباقی و غیرانطباقی) و مهارت‌های ارتباطی انجام گرفت. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین راهبردهای حل مسئله غیرانطباقی (درماندگی، مهارگری و اجتناب) با پرخاشگری نوجوانان بزهکار رابطه‌ی مثبت معنادار وجود داشت ($P < 0/01$) که با یافته‌های رفیعی‌نژاد (۱۸)؛ رستگاری (۱۹) و کیم، کامفوس، ارپیناس و کدر (۱۴)، همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌ی حاضر می‌توان چنین استدلال کرد افرادی که در موقعیت‌های مسئله‌زا، از راهبردهای غیرانطباقی از قبیل درماندگی، مهارگری و اجتناب استفاده می‌کنند، سلامت عمومی کمتر، آمادگی ابتلاء به اختلال‌های گوناگون روانی و قدرت مقابله‌ای کمتری را از خود نشان می‌دهند. (۲۰). سبک‌های غیرانطباقی همانند سبک‌های انطباقی، تعیین‌کننده سطح سلامت روانی و بهزیستی شخصی به حساب می‌آیند. افرادی که در موقعیت‌های مسئله‌زا، تمایل به نادیده گرفتن مشکلات به جای مقابله با آن‌ها را دارا هستند، سلامت عمومی کمتر، آمادگی ابتلاء به اختلال‌های گوناگون روانی و قدرت مقابله‌ای کمتری از هستند (۲۱). نوجوانانی که در این گونه موقعیت‌های مسئله‌زا تمایلی به مقابله با مشکلات را از خود نشان نمی‌دهند، اضطراب، افسردگی و بهزیستی کمتری نشان می‌دهند. سبک غیرانطباقی بلافاصله‌ترین پاسخ، محسوب می‌شود که نوجوانان ممکن است در برابر مشکلات و مسائل روزمره از خود نشان دهند. به ترتیب سبب استقرار و گسترش کنش‌وری سازشی و مرضی قابل ملاحظه‌ای در این گروه از نوجوانان می‌شود که در این صورت بروز رفتارهای پرخاشگرانه را اجتناب‌ناپذیر می‌سازد. در هر صورت، به همان اندازه که اتخاذ سبک‌های انطباقی حل مسئله، به استقرار و پیشرفت سلامت عمومی و بهزیستی منتهی می‌شود، به کارگیری سبک‌های غیرانطباقی استخوان‌بندی ساختار روانی و جسمانی را در هم می‌شکند و منجر به کاهش قابل ملاحظه‌ای در سطح بهزیستی شخصی فرد می‌شود. یخوابی در پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های حل مسئله با پرخاشگری در دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع سوم دبیرستان‌های شهر تهران» نشان داد که از میان سبک‌های حل مسئله، درماندگی و مهارگری با همه انواع پرخاشگری رابطه مثبت معنادار و سبک خلاقانه و اعتماد با انواع پرخاشگری رابطه منفی معنادار دارد و سبک گرایش فقط با خصومت و نمره کل رابطه منفی معنادار دارد و سبک اجتناب با هیچ‌یک از انواع پرخاشگری رابطه معنادار ندارد (۲۲).

یافته دوم پژوهش نشان داد که بین راهبردهای حل مسئله انطباقی (خلاقیت، اعتماد و گرایش) با پرخاشگری نوجوانان بزهکار رابطه منفی معنادار وجود داشت ($P < 0/01$) که با یافته های بخشایش و دهقان زردینی (۲۳)؛ اشرفی و منجزی (۱۱)؛ یخوابی (۲۲)؛ مویر، بسویک و ویلیامسون (۲۴)، همسو می باشد.

در تبیین یافته‌ی حاضر می توان چنین استدلال کرد که راهبردهای حل مسئله‌ی انطباقی به نوعی جزئی از راهبردهای مقابله‌ای محسوب می شوند که فرد را قادر می سازد، موقعیت‌های مشکل آفرین و هیجان‌انگیز را به خوبی مدیریت و کنترل کند و از این طریق از میزان هیجانناش کاسته شده و تیدگی روان‌شناختی را کاهش می‌دهد و کمتر دچار پرخاشگری شود (۸). کسب راهبردهای حل مسئله‌ی انطباقی نقش مهمی در بهداشت روانی و جسمانی ایفاء می‌کنند، بخصوص زمانی که افراد با رویدادهای ناگوار و تیدگی‌های منفی زندگی مواجه می‌شوند (۲۵). نوجوانان برخوردار از راهبردهای حل مسئله، نوجوانانی هستند که در شرایط مختلف، می‌توانند راه‌حل‌های متنوع را در نظر بگیرند و از بین این راه‌حل‌ها تصمیم‌گیری کنند. این گونه افراد می‌توانند به خوبی با محیط‌شان سازش پیدا کنند و از طریق برقرار کردن ارتباط با دیگران از موقعیت‌های تعارض‌آمیز کلامی و فیزیکی اجتناب کنند. این گونه از نوجوانان رفتارهایی از خود نشان می‌دهند که منجر به پیامدهای مثبت روانی-اجتماعی نظیر کنترل خشم، ارتباط مثبت با دیگر همسالان و پذیرش از طرف آنان می‌شوند.

با وجود بهره‌مندی از راهبرد حل مسئله‌ی انطباقی نوجوان قادر به استفاده از یک راهبرد مقابله‌ای مثبت می‌شوند که توانایی شخصی و اجتماعی آنان را افزایش و پرخاشگری، تیدگی و نشانه‌های روانی را در آنان کاهش می‌دهد (۲۲). مویر، بسویکو و ویلیامسون (۲۴) طی پژوهش‌های زنجیره‌ای، رابطه‌ی معناداری بین آموزش مهارت‌های حل مسئله و کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و افزایش کنترل خود در دانش‌آموزان گزارش کردند.

افرادی که در مقابله با مشکلات از راهبردهای حل مسئله‌ی انطباقی بهره می‌گیرند در مقابله با مشکلات با برخورداری از اعتماد نسبت به خود در برابر مسائل و مشکلات زندگی روزمره، قدرت مقابله‌ای بیشتری از خود نشان داده و پرخاشگری اندکی از خود نشان می‌دهند. راهبردهای حل مسئله انطباقی بالاترین سطح فعالیت شناختی-رفتاری را در بین مهارت‌های زندگی به خود اختصاص داده است (۲۶). حل مسئله، مهارتی مقابله‌ای و عملی است که موجب افزایش اعتماد به نفس می‌شود و با سازگاری شخصی

خوب ارتباط دارد (۲۷). نقص در زمینه راهبردهای حل مسئله یکی از دلایل مهم شناختی در بروز پرخاشگری در نوجوانان است. به وسیله راهبردهای حل مسئله فرد می‌خواهد مهارت‌های مؤثر و سازش یافته مقابله‌ای برای مشکلات روزمره را تعیین، کشف یا ابداع کند.

یافته‌ی سوم پژوهش نشان داد که بین مهارت‌های ارتباطی با پرخاشگری نوجوانان بزهکار رابطه‌ی منفی معنادار وجود داشت ($P < 0/01$) که با یافته‌های اشرفی و منجزی (۱۱)؛ افراسیابی و اکبرزاده (۲۸)؛ هررن کول و همکاران (۲۹)، همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان چنین استدلال کرد که نوجوانی مهم‌ترین مرحله از مراحل رشدی فرد می‌باشد و این اهمیت بدلیل آن است که تغییراتی را که در ابعاد زندگی نوجوان رخ می‌دهد، هم زمان و همه‌جانبه موجب ایجاد فشارهای روانی و به خصوص پرخاشگری، برایشان می‌گردد، درحالی‌که نوجوان هنوز آمادگی و پختگی لازم را برای مقابله مؤثر با چالش‌های زندگی فرا نگرفته است. تعارضات اجتماعی و شرایط پیچیده جهان کنونی، سازگاری را برای نوجوان دشوارتر ساخته است؛ بنابراین نوجوان با به کارگیری مهارت‌های ارتباطی در روابط بین‌فردی در زندگی قادر خواهد بود به‌طور مؤثر و سنجیده با شرایط دشوار و مشکلات خویش غلبه کند و بدیهی است که شیوه نوجوان در مقابله با چالش‌های زندگی، تأثیر زیادی بر موفقیت در زندگی، نشاط و شادابی و سلامت روان وی دارد (۳۰). نوجوانان پرخاشگر غالباً قدرت مهار رفتار خود را ندارند و رسوم و اخلاق جامعه‌ای را که در آن زندگی می‌کنند؛ زیر پا می‌گذارند. کایدیش و همکاران نقص در مهارت اجتماعی و ارتباطی را عامل پرخاشگری و بزهکاری نوجوانان می‌دانند (۱۲). بهبود مهارت‌های ارتباطی موجب بهبود خشم در دختران بزهکار شده است. بهبود مهارت‌های ارتباطی در افراد توانمندی‌های روانی و اجتماعی را در آنان ایجاد می‌کند که در بهبود خشم و کاهش آن مؤثر است. بررسی‌ها نشان داده خشم مهار نشده، ارتباطات بین‌فردی را با خطر جدی روبه‌رو می‌سازد و می‌تواند افراد را از کارکرد بهینه باز دارد. کیم، کامپوس، اورپیناس و کلدر نیز عنوان می‌کنند که بیشتر نوجوانان به دلیل کمبود مهارت‌های ارتباطی مؤثر، احساسات خشم خود را به‌صورت پرخاشگری بروز می‌دهند (۱۴). بنابراین با برخورداری از مهارت‌های ارتباطی، نوجوانان دارای توانایی‌هایی خاصی می‌شوند که عملکرد مناسب فرد را در موقعیت‌های اجتماعی ممکن می‌سازد. مارتین استوری، تمچیف، مارتین و استک نیز معتقدند کودکانی که از مهارت‌های ارتباطی کمتری برخوردارند، گرایش به خشم و پرخاشگری دارند (۱۳).

به‌طور کلی نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که بهره‌مندی نوجوانان بزهکار از مهارت های حل مسئله ی انطباقی و مهارت های ارتباطی در کاهش پرخاشگری این گروه از نوجوانان رابطه معناداری دارد. بنابراین می‌توان با پرورش توانایی حل مسئله انطباقی و مهارت های ارتباطی ، پرخاشگری پائینی را از آنان می‌توان انتظار داشت. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انتخاب نمونه تنها از اردبیل اشاره کرد که تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می‌کند. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی پژوهش‌هایی این‌چنین بر روی نوجوانان بزهکار جوامع دیگر نیز صورت گیرد.

References

1. Behjati Z, Khabbaz M, Naseri M. The Relation of Social Support and Coping Style with Resiliency in Delinquent Male Adolescents. *Social Welfare Quarterly*. 2015; 14(52): 183-200. [Persian]
2. Mousavi V, Rezaei S, Shiri M, Abdekhodaei M. Main and Interactive Effects of Delinquency and Sex on Parenting Styles, Attachment Styles and Personality Trait in Adolescents of Mashhad City. *Journal of Psychology*. 2017; 20(2): 206-222. [Persian]
3. Schwartz S, Phelps E, Lerner V, Huang S, Brown C, Lewin-Bizan S, Li J, Lerner R. Promotion as prevention: Positive youth development as protective against tobacco, alcohol, illicit drug, and sex initiation. *Applied Developmental Psychology*. 2010; 14(4), 197-211.
4. Evans SC, Blossom JB, Canter KS, Poppert-Cordts K, Kanine R, Garcia A. Self-reported emotion reactivity among early-adolescent girls: evidence for convergent and discriminant validity in an Urban community sample. *Behav Ther*. 2016; 47(3): 299-311.
5. Street NW, McCormick MC, Austin SB, Slopen N, Habre R, Molnar BE. Sleep duration and risk of physical aggression against peers in urban youth. *Sleep Health*. 2016; 2(2): 129-35.
6. Xie X, Chen W, Lei L, Xing C, Zhang Y. The relationship between personality types and prosocial behavior and aggression in Chinese adolescents. *Pers Individ Differ*. 2016; 95(1): 56-61.
7. Oconnor F, Lovell D, Brown L. Implementing residential treatment for prison inmates with mental illness. *Arch Psychiatr Nurs*. 2015; 16(5): 232-8.
8. Foroghanfar M. The relationship of problem solving with marital adjustment of married students Shahid Beheshti University. Master's thesis. Tabriz University. 2007. [Persian]
9. Maghami R., Zarei M, Madadi Soti F, Bagheri N. The relationship between personality traits and problem solving style with aggression among male offenders. The third international conference on new research in the humanities. 2017. [Persian]
10. Bell AC, Zunlla TJ. Problem-solving therapy for depression: A metaanalysis *Clinical Psychology Review*. 2009; 29: 348-353.
11. Ashrafi M, Monjezi F. The effectiveness of communication skills training in reducing aggression among female high school students.

- Researches of Cognitive and Behavioral Science. 2014; 3(1): 81-98. [Persian]
12. Kadish TE, Glasser BA, Ginter EJ. Identification The developmental Strengths of Juvenile offerens: Assessing for life Skills. Journal of Addications and offender counseling. 2007; 21(2): 11-85.
 13. Martin-Storey A, Temcheff C, Martin E, Stack D. Interventions for Childhood Aggression in a Cross-Cultural Context:Challenges and Guidelines, Psychology & Developing Societies. 2009; 21(2): 235-256.
 14. Kim SW, Kamphaus RW, Orpinas P, Kelder SH. Change in the Manifestation of Overt Aggression During Early Adolescence: Gender and Ethnicity, School Psychology International. 2013; 31 (1): 95-111.
 15. Ganje A., Dehestani M., Zademohammadi A. Compare the effectiveness of problem solving ski`lls and emotional intelligence training in reducing aggression male high school students. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2014; 14(52): 38-50. [Persian]
 16. Hosseincharii M, Fadakar M. The effect of university on communication skills based on comparison of student & knowledge-student. Address behavior researchjournal, Vol: XII, new era. 2005; 15: 21-32. [Persian]
 17. Babapour Kheirodin J. Examine the relationship between mode of problem solving, conflict resolution styles and psychological health among students in teacher education students. Journal of Psychology. 2003; 7(1): 3-16. [Persian]
 18. Rafieinejad L. The relationship between self-efficacy and social problem solving ability with aggression. Psychology Research Conference on social and cultural damage. 2015. [Persian]
 19. Rastgari F. Relationship problem solving skills with anxiety and aggression among high school girls and boys kohgiluyeh city. Master's thesis in General Psychology, Islamic Azad University of Mrvdasht. 2014. [Persian]
 20. Zarean M, Asadollah-pour A, Bakhshi-pour Roodsari A. Relationship between Emotional Intelligence and Problem-solving Styles with General Health. Iranian Psychiatry and Clinical Psychology. 2008; 13(2): 166-172. [Persian]

21. Aghausefi A, Sharif N. The Relationship between Problem Solving Styles and Subjective Well-being in the University Students. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2012; 6(22): 79-88. [Persian]
22. Yekhvani Z. The relationship between personality traits and problem solving styles with aggression in male and female junior high school students in Tehran. Master thesis in General Psychology, University of Al Zahra. 2011. [Persian]
23. Bakhshayesh A, Dehghan Zardini R. Effectiveness problem solving skills in reducing behavior problems of students. *Journal of Behavioral Sciences*. 2014; 7(4): 15-16. [Persian]
24. Muir T, Beswick K, Williamson J. I'm not very good at solving problems: An exploration of students' problem solving behaviours". *The Journal of Mathematical Behavior*. 2014; 27(3), 228-241.
25. Bolton RB. *Psychology of human communications*. Translated by: Sohrabi, H., Hayat Roshanaei, A. Tehran: Roshd Publications. 2009.
26. Bryan G. *Classroom behavior, contexts, and interventions*, Bingley, UK: Emerald. 2012.
27. Izadi R., Sepas Ashtiani M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy with problem solving skills training in reducing test anxiety symptoms. **Journal of Research in Behavioural Sciences**. 2011; 4(1): 7-8.
28. Afrasyabi M, Akbarzadeh N. Review and compare practices coping with stress in normal and delinquent adolescents in Tehran. *Psychological studies*. 2008; 3(1): 7-20. [Persian]
29. Herrenkohl TI, McMorris BJ, Catalano RF, Abbott RD, Hemphill SA, Toumbourou JW. Risk Factors for Violence and Relational Aggression in Adolescence. *Journal of Interpersonal Violence*. 2011; 22(4): 384-405.
30. Mokhtari M., Fakhri M, Hasanzadeh R. Effect of life skills on aggression among high school students, the first National Conference on Sustainable Development in Psychology, Social and Cultural Studies. 2015. [Persian]

The Prediction Aggressive of Juvenile Offenders with Strategies of problem solving and Communication skills

Ali Sheykholeslami ^{۱*}, Elham Asadolahi^۲, Nasim Mohammadi^۳

Abstract

Background and Purpose: The purpose of this study was to the prediction between aggressive of juvenile offenders with Strategies of problem solving and communication skills.

¹. ***Corresponding Author:** Assistant Professor, University of Mohaghegh Ardabil, Ardabil, Iran . Email: a-sheikholslami@yahoo.com

² .M. A. in General Psychology, Islamic Azad University of Ardabil, Ardabil, Iran.

³ .M.A. in Family Counseling, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Method: Design of this study was correlational. statistical population constituted of adolescent juvenile offenders detained in correction center training and the Police Force in Ardabil City 2015-2016 years, from this population, 100 adolescent juvenile offenders were selected using convenience sampling method and responses were Bas and Parry aggression questionnaire, Queen Dam communication skills and Cassidy & Lang problem solving styles questionnaire. Data analysis was performed through Pearson's correlation coefficient and regression analysis.

Results: The finding showed a positive significant correlation between non-compliance Problem-solving strategies (helplessness, control, avoidance), and a negative significant correlation between adaptive problem-solving strategies (trust, creativity, orientation) and Communication skills. Also, The results of regression analysis revealed that 0/55 of total variance of aggressive of juvenile offenders can be explained by non-compliance Problem-solving, adaptive problem-solving strategies and communication skills.

Conclusion: Thus, we can conclude that non-compliance Problem-solving strategies (helplessness, control, avoidance), adaptive problem-solving strategies (trust, creativity, orientation) and communication skills of the variables associated with aggressive of juvenile offenders.

Keywords: aggressive, strategies of problem solving, communication skills, Juvenile offender

مقایسه سازگاری اجتماعی، خودنظم دهی و باورهای دینی در زنان معتاد و عادی
شهر ارومیه

اسماعیل صدری دمیرچی*^۱، نسیم محمدی^۲

^۱. نویسنده مسئول مکاتبات: استادیار گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل،

ایران. تلفن: 09144818022

ایمیل: araz_sadri@yahoo.com

^۲. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

nasimmohammadi@vatanmail.ir

چکیده:

سابقه و هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی میزان سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و باورهای دینی در زنان معتاد و عادی شهر ارومیه بود.

روش بررسی: روش پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. کلیه‌ی زنان معتاد و عادی شهر ارومیه در سال ۹۵-۱۳۹۴ جامعه‌ی آماری این پژوهش را تشکیل می‌دادند که از میان آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۰۰ زن (۱۰۰ زن معتاد و ۱۰۰ زن عادی) انتخاب شده و به پرسشنامه‌ی سازگاری اجتماعی بل، خودنظم‌دهی میلر و براون و باورهای دینی کلارک پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین میزان سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و باورهای دینی بین دو گروه از زنان تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). بدین صورت که سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و باورهای دینی زنان عادی بیشتر از زنان معتاد بود.

نتیجه‌گیری: بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت تدابیر ویژه برای افزایش میزان سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و باورهای دینی در زنان معتاد جهت ترک و جلوگیری از بازگشت آنان امری ضروری بنظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی، باورهای دینی.

مقدمه

اعتیاد یکی از مشکلات اساسی جامعه ی بشری است. بطوری که میلیون ها زندگی را ویران و سرمایه های کلان ملی صرف مبارزه، درمان و صدمات ناشی از آن می شود. متأسفانه هر روز شمار زیادتری از افراد به مصرف مواد روی می آورند و دچار پیامدهای جسمی، روانی، فرهنگی، خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی ناشی از اعتیاد می شوند. کشور ما به دلایل فرهنگی، برخی باورهای نادرست و شرایط ویژه، جغرافیایی مانند هم جواری با کشورهای بزرگ تولیدی مواد افیونی دارای شرایط مناسب برای روی آوردن جامعه بدست اعتیاد است (۱). اعتیاد یک نابهنجاری با نشانه های بالینی، رفتاری و شناختی بوده که در ایجاد آن، عوامل اجتماعی و عوامل زیست شناختی از یک طرف و عوامل زیست شناختی و داروشناختی از طرف دیگر نقش دارند. عوامل اجتماعی بیشتر در شروع مصرف و عوامل زیست شناختی در ادامه وابستگی مطرح هستند (۲). اعتیاد به مواد مخدر، یکی از چهار بحران جهانی هزاره سوم و درصدر تهدیدها و آسیب های اجتماعی و از غم انگیزترین معضلات جوامع امروزی است که اکثر جوامع مختلف به ویژه جامعه ما را به چالش کشانده است و تاثیر آن در ظهور سایر آسیب های اجتماعی نمود عینی دارد (۳). اعتیاد که برآمده از مصرف مواد مخدر و در واقع حالتی مزمن در اثر تکرار مصرف مواد مخدر است دارای این مشخصات است: ۱- در اثر مصرف مکرر مواد عادات روحی ایجاد می شود و این عادات فرد را علت نیاز و تمایل روانی به سوی مصرف مواد مخدر ترغیب می کند. ۲- مقدار مواد مصرفی مرتباً رو به افزایش می رود. ۳- در اثر قطع دارو نشانگان محرومیت در شخص از قبیل پرخاشگری، تنش، اضطراب و... ایجاد می شود. ۴- اعتیاد به مواد مخدر برای افراد یا جامعه حالت زیان آوری پیدا می کند (۴).

تعداد مصرف کنندگان مواد در سطح جهان به ۱۹۰ میلیون نفر می رسد و در ایران نیز آمار رسمی معتادان کشور را دو میلیون نفر اعلام کرده اند که میانگین سنی این افراد به ۱۸ سال می رسد. بررسی آمارهای اخیر و مقایسه آن با آمارهای گذشته نشان می دهد در طی ۴۰ سال گذشته روند کلی اعتیاد رو به افزایش بوده است. در قرن حاضر قاچاق مواد غیرقانونی، مواد مخدر و داروهای روان گردان و اعتیاد به آن ها به صورت بحرانی اجتماعی درآمده است. در حال حاضر سالیانه بیش از ۲۶ میلیون مورد مرگ به علت مصرف مواد مخدر در دنیا گزارش می شود و این درحالی است که تا ۲۰ سال آینده این رقم به بیش از ۴۰ میلیون مورد خواهد رسید که بیش از ثلث آن در کشورهای در حال توسعه رخ

خواهد داد (۵). از طرفی زنان معتاد بسیار آسیب پذیرتر از مردان معتادند، چرا که مصرف مواد در زنان اغلب با آسیب‌های اجتماعی دیگری از جمله فرار از خانه، تجاوز و فقر توأم است، هم چنین زمانی که یک زن معتاد می‌شود، تنها خود گرفتار پیامدهای فردی و اجتماعی آن نمی‌شود بلکه فرزندان و خانواده را نیز تحت تاثیر قرار داده و ستون خانواده سست می‌شود (۶). اعتیاد به موادمخدر زنان نه تنها یکی از معضلات اصلی کشور اسلامی ایران است، بلکه معضلی بزرگ برای جامعه بانوان در سراسر دنیا است، آمار رو به افزایش مصرف موادمخدر در دنیای کنونی به گونه‌ای است که یکی از سم‌شناسان معروف دنیا به نام لودوینگ می‌گوید: «اگر غذا را مستثنی کنیم، هیچ ماده‌ای در روی زمین نیست که به اندازه موادمخدر این چنین آسان وارد زندگی ملت‌ها شده باشد». تاکنون امر پیشگیری از اعتیاد زنان توجه مسئولان، محققان و پژوهشگران را به خود جلب نکرده بوده و مسئله‌ی اعتیاد موضوعی بود که بیشتر مردانه تلقی می‌شد. اما با ظهور مواد جدید روان‌گردان و تبلیغات نادرست و برخی علل و عوامل دیگر جامعه بانوان با تهدیدی جدی روبه‌رو شده و نظر همگان را به خود جلب کرده است.

ردپای سازگاری اجتماعی معمولاً در زمینه اعتیاد به مواد می‌تواند وجود داشته باشد. فرض نامعقولی نیست که بگوییم تقریباً هر فرد معتاد به مواد مخدر به نوعی دچار عدم تعادل سازگاری اجتماعی می‌باشد (۷). سازگاری اجتماعی شامل سازگاری فرد با محیط اجتماعی خود است که این سازگاری ممکن است با تغییر دادن خود و یا محیط به دست آید (۸). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سوء مصرف کنندگان هنگام مواجهه با مسائل، مشکلات هیجانی شدیدتری (به طور مثال استرس بیشتری) تحمل می‌کنند و در نتیجه امکان استفاده از شیوه‌های حل مسئله کارآمدی را از دست می‌دهند (۹). بنابراین، قرار گرفتن در موقعیت‌های استرس‌زا و استفاده از شیوه‌های حل مسئله ناکارآمد و هیجان‌مدار، منجر به ایجاد یک چرخه‌ی معیوب و افزایش استرس در آنها و کاهش سازگاری اجتماعی می‌شود و در نهایت میزان عود را در این افراد افزایش می‌دهد (۱۰، ۱۱، ۱۲).

ابوالقاسمی و همکاران (۱۳) در مطالعه‌ای نشان دادند که سازگاری اجتماعی با پیامدهای روان‌شناختی همبستگی منفی معنی‌داری دارد. سازگاری اجتماعی از طریق آمادگی و توانمندی‌های فرد برای واقع‌بینی، تجهیز فرد بر مثبت‌نگری و توجه به موفقیت‌ها و تدارک زمینه‌های مناسب سلامت روانی فرد را از ناکامی‌ها، نگرانی‌ها و اضطراب‌ها و پناه بردن به روش‌های مقابله‌ای اجتنابی (مانند

استفاده از مواد مخدر و غیره) دور می‌سازد. همچنین می‌توان بیان کرد که به محض ادراک معیارهای سازگاری اجتماعی توسط شخص، افرادی که گنجینه رفتارهای خودنظم دهی بیشتری دارند به فشارها و استرس‌های اجتماعی پاسخ سازگاران می‌دهند. اما بالاترین پیامدهای روان‌شناختی در افرادی تجربه می‌شود که در محیط خودشان معیارهای سازگاری را ادراک می‌کنند.

طبق نظریه‌های خودنظم دهی اعتیاد گرایانه حاصل اعتماد بیش از حد به ساختارهای بیرونی (از جمله مصرف مواد) برای حفظ تعادل جسمانی و روانی است. خودنظم دهی فرایندی است که به موجب آن افراد اهداف خود را تنظیم می‌کنند، هیجانات و افکارشان را کنترل می‌کنند و راهبردهایشان را بهبود می‌بخشند. در خودنظم‌دهی، فرد از رفتار خود ارزیابی به عمل آورده و چنانچه متناسب با استانداردهایش باشد، رفتارش خوب ارزیابی شده و باعث خوشحالی وی می‌شود و چنانچه این رفتار متناسب با استانداردها نباشد، سعی می‌کند با تغییر دادن رفتار به استانداردها دست یابد، سپس مجدداً ارزیابی به عمل می‌آورد تا بداند آیا توانسته است فاصله‌ی رفتار از استانداردها را کمتر نموده و یا از بین ببرد. هنگامی که بین رفتار و استانداردها فاصله‌ای وجود نداشته باشد، آن‌گاه این فرایند را متوقف کرده و یا از ذهن خود بیرون می‌فرستد (۱۴). اغلب کوششهای خودنظم‌دهی، به تدریج بدون اینکه با موانع بیرونی یا نقایص شخص مواجه شوند، ادامه می‌یابند. با وجود این، گاهی اوقات افراد در آن چه که می‌خواهند انجام دهند یا در آن گونه که می‌خواهند باشند، با مشکلاتی روبرو می‌شوند. به عنوان مثال، خودنظم‌دهی پایین می‌تواند در اعتیاد به مصرف دارو و الکل دخیل باشد و در واقع، یکی از مهمترین علل آن در نظر گرفته می‌شود، زیرا خودداری از مصرف دارو و الکل بعد از این که فرد جریان تنظیم مصرف را تثبیت کرد، بسیار مشکل می‌باشد و این سوءمصرف‌ها مشکلات اجتماعی فراوانی از قبیل بی‌توجهی والدین، برخورد قانونی، فقر و جرم را در پی دارند. خودنظم‌دهی می‌تواند به افراد کمک کند تا در مقابل اعتیاد به مصرف دارو و الکل مقاومت کنند و در نتیجه مشکلات مختلف در ارتباط با اعتیاد را کاهش دهند (۱۵).

نجفی و احمدی طهور سلطانی (۱۶) در پژوهشی به مقایسه خودنظم دهی و تحمل ابهام در افراد معتاد، سیگاری و عادی پرداخت و نتایج پژوهش نشان داد که بین نمره کلی خودنظم‌دهی افراد معتاد با دو گروه دیگر تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین میزان تحمل ابهام افراد معتاد نسبت به دو گروه

دیگر پایین تر بود. طبق یافته‌های جان^۱ و همکاران (۱۵) خودنظم‌دهی پایین می‌تواند در اعتیاد به مصرف دارو و الکل دخیل باشد و در واقع یکی از مهم‌ترین علل آن در نظر گرفته می‌شود، زیرا خودداری از مصرف دارو و الکل بعد از این که فرد جریان تنظیم مصرف را تثبیت کرد بسیار مشکل می‌باشد و این سوء مصرف‌ها مشکلات اجتماعی فراوانی از قبیل بی‌توجهی والدین، برخورد قانونی فقر و جرم را در پی دارند. خودنظم‌دهی می‌تواند به افراد کمک کند تا در مقابل اعتیاد به مصرف دارو و الکل مقاومت کنند و در نتیجه، مشکلات مختلف در ارتباط با اعتیاد را کاهش دهند.

به نظر می‌رسد که برخی از عوامل به عنوان عوامل حمایت‌کننده^۲ و برخی دیگر به عنوان عوامل خطرآفرین^۳ ابتلا به مواد مخدر را تحت تاثیر قرار دهند. یکی از عوامل حمایت‌کننده فرد، دینداری است که در برخی از مطالعات (۱۷) از آن به عنوان سپری در مقابل وابستگی به مواد یاد شده است. دین از طریق برقراری یک نظم اخلاقی، تدارک فرصت‌هایی برای بدست آوردن شایستگی‌های یاد گرفته شده و تهیه قوانین اجتماعی، سوء مصرف مواد و بهبودی از آن را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱۸). رفتارها و عقاید دینی، تاثیر مثبتی در معنادار کردن زندگی دارند. رفتارهایی از قبیل توکل به خداوند، عبادت و زیارت می‌توانند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش‌های مثبت، موجب آرامش درونی فرد شوند. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل‌زا، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی، همگی از روش‌هایی هستند که افراد باورهای دینی با دارا بودن آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شوند (۱۹). میلر، دیویس و گرین والد^۴ (۲۰) در تحقیقی تحت عنوان «بررسی رابطه بین سطح دینداری خانواده و مصرف مواد مخدر میان نوجوانان» به بررسی نقش دینداری در خانواده و تاثیر آن بر میزان اعتیاد کودکان پرداختند. براساس نتایج بدست آمده از مطالعات آنها، نوجوانانی که دیندار نیستند و نمرات پایینی در اندازه‌گیری میزان فعالیت دینی بدست می‌آوردند در مقایسه با نوجوانان دارای سطح بالاتر فعالیت دینی، مصرف و سوء مصرف مواد بیشتری را دارند. ریچارد، بل و

1. John

2. protective factor

3. risk factor

4 Miller, Davies, & Greenwald

کارلسون^۱ (۲۱) در مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی رابطه بین مذهب و مصرف مواد مخدر، به بررسی نقش اخلاقیات و معنویت در جامعه و تاثیر آن بر ترک اعتیاد جوانان پرداختند. در نتایج بدست آمده از مطالعات آنها نشان داده شده است که افزایش حضور در مکان‌های مذهبی به کاهش مصرف الکل و کوکاین در بین گروه نمونه کمک می‌کند.

بنابراین، با توجه به اطلاعات اندک و نبود پژوهش‌هایی جامع در زمینه سازگاری اجتماعی، خودنظم دهی و باورهای دینی زنان، به خوبی نمی‌توان به شناسایی این سازه‌های مهم و موثر در افراد معتاد خصوصاً زنان دست یافت. تحقیق حاضر به عنوان گام مقدماتی در راستای پاسخ گویی به ابهام فوق بوده و مسئله تحقیق را در حیطه خلأ نظری دانش عنوان می‌کند و پژوهشگر را بر آن داشته تا با بررسی سازگاری اجتماعی، خودنظم دهی و باورهای دینی بین زنان معتاد و عادی، نقش هر یک از متغیرها را در افراد تعیین نماید بنابراین، هدف ما در این تحقیق بررسی این موضوع می‌باشد که آیا سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و باورهای دینی در زنان معتاد و عادی متفاوت می‌باشد؟

روش

طرح پژوهش حاضر، توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای (پس رویدادی) بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمامی زنان معتاد به مواد مخدر مابین ۱۶ الی ۲۸ سال شهر ارومیه در سال ۹۵-۱۳۹۴ بود که از میان آنها به صورت در دسترس ۱۰۰ زن معتاد و ۱۰۰ زن به عنوان افراد عادی انتخاب شده و به پرسش‌نامه‌های ذیل پاسخ دادند:

پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل: پرسشنامه سازگاری اجتماعی (بل)، ۱۶۰ سوالی برای ارزیابی مقیاس‌های مختلف سازگاری اجتماعی استفاده شده است. که یک پرسشنامه ۲ گزینه (بله و خیر). نمره بالا نشانگر دوری و کناره‌گیری از تماس اجتماعی و تسلیم در برابر آن معرفی می‌شود و افرادی که نمره کم احراز کرده‌اند در تماس اجتماعی حالت پرخاشگری دارند.

اعتبار اجتماعی ۸۸٪ است. اعتبار هر یک از قسمت پرسشنامه و کل نمرات آن پس از جدول‌بندی مشخص می‌شود و ضرایب بوسیله همبستگی موارد فرد-زوج و استفاده از فرمول پیش بینی (اسپیرمن- براون) تعیین می‌شود. اعتبار در خانه ۹۱٪، اعتبار در سازگاری اجتماعی ۸۱٪ و اعتبار شغلی ۸۵٪ و مجموعه نمرات ۹۴٪ است. بل ضرایب پایایی را برای خرده مقیاس‌های سازگاری در خانه، سازگاری

¹ Richard, Bell, & Carlson

بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی و برای کل آزمون به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۵ و ۰/۹۴ گزارش کرده است. همچنین، این آزمون روایی بالایی در تشخیص گروه های بهنجار از نورو تیک و همبستگی آزمون های شخصیت آیسنگ نشان داده است (۲۲).

برای نمره گذاری پرسشنامه به این ترتیب عمل می شود که برای به دست آوردن نمره مربوط سازگاری اجتماعی کلید مربوط را پس از سوراخ کردن بر روی پاسخ نامه قرار داده و نمره بدست آمده را جلوی عنوان خودش در پایین صفحه پاسخنامه می نویسیم و در آخر نمره مربوط به سازگاری اجتماعی را درج کرده و تفسیر می کنیم. به سه شکل خوب و متوسط و ضعیف می توانیم طبقه بندی کنیم.

پرسشنامه خودنظم دهی میلر و براون (SRQ): مقیاس خودتنظیمی توسط میلر و همکاران (۲۳) برای سنجش مولفه های خودتنظیمی ساخته شده است و از ۶۳ گویه تشکیل شده است و دارای ۷ خرده مقیاس (پذیرش، ارزیابی، راه اندازی، بررسی، برنامه ریزی، اجرا و سنجش) است. نمره گذاری آن بصورت درجه بندی لیکرت از ۱ تا ۵ می باشد. در این پرسشنامه نمره بالاتر از ۲۳۹ بیانگر خودتنظیمی بالا، بین ۲۳۹ تا ۲۱۴ نشان دهنده خودتنظیمی متوسط و کمتر از ۲۱۳ نشان دهنده خودتنظیمی پایین می باشد. ابری و همکاران (۲۴) اعتبار بازآزمایی پرسشنامه را ۰/۹۴ ذکر کرده اند و اعتبار به روش همسانی درونی ۰/۹۱ گزارش شده است. روایی واگرای پرسشنامه با پرسشنامه مصرف الکل ۰/۲۳، با خطرپذیری ۰/۲۴۴- و برانگیختگی ۰/۴۶۹- ذکر شده که معنادار است.

نمره گذاری این پرسشنامه بصورت درجه بندی لیکرت از ۱ تا ۵ می باشد.

برای سوالهای زیر نمره گذاری بصورت معکوس انجام می گیرد که در اینصورت مطابق جدول زیر عمل می شود:

سوالهای معکوس: ۲ - ۳ - ۴ - ۵ - ۶ - ۸ - ۱۰ - ۱۲ - ۱۳ - ۱۵ - ۱۹ - ۲۰ - ۲۱ - ۲۴ - ۲۶ - ۲۹ - ۳۱ - ۳۳ - ۳۷ - ۴۰ - ۴۳ - ۴۵ - ۵۰ - ۵۵ - ۶۲ - ۶۳.

پرسشنامه باورهای دینی گلاک و استارک: این پرسشنامه توسط گلاک و استارک برای سنجیدن نگرش ها و باورهای دینی و دینداری ساخته شده برای استاندارد کردن در کشورهای مختلف اروپا، آمریکا، آفریقا و آسیا، است. و بر روی پیروان ادیان مسیحیت، یهودیت و اسلام اجرا گردیده و با دین اسلام هم انطباق یافته است. این پرسشنامه دارای ۲۶ سوال بوده و هدف آن سنجیدن ابعاد

چهارگانه نگرش‌ها و باورهای دینی و دینداری (اعتقادی، عاطفی، پیامدی، مناسکی) است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه از ۰ تا ۴ می‌باشد.

- بعد اعتقادی یا باورهای دینی عبارت است از باورهایی که انتظار می‌رود پیروان آن دین به آنها اعتقاد داشته باشند.

- بعد مناسکی یا اعمال دینی، شامل اعمال دینی مشخصی همچون عبادت، نماز، شرکت در آئینهای دینی خاص، روزه گرفتن و... است که انتظار می‌رود پیروان هر دین آنها را بجا آورند.

- بعد تجربی یا عواطف دینی، ناظر بر عواطف، تصورات و احساسات مربوط به داشتن رابطه با جوهری ربوبی همچون خدا یا واقعیتی غایی یا اقتداری متعالی است.

- بعد پیامدی یا آثار دینی ناظر به اثرات باورها، اعمال، تجارب و دانش دینی بر زندگی روزمره پیروان است (۲۵).

میزان اعتبار این پرسشنامه در مطالعات مختلف بر روی نمونه‌های متفاوت تعیین گردیده که حاکی از اعتبار بالایی آن در ابعاد مختلف می‌باشد. در آخرین اجرای این آزمون بر روی دانشجویان آلفای کلی پرسشنامه ۰/۸۳ بوده است. این آزمون همچنین به دلیل استاندارد بودن دارای پایایی بالایی است. همچنین در پژوهش سراج زاده، (۲۵) پایایی پرسشنامه باورهای دینی با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آلفا برای متغیرهای بعد اعتقادی ۰/۸۱، بعد عاطفی ۰/۷۵، بعد پیامدی ۰/۷۲ و بعد مناسکی ۰/۸۳ می‌باشد.

روش اجرا: آزمونگر ابتدا رضایت و همکاری آزمودنیها را جلب نموده و اهداف تحقیق را بیان کرده است. سپس هر سه پرسشنامه در اختیار آزمودنیها قرار گرفته است. و پرسشنامه‌ها توسط دو گروه تکمیل شدند و بدین طریق داده‌های تحقیق گردآوری گردید. نهایتاً داده‌های مورد نیاز استخراج و به واسطه نرم افزار SPSS-22 مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

در این پژوهش ۱۰۰ آزمودنی معتاد و ۱۰۰ آزمودنی عادی حضور داشتند.

جدول ۱: آماره های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
سازگاری تحصیلی	۴۲/۹	۷/۷۶
سازگاری اجتماعی	۴۴/۵۹	۸/۴۲
سازگاری تحصیلی/شغلی	۴۵/۰۵	۸/۲۵
پذیرش	۲۱/۹۸	۹/۷۷
ارزیابی	۲۲/۱۹	۹/۸۵
راه اندازی	۲۲/۱	۹/۸۸
بررسی	۲۲/۰۴	۹/۷۶
برنامه ریزی	۲۱/۸۵	۱۰/۱۴
اجرا	۲۲/۰۳	۹/۹۰
سنجش	۲۲/۱	۱۰/۰۹
بعد اعتقادی	۱۲/۹۹	۵/۰۵
بعد عاطفی	۱۳/۵۷	۵/۳۷
بعد پیامدی	۱۴/۶۷	۵/۲۶
بعد مناسکی	۱۴/۵۸	۵/۳۴

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که بیشترین میانگین مربوط به متغیر سازگاری تحصیلی/شغلی با میانگین (۴۵/۰۵) و انحراف معیار (۸/۲۵) و کمترین میانگین مربوط به متغیر راه اندازی با میانگین (۲۲/۱) و انحراف معیار (۹/۸۸) و سنجش با میانگین (۲۲/۱) و انحراف معیار (۱۰/۰۹) می باشد.

جدول ۲: آزمون نرمال بودن داده ها در متغیر های سازگاری اجتماعی ، خود نظم دهی و دینداری

دین داری	خود نظم دهی	سازگاری اجتماعی		
۰/۱۱	۰/۱۹۸	۰/۰۹۳	کامل	
۰/۱۱	۰/۱۹۸	۰/۰۹۳	مثبت	بیشترین تفاوت ها
-۰/۰۸۴	-۰/۱۱۲	-۰/۰۵۲	منفی	
۱/۵۵	۲/۷۹۶	۱/۳۱۸	نمره Z کولموگروف - اسمیرینوف	
۰/۰۱۶	۰/۰۰۰	۰/۰۶۲	سطح معنی داری	

با توجه به آزمون کولموگروف اسمیرینوف انجام شده بر روی آزمون ها ، مشخص گردید که داده های متغیر سازگاری اجتماعی نرمال می باشد ولی متغیر های خود نظم دهی و دینداری نرمال نمی باشند.

جدول ۳: مقایسه نمره سازگاری اجتماعی بین زنان معناد و عادی

سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	df	جمع مجذورات	
۰/۰۰۰	۷۵/۲۵۱	۱۳۶۱۲/۵	۱	۱۳۶۱۲/۵	بین گروهی
		۱۸۰/۸۹۵	۱۹۸	۳۵۸۱۷/۱۸	درون گروهی
			۱۹۹	۴۹۴۲۹/۶۸	کل

جدول ۳ نمره آزمون سازگاری اجتماعی زنان معناد و عادی را می سنجد که نتایج بدست آمده در این جدول نشان دهنده این است که بین دو گروه موجود (معناد و عادی) از نظر نمره آزمون سازگاری اجتماعی تفاوت معنی داری دارند این تفاوت در سطح معنی داری (P) بدست آمده در جدول مشخص می باشد که از آلفا های موجود ($\alpha = ۰,۰۵ . ۰,۰۱$) کوچک تر می باشد .

جدول ۴: مقایسه نمره خودنظم دهی بین زنان معتاد و عادی

سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	df	جمع مجذورات	
۰/۰۰۰	۱۱۹۹/۲۱۲	۳۶۱۶۷۵/۱۲۵	۱	۳۶۱۶۷۵/۱۲۵	بین گروهی
		۳۰۱/۵۹۴	۱۹۸	۵۹۷۱۵/۶۳	درون گروهی
			۱۹۹	۴۲۱۳۹۰/۷۵۵	کل

جدول فوق بیانگر این نکات است که بین دو گروه معتاد و عادی از بین زنان در نمره آزمون خود نظم دهی بسیار متفاوت می باشد زیرا سطح معنی داری و P بدست آمده بیان کننده این موضوع است که بین این دو گروه از نظر نمره خود نظم دهی متفاوت است و سطح معنی داری بدست آمده (۰/۰۰۰۱) از آلفاهای موجود کوچکتر می باشد. ($\alpha > ۰۰۰۱/۰=۰/۰۱$ و $۰/۰۵$)

جدول ۵: مقایسه نمره دین داری بین زنان معتاد و عادی

سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	df	جمع مجذورات	
۰/۰۰۰	۲۱۷/۶۴۳	۲۰۹۹۲/۰۰۵	۱	۲۰۹۹۲/۰۰۵	بین گروهی
		۹۶/۴۵۱	۱۹۸	۱۹۰۹۷/۳۹	درون گروهی
			۱۹۹	۴۰۰۸۹/۳۹۵	کل

نتایج بدست آمده در جدول ۵ نشان می دهد که بین دو گروه معتاد و عادی از نظر نمره دین داری باهم متفاوت می باشند سطح معنی داری یا همان P موجود در جدول نشان می دهد که بین دو گروه تفاوت معنی داری در سطح معنی داری ۰/۰۱ می باشد یعنی با ضریب اطمینان ۹۹ درصد بین این دو گروه تفاوت وجود دارد.

جدول ۶: رابطه بین سازگاری اجتماعی، دینداری و خودنظم دهی در افراد معتاد

متغیر	df	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
سازگاری اجتماعی	۱	۱۵۴۴۸۰۰/۴۱	۹۶۴۶/۱۱۸	۰/۰۰۰۱
دینداری	۱	۲۰۷۵۷۱/۳۶	۱۷۸۴/۳۳۷	۰/۰۰۰۱
خودنظم دهی	۱	۱۲۴۹۰۲۹/۷۶	۸۸۳۸/۵۸۶	۰/۰۰۰۱

مقدار F بدست آمده متغیرها (سازگاری اجتماعی، دینداری، خودنظم دهی) و همپراش و سطح معنی داری بدست آمده نشان می دهد که در سطح ۰,۰۱ معنی دار می باشد. ($P=0/0001 < 0/01$) بنابراین این می توان نتیجه گرفت که و فرض صفر رد می شود و رابطه بین سازگاری اجتماعی، دین داری و خودنظم دهی را با افراد معتاد نشان می دهد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور مقایسه سازگاری اجتماعی، خودنظم دهی و باورهای دینی در میان زنان معتاد و عادی شهر ارومیه انجام شد. نتایج بیانگر آن بود که دو گروه از زنان معتاد و عادی در سازگاری اجتماعی، خودنظم دهی و باورهای دینی با یکدیگر تفاوت معناداری دارند؛ بدین صورت که زنان معتاد سازگاری اجتماعی، خودنظم دهی و باورهای دینی کمتری نسبت به زنان عادی شهر ارومیه داشتند.

یافته‌ی اول پژوهش مبنی بر اینکه زنان معتاد سازگاری اجتماعی کمتری را نسبت به زنان عادی تجربه می کنند با یافته‌های ابوالقاسمی و همکاران (۱۳)، کوهسالی (۲۶)، طباطبایی (۳)، و آداباجار دویر و رافسون (۲۷) همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان بیان کرد طبق نظریه ویگرز و همکاران (۱۷) سطح ناسازگاری در زنان معتاد بالاست که این عامل باعث می شود که علاقه‌ای به مشارکت اجتماعی ندارند و از طرفی چون خود معضل اعتیاد یک پدیده ناپسند و شوم در جامعه محسوب می شود موجب کناره گیری هرچه بیشتر فرد معتاد از جامعه شده و ناسازگاری آنها را تشدید می کند، که این امر موجب عدم نظم در جامعه می گردد. سازگاری اجتماعی از طریق آمادگی و توانمندی‌های فرد برای واقع بینی، تجهیز فرد بر مثبت نگری و توجه به موفقیت‌ها و تدارک زمینه‌های مناسب سلامت

روانی فرد را از ناکامی‌ها، نگرانی‌ها و اضطراب‌ها و پناه بردن به روش‌های مقابله‌ای اجتنابی (مانند استفاده از مواد مخدر و غیره) دور می‌سازد. همچنین می‌توان بیان کرد که به محض ادراک معیارهای سازگاری اجتماعی توسط شخص، افرادی که گنجینه رفتارهای خودنظم‌دهی بیشتری دارند به فشارها و استرس‌های اجتماعی پاسخ سازگارانه می‌دهند. اما بالاترین پیامدهای روان‌شناختی در افرادی تجربه می‌شود که در محیط خودشان معیارهای سازگاری را ادراک می‌کنند.

یافته‌ی دوم پژوهش مبنی بر اینکه زنان معتاد خودنظمی‌دهی کمتری را نسبت به زنان عادی تجربه می‌کنند با یافته‌های بخشی پور و همکاران (۷)، طیبی (۱۴)، نجفی و احمدی ظهور سلطانی (۱۶)، خدایاری و همکاران (۲۸)، جان و همکاران (۱۵)، کول و همکاران (۹)، کینگ و کاسین (۲۹)، گلاسمن و همکاران (۳۰)، گاردنر و همکاران (۳۱) و آداباجار دوتیر و رافنسون (۲۷) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد خودنظم‌دهی می‌تواند در اعتیاد دخیل باشد زیرا خودداری از مصرف دارو و الکل بعد از این که فرد جریان تنظیم مصرف را تثبیت کرد بسیار مشکل می‌باشد و خودنظم‌دهی می‌تواند به افراد کمک کند تا در مقابل اعتیاد به مصرف دارو و الکل مقاومت کنند و در نهایت مشکلات مختلف در ارتباط با اعتیاد را کاهش دهند. گلاسمن و همکاران^۱ (۳۰) در پژوهش، سه عامل خودکنترلی، سلامت ادواری، خودنظم‌دهی و ارتباط مثبت را در معتادین به الکل بررسی کردند. این پژوهش نشان داد که راهبردهای خودنظم‌دهی بهترین پیش‌بینی‌کننده مصرف الکل و پیامدهای آن می‌باشد. خودنظم‌دهی، افراد را از مصرف الکل بازمی‌داشت. بنابراین، افراد قادر بودند تا با جامعه سازگار شوند و پیامدهای وابسته به مصرف الکل، از قبیل استرس را کاهش دهند

یافته‌ی سوم پژوهش مبنی بر اینکه زنان معتاد باورهای دینی کمتری را نسبت به زنان عادی تجربه می‌کنند با یافته‌های ریچارد، بل و کارلسون (۲۱)، مریل، سلزار و گاردنر (۲۳)، مریل، فلسون و کریستوفرسون (۳۲)، کلین، ایلفسون و استرک (۳۳) و یانگ و همکاران (۱۹) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که به با توجه به اینکه باورهای دینی و دینداری یکی از جنبه‌های درون فردی موثر بر سلامت روان است از طریق تجلی در کردار انسان می‌تواند بر سبک زندگی و رفتارهای مصرف مواد اعتیادآور تاثیرگذار باشد بطوری که با تقویت سطوح دینداری و معنویت، تمایل به

1. Glassman, Werch & Jobli

مصرف مواد مخدر در افراد کاهش می‌یابد. مریل، سلزار و گاردنر^۱ (۲۳) در پژوهشی تحت عنوان بررسی رابطه بین دینداری خانواده و رفتار مصرف مواد اعتیاد آور میان جوانان، نشان دادند که عواملی نظیر فراوانی حضور در کلیسا، سطح بالای دینداری در اعضای خانواده و والدین و فراوانی بحث های دینی خانوادگی اثر حمایت کننده در مقابل مصرف مواد در نوجوانان و جوانان دارد.

در مجموع با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش می‌توان گفت که زنان معتاد فشارهای روانی و اجتماعی بیشتری را نسبت به زنان عادی تجربه می‌کنند که می‌تواند سازگاری اجتماعی، خودنظم دهی و باورهای دینی آنها را تحت تاثیر و کاهش دهد، اما این ضایعات قابل جبران می‌باشد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم کنترل برخی متغیرهای جنیب از قبیل خدمات توانبخشی دریافت شده، شرایط اقتصادی خانواده و محدود بودن نمونه مورد پژوهش به زنان معتاد و شهر ارومیه می‌باشد که قابلیت تعمیم را با مشکل مواجه می‌کند، اشاره کرد. از این رو پیشنهاد می‌گردد که پژوهش‌هایی از این نوع روی مردان معتاد و شهرهای دیگر انجام پذیرد.

References

1. Ashori A., Molazadeh J, Mohammadi N. The effectiveness of group therapy, cognitive-behavioral on coping skills and relapse prevention in addicted individuals. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (thought and action)* 2012; 14(3): 181-188. (full Text in Persin)
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder.* ۴th ed. USA Arlington: American Psychiatric Pub 2013; Inc: ۱۷۵- ۲۷۲.
3. Tabatabae Chehre M, Ebrahimisani E, Mortazavi H. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy in changing irrational beliefs addicts. *Journal of North Khorasan University of Medical Science* 2013; 4(3): 419-430. (full Text in Persin)
4. Clarke, D. E., Narrow, W. E., Regier, D. A., Kuramoto, S.J., Kupfer. D. J., Kuhl, E. A et al. (۲۰۱۳). Kraemer HCDSM-۵ field trials in the United States and Canada, part I: study design, sampling strategy, implementation, and analytic approaches. *American journal of psychiatry* 2013; 170: 43-58

¹ Merrill., Salazar, & Gardner

5. Emam Hadi, MA., & Jalilvand, M. Compare ways to reduce the tendency of students to substance abuse. *Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran* 2008; 25(4): 441-449. (full Text in Persin)
6. Websites women tomorrow. Addicted female characters. 2009. (full Text in Persin)
7. Bakhshipoor A, Alilo M, Irani S. Compare features, personality disorders and coping strategies with normal group consumed. *Journal of Clinical Psychology and Psychiatric Iran* 2012; 4(3): 289-279. (full Text in Persin)
8. Khojasteh Mehr R., Abbaspour Z, Koraei A, Kochaki R. The effect of a Succeeding in School program on the academic performance, academic self-concept, attitude towards school, learning how to succeed in school and social adjustment of school students. *Journal of School Psychology* 2012; 1(1): 27-45. (full Text in Persin)
9. Cole I, logan t. k, walker R. Social exclusion , personal control , self – regulation , and stress among substance abuse treatment clients. *Drug and alconol denc* 2013; 113:13- 20.
10. Purkord M., Abolghasemi A., Narimani M, Rezaee J H. Direct and Indirect Impact of Self-Efficacy, Impulsivity, Behavioral Activation-Inhibition and Social Skills on Substance Abuse in Students. *Journal of Addiction Research* 2013; 7(26): 11-28. (full Text in Persin)
11. Karimi H, Hemati Sabet A, Haghghi M., Ahmadpanah M, Mohammad Beigy M. Comparing the effectiveness of group anger management and communication skills training on aggression of marijuana addicted prisoners 2013; 11(2): 129-138. (full Text in Persin)
12. Rostami AM., Ahadi H, Cheraghali Gool H. (2013). The Prediction of Coping Strategies Based on Personality Traits in Irritants Affiliates, *Journal of Addiction Research* 2013; 7(26): 111-126. (full Text in Persin).
13. Abolghasemi A., Ahmadi M, Kiamarsi A. Investigate the relationship between metacognition and perfectionism with psychological outcomes in individuals addicted to drugs. *Behavioral Sciences Research* 2014; 5(2): 73-79. (full Text in Persin)
14. Tayebi G. Compare the self-regulation, emotional control and social exclusion in drug and psychotropic drugs, and normal people, master's

- thesis in clinical psychology, University of Ardabil. 2011. (full Text in Persin)
15. John O P, Robins R W, Revin L A. Hand Book of personality the and Research. The Guilford press, New york, London 2013. 215- 230.
 16. Najafi M, Ahmadi Soltani M. Compare metacognitive beliefs and tolerance of ambiguity on smokers, smokers and normal. Journal of Clinical Psychology 2010; 3(4): 59-65. (full Text in Persin)
 17. Wills TA, Year MA, Sandy J. Buffering effects of religiosity for adolescent substance use. Psychology of Addictive Behaviors 2003; 17(1): 24-31.
 18. Smith C. Theorizing religious effects among American adolescents. Journal for the scientific study of religion 2003; 42: 17-30.
 19. Yang, Ke-Ping, Mao, Xiu-Ying. A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey, International Journal of Nursing Studies 2007; 44: 999-1010
 20. Miller L, Davies M, Greenwald NW. Relationship between family religiosity and substance use and abuse among adolescents in the national co morbidity survey. 2012
 21. Richard A J, Bell DC, Carlson JW. Individual religiosity, moral community and drug user treatment. Journal for the scientific study of religion 2010; 39: 240-246.
 22. Fathi Ashtiani A, Dastani M. Psychological test-evaluation personality and mental health. Tehran: Publication Besat. 2013. (full Text in Persin)
 23. Merill RM, Salazar RD, Gardner NW. Relationship between family religiosity and drug use behavior among youth. Social behavior and personality 2009; 29: 347-357.
 24. Aubrey LL, Brown JM, Miller WR. Psychometric properties of a Self-regulation Questinnaire (SRQ). Alcoholism: Clinical & Experimental Research 1994;18: 429.
 25. Serajzadeh S. Religious attitudes and behaviors of adolescents in Tehran. Research on index 1999; 2(7, 8): 105-120. (full Text in Persin)
 26. Kohsali Sh. We. Addiction, society. The first volume, published by the Institute of cultural Gohar Manzom, First Edition 2009; 21-22. (full Text in Persin)

27. Adalbjarnardotir S, Rafnsson FD. Adolescent antisocial behavior and substance use: longitudinal analysis. *Addictive Behaviors* 2009; 27: 227-240.
28. Khodayarifard M, Shahabi R, Akbari Zardkhane S. The relationship between religiosity and self-control with substance abuse from students. *Journal of Social Welfare* 2009; 10(34): 115-301. (full Text in Persian)
29. King K M, Chassin L. Mediating and moderated effects of adolescent behavioral under control and parenting in the prediction in the prediction of drug use disorders in emerging adulthood. *Psychology of addictive behaviors* 2008;18: 239- 249.
30. Glassman T, Werch C, Jobli E. Alcohol self – control Behaviors of adolescents. *Addictive Behaviors* 2007;32: 590- 594.
31. Gardner TW, Pishion TJ, Posne M. Attention and adolescent, Tobacco Use ; A potential self – regulatory Dynamic under lying Nicotine Addiction. *Addictive behaviors* 2006; 31: 531- 536.
32. Merrill RM, Folsom JA, Christopherson SS. The influence of family religiosity on adolescent substance use according to religious preference. *Social Behavior and Personality* 2009; 33(8): 821-836.
33. Klein H, Elifson KW, Sterk CE. The relationship between religiosity And drug use among at risk women. *Journal of Religion and Health* 2006; 45(1): 40- 56.

**compare the Social adjustment, Self-regulation
and Religious beliefs in addicted and normal
women in Urmia**

Esmael Sadri Damirchi¹, Nasim Mohammadi²

Abstract

Background: The purpose of this study is to investigate to compare the Social adjustment, Self-regulation and Religious beliefs in addicted and normal women in Urmia.

Maritals and Methods: The method of this study is causal-comparative. Statistical population of this study comprised of all addicted and normal women in Urmia city in the year 2014. From among this population, 200 women (100 addicted women and 100 normal women) were selected as sample by using available sampling method. The used tools were Bell social adjustment questionnaires, self-regulation Miller and Brown and religious beliefs Klarg. Data analysis was multivariate analysis of variance.

Results: The findings proved that there are a differences significant between the two groups that correlation between Social adjustment, Self-regulation and Religious beliefs ($p < 0/01$).

Conclusion: So that the social adjustment, self-regulation and the religious beliefs of ordinary women were more likely than women addicted. Therefore, it can be concluded special measures to increase the social adaptation, self-regulation and religious beliefs in women addicted to crack and to prevent their return is necessary.

Key words: Social adjustment, , Self-regulation, Religious beliefs

1. (Corresponding Author). Educational Psychology Assistant Professor, University of Mohaghegh Ardabil, Ardabil, Iran. Tel: 09144818022 Email: araz_sadri@yahoo.com

2. MA in Counseling, University of Ardabil, Ardabil, Iran. Email: nasimmohammadi@vatanmail.ir

نقش تاب آوری خانواده و ذهن آگاهی در آمادگی اعتیاد دانشجویان

سعید جلیلی نیکو^{۱*}، دکتر شیرعلی خرامین^۲، رضا قاسمی جوینه^۱، زینب محمد علی

پور^۳

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

^۲ گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

^۳ دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: سعید جلیلی نیکو Email: saeedjalilnikoo@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: عوامل خانوادگی و فردی در آمادگی اعتیاد نقش دارند. هدف از تحقیق حاضر بررسی نقش تاب آوری خانواده (ارتباط خانوادگی و حل مسئله، بهره مندی از منابع اقتصادی و اجتماعی، حفظ یک چشم انداز مثبت، پیوند خانوادگی، معنویت خانواده، توانایی ایجاد معنا برای سختی) و ذهن آگاهی در آمادگی اعتیاد دانشجویان بود.

روش بررسی: این پژوهش از نوع همبستگی است. تعداد ۳۹۹ نفر از دانشجویان دانشگاه یاسوج در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ به شیوه نمونه گیری خوشه ای چند مرحله انتخاب شدند و به مقیاس ایرانی آمادگی اعتیاد، پرسشنامه تاب آوری خانواده و فرم کوتاه پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبورگ پاسخ دادند. داده های جمع آوری شده به وسیله ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون همزمان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج تحقیق حاکی از آن است که بین تاب آوری خانواده و ابعاد آن با آمادگی اعتیاد رابطه منفی معنادار وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین بین ذهن آگاهی و آمادگی اعتیاد رابطه منفی معنادار به دست آمد ($P < 0/01$). نتایج تحلیل رگرسیون همزمان نشان داد که تاب آوری خانواده و ذهن آگاهی می توانند به طور معناداری ۱۳ درصد از واریانس آمادگی اعتیاد را پیش بینی نمایند.

نتیجه گیری: نتایج تحقیق حاضر نشانگر اهمیت تاب آوری خانواده و ذهن آگاهی به عنوان متغیرهای خانوادگی و فردی در آمادگی اعتیاد است. بنابراین آموزش مهارت های تاب آوری خانواده و ذهن آگاهی می تواند آمادگی اعتیاد در دانشجویان را کاهش دهد.

واژه های کلیدی: آمادگی اعتیاد، تاب آوری خانواده، ذهن آگاهی، دانشجویان

مقدمه

اعتیاد یکی از مشکلات بسیار جدی است که باعث ایجاد مشکلات متعدد برای خود فرد معتاد، خانواده و اطرافیان او و جامعه می شود. بزرگترین تولیدکننده مواد مخدر، کشور افغانستان است و ایران از یک سو به دلیل همسایگی با افغانستان و دسترسی آسان به مواد در داخل کشور و از سوی دیگر جوان بودن جمعیت کشور در زمره کشورهای مساعد برای بروز مشکلات سوء مصرف مواد قرار دارد (۱). خطر اعتیاد در کودکان و نوجوانان بیشتر از خطر آن برای بزرگسالان است، زیرا مغز و بدن اشخاص جوان و همچنین نگرش آنان نسبت به زندگی در این سنین در حال تکوین است. گرایش افراد به اعتیاد علاوه بر اینکه تحت تأثیر سن آنها است، از عوامل فردی (مانند فقر معنوی، افسردگی، بیماری، لذت جویی، عدم اعتماد به نفس، استقلال طلبی، عدم رشد شخصیت و ناامیدی)، عوامل خانوادگی (مانند اعتیاد یک یا چند نفر از اعضای خانواده یا خلأ عاطفی عمیق در روابط خانوادگی)، عوامل اجتماعی (مانند محیط مدرسه، دوستان ناباب، تفریحات ناسالم، بیکاری، عدم مقبولیت اجتماعی، فقر مالی و فرهنگی، رشد جمعیت، مهاجرت های بی رویه) و عوامل جغرافیایی، اقتصادی و سیاسی (مانند سکونت در مسیر عبور مواد مخدر، فقر و بحران اقتصادی، تهاجم فرهنگی) نیز تأثیر می پذیرد (۲). البته اعتیاد یک اصطلاح عامیانه و غیر علمی است و در یک تعریف مناسب می توان آن را به معنای وابستگی بیمارگونه به مصرف یک یا چند نوع ماده مخدر دانست که سبب بروز رفتارهای موادجویانه شده و در صورت عدم مصرف مواد مورد نظر، علائم محرومیت در فرد معتاد بروز می کند. منظور از مواد یک ماده شیمیایی - نه

خوراکی - است که پس از مصرف، وابستگی و نیاز شدید در فرد به مصرف دوباره آن ایجاد می‌کند (۳). به عبارت دیگر اعتیاد به معنای تکرار مداوم یک رفتار با وجود آگاهی از عواقب منفی آن است. نتایج تحقیقی نشان داد که آمار اعتیاد طی دو دهه اخیر در برخی مواد با شیب تقریباً یکسانی پیش رفته است، به طوری که در یک نگاه کلی به آمار و ارقام ارایه شده در شیوع شناسی های مختلف، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که در جامعه دانشجویی، پس از سیگار و قلیان، بیشترین ماده مصرفی در بین دانشجویان الکل است و پس از آن به ترتیب تریاک، حشیش، هروین و سایر مواد در رتبه‌های بعد قرار دارند (۴). نقش عوامل خانوادگی در روی آوردن افراد به مصرف مواد مخدر را نمی‌توان نادیده گرفت. محیط خانواده عامل مهمی در شروع یا عدم شروع رفتارهای اعتیادی است. تأثیرات آن چه از طریق وراثت و طبیعت و چه از طریق تعامل خانوادگی و تربیت (به عنوان مثال نقش الگوگیری فرزندان از رفتار اعضای خانواده و تعاملات درون خانواده) به اندازه‌ای مهم است که تعاملات سیستم خانواده را می‌توان مسئول گرفتار شدن یک یا بیش از یکی از اعضای خانواده در رفتارهای اعتیادی به عنوان نتیجه نقش‌هایی دانست که برای حفظ عملکرد سیستم پذیرفته شده‌اند (۳). هر خانواده در هر مرحله از زندگی، بحران‌ها، درگیری‌ها و نیازهای سازگاری ویژه‌ای دارد. مفهوم تاب‌آوری خانواده نیز به معنای توانایی خانواده برای مواجهه با تغییرات در موقعیت‌های بحرانی، توانایی احیای مجدد و کسب تعادل پس از بحران است و شامل مؤلفه‌های ارتباط خانوادگی و حل مسئله، بهره‌مندی از منابع اقتصادی و اجتماعی، حفظ یک چشم‌انداز مثبت، پیوند خانوادگی، معنویت خانواده و توانایی ایجاد معنا برای سختی است (۵). رشد و پویایی خانواده نیازمند تاب‌آوری آن در مقابل مشکلات متعددی است که در طول عمر خود با آن‌ها مواجهه می‌شود و این تاب‌آوری در مقابل استرس به فرزندان نیز منتقل شده و آن‌ها نیز مواجهه‌ی مؤثری با موقعیت‌های فشارزا خواهند داشت (۶). مفهوم تاب‌آوری خانواده برای بسیاری از حیطه‌های مرتبط با سلامت، جذاب بوده‌است، روند رو به افزایش پژوهش‌های متعدد در این زمینه، این را نشان می‌دهند. نتایج پژوهشی نشان داد که عملکرد نامناسب خانواده با اعتیاد فرزندان رابطه‌ی مثبت معناداری دارد (۷). به‌طور خاص در مورد نقش تاب‌آوری خانواده در اعتیاد پژوهش‌چندانی وجود ندارد. اما در مورد عملکرد خانواده به‌طور کلی پژوهش‌های بیشتری (هر چند باز هم نسبت به اهمیت موضوع بسیار کم است) انجام شده‌است. برای مثال نتایج پژوهشی نشان داد که نقش

خانواده در پیشگیری از اعتیاد (مانند نقش الگودهی والدین برای فرزندان) بسیار مهم و قابل توجه است (۸).

افرادی که در محیط خانواده زندگی می‌کنند، هر کدام توانایی‌ها و ویژگی‌های مخصوص به خود را نیز دارند. عوامل فردی هم به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار بر گرایش افراد به اعتیاد، نقش مهمی دارد. یکی از ویژگی‌های فردی انسان سالم این است که دید درستی از واقعیت دارد، به این معنا که برای او آنچه می‌بیند، با آنچه واقعاً هست، مشابهت دارد. مفهوم ذهن آگاهی به دلیل این که به فرد کمک می‌کند تا زندگی را لحظه به لحظه تجربه کند و تماس نزدیک‌تری با واقعیت داشته باشد، به طور مستقیم بر سلامت روانشناختی و حتی سلامت جسمانی تأثیرگذار است و پژوهشگران بسیاری به ویژه در سال‌های اخیر، این موضوع را تأیید نموده‌اند (۹، ۱۰). در واقع با توجه به مطالعات گوناگونی که با روش‌های مختلفی همچون همبستگی، آزمایشی و فراتحلیل انجام شده است، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی و سلامت همراه است و این که آموزش ذهن آگاهی می‌تواند آثار مثبت روانشناختی را برای افراد ارمغان بیاورد. اثرات روانشناختی مثبت در بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد تأثیر می‌گذارد. به طور مثال فرد در موقعیت‌های پرفشار به احتمال کمتری به صورت واکنشی عکس‌العمل نشان می‌دهد و یا اینکه از توانایی بیشتری برای تنظیم هیجانات و رفتار خود برخوردار خواهد شد، از زندگی رضایت بیشتری خواهد داشت، از شادی و نشاط بیشتری در زندگی برخوردار خواهد بود و علائم و نشانه‌های مشکلات روانشناختی کمتری را گزارش خواهد داد (۱۱). در ارتباط با نقش ذهن آگاهی در اعتیاد نیز بررسی‌های انجام شده نشان داده است که رابطه منفی و معناداری بین ذهن آگاهی و رفتارهای اعتیادی وجود دارد (۱۲، ۱۳). در واقع افرادی که به شیوه‌ای ذهن آگاهانه زندگی می‌کنند به احتمال کمتری به رفتارهای اعتیادآوری همچون گرایش به دخانیات و مواد مخدر دارند.

در ایران کمتر شاهد هستیم که پژوهش‌های متمرکز بر ذهن آگاهی و حتی پژوهش‌های مربوط به نقش خانواده در اعتیاد به قشر جوان و به ویژه دانشجوی و به عبارت دیگر بر پیشگیری اولیه از گرایش به مصرف مواد توجه نموده باشند. در حالی که شناخت حاصل از چنین پژوهش‌هایی می‌تواند ما را در طراحی برنامه‌های پیشگیرانه از مصرف مواد مخدر یاری نماید. علاوه بر این، پژوهش حاضر با یک دید جامع نگرانه ابعاد مختلف سلامت روانشناختی را در حوزه‌های فردی و خانوادگی در پیش بینی

آمادگی اعتیاد لحاظ نموده است که در مطالعات پیشین کمتر به این مسئله توجه شده است و صرفاً بر یکی از ابعاد تأکید نموده اند. بنابراین هدف این پژوهش، تعیین نقش پیش‌بینی‌کنندگی تاب‌آوری خانواده و ذهن‌آگاهی برای آمادگی اعتیاد در دانشجویان است و با تکیه بر ادبیات نظری و پژوهشی فرض می‌شود که اولاً تاب‌آوری خانواده می‌تواند میزان آمادگی اعتیاد دانشجویان را پیش‌بینی نماید و ثانیاً ذهن‌آگاهی می‌تواند میزان آمادگی اعتیاد دانشجویان را پیش‌بینی نماید.

روش بررسی

این پژوهش از نوع همبستگی است. در پژوهش حاضر تاب‌آوری خانواده و ذهن‌آگاهی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و آمادگی اعتیاد به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دانشجویان دانشگاه یاسوج در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۲ می‌باشند که از میان آنها ۴۲۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ملاک انتخاب حجم نمونه، جدول کرجسی و مورگان^۱ می‌باشد (۱۴)، که با توجه به تعداد نمونه، می‌بایستی ۳۷۰ نفر انتخاب می‌شدند، اما به منظور بالا بردن روایی تحقیق و از بین بردن اثر ریزش نمونه‌گیری میزان حجم نمونه به ۴۲۰ نفر افزایش داده شد. برای انتخاب نمونه با تهیه فهرستی از دانشکده‌های دانشگاه یاسوج که شامل چهار دانشکده فنی و مهندسی، علوم پایه، علوم انسانی و کشاورزی بود، هر یک از آنها به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شد. در مرحله بعد از هر دانشکده رشته‌های مختلف به صورت تصادفی انتخاب، و از هر کدام از رشته‌های مختلف، چند کلاس به صورت تصادفی انتخاب گردید و تمامی دانشجویان به پرسشنامه‌های تحقیق بعد از ارائه توضیحات لازم، پاسخ دادند. در ضمن اطمینان دهی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و آماده ساختن افراد نمونه تحقیق از لحاظ روحی و روانی برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت شده این پژوهش بود. تعداد ۲۱ شرکت‌کننده به پرسشنامه‌های تحقیق را تحویل ندادند و یا به صورت ناقص تکمیل نمودند، که از احتساب در تحلیل آماری خارج شدند. بر این اساس در نهایت ۳۹۹ نفر (۱۹۵ مرد و ۲۰۴ زن) در پژوهش شرکت کردند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس ایرانی آمادگی اعتیاد، پرسشنامه تاب‌آوری خانواده و فرم کوتاه پرسشنامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ استفاده شده است. مقیاس ایرانی آمادگی اعتیاد با توجه به شرایط

1. Krejcie & Morgan

روانی و اجتماعی جامعه ایرانی توسط زرگر ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۳۶ ماده و ۵ داده دروغ‌سنج است. نمره‌گذاری آن بر روی یک پیوستار از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۳) صورت می‌گیرد. در پژوهشی پایایی آن به شیوه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷، بر آورد گردید (۱۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۶ به دست آمد. در این پژوهش، برای سنجش تاب آوری خانواده‌ها پرسشنامه ۶۶ سوالی تاب آوری خانواده استفاده شده است که شامل ۶ حوزه ارتباط خانوادگی و حل مسئله، بهره‌مندی از منابع اقتصادی، اجتماعی، حفظ یک چشم انداز مثبت، پیوند خانوادگی، معنویت خانواده و توانایی ایجاد معنا برای سختی و دشواری می‌باشد. از آزمودنی خواسته می‌شود که بر روی یک مقیاس لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۴) به سوالات پاسخ دهد. این پرسشنامه توسط سیکبی^۱ بر اساس نظریه تاب آوری خانواده والش^۲ ساخته شده است و در طی یک بررسی در ایران توسط سادات حسینی و حسین چاری ترجمه و اعتبار یابی شد و نتایج نشان داد که این پرسشنامه ابزاری مناسب و دارای شواهد روانسنجی مطلوب برای سنجش تاب آوری خانواده در فرهنگ ایرانی می‌باشد (۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کلی پرسشنامه و ابعاد آن بین ۰/۶۵ و ۰/۹۷ به دست آمد. همچنین در پژوهش حاضر به منظور سنجش ذهن آگاهی از فرم کوتاه پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبورگ (FMI-SF) استفاده شده. این پرسشنامه دارای ۱۴ گویه است و از آزمودنی خواسته می‌شود که بر روی یک مقیاس لیکرت از همیشه (۴) تا به ندرت (۱) به سوالات پاسخ دهد. در طی یک بررسی در داخل کشور که توسط قاسمی جوبنه و همکاران انجام شد، فرم کوتاه پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبورگ ابتدا به به فارسی ترجمه و سپس روایی و پایایی آن مورد بررسی قرار گرفت. روایی همزمان با مقیاس های خودکنترلی (I=۰/۶۹) و تنظیم هیجانی (I=۰/۶۸) در سطح معناداری ۰/۰۱ مناسب گزارش شد. نتایج مدل تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که ساختار پرسشنامه برازش قابل قبولی با داده‌ها داشته و از روایی عاملی مطلوبی برخوردار است. همچنین پایایی محاسبه شده با استفاده از ضرائب بدست آمده برای آلفای کرونباخ ۰/۹۲، نتایج ترتیبی ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی به فاصله چهار هفته ۰/۸۳ به دست آمد (۱۶). در پژوهش حاضر پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد.

1 . Sixbey

2 . Walsh

۱	۵**	۵**	۵**	۳**	۶**	۶**	۲۱**	۳/۳۳	۳۶	۸. توانایی ایجاد
	۰/۰	۰/۴	۰/۴	۰/۷	۰/۰	۰/۴	-۰/		۱۳	معنا برای سختی
۱	۰۹	۱**	۱**	۱**	۲**	۲**	۲۷**	۹/۴۸	۴۱	۹. ذهن آگاهی
	۰/	۰/۸	۰/۹	۰/۹	۰/۳	۰/۲	۰/۲	-۰/	۳۹	

$P < 0.01^{**}$

ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۱ ارائه شده است. بر این اساس، بین متغیرهای تاب آوری خانواده و ابعاد آن با آمادگی اعتیاد، رابطه منفی و معناداری وجود دارد. همچنین ارتباط بین ذهن آگاهی و آمادگی اعتیاد، منفی و معنادار به دست آمد. در واقع با توجه به نتایج این جدول می توان گفت که با افزایش تاب آوری خانواده و افزایش ذهن آگاهی، میزان آمادگی اعتیاد نیز کاهش پیدا می کند. به منظور پیش بینی آمادگی اعتیاد بر اساس تاب آوری خانواده و ذهن آگاهی از روش رگرسیون همزمان استفاده شده است که نتایج در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. رگرسیون همزمان به منظور پیش بینی آمادگی اعتیاد بر اساس ابعاد تاب آوری خانواده و ذهن آگاهی

مدل	متغیرهای وارد شده	B	Beta	T	R	r ²	F	Sig
همزمان	ذهن آگاهی	-۰/۵۷	-۰/۲۲	-۴/۵۶				
	ارتباط خانوادگی و حل مسئله	-۰/۱۴	-۰/۰۹	-۰/۷۶				
	بهره مندی از منابع	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۷				
	حفظ چشم انداز مثبت	-۰/۰۲	-۰/۰۳	-۰/۰۳	۰/۳۷	۰/۱۳	۹/۰۳	۰/۰۰۰
	پیوند خانوادگی	-۰/۷۱	-۰/۱۲	-۱/۲۸				
	معنویت خانواده	-۰/۰۵	-۰/۰۷	-۰/۰۸				
	توانایی ایجاد معنا برای سختی	-۰/۴۸	-۰/۰۶	-۱/۰۶				

$P < 0.01^{**}$

نتایج جدول بالا نشان می دهد که تاب آوری خانواده و ذهن آگاهی با مقدار F مشاهده شده $9/03$ در سطح معناداری $0/001$ می تواند 13 درصد از واریانس آمادگی اعتیاد را به صورت منفی پیش بینی نماید.

بحث

گرایش افراد به اعتیاد تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله عوامل فردی و خانوادگی است. تأثیرات خانواده از طریق وراثت و تربیت بر اعضای آن امری مسلم بوده و نقش مهمی در شکل گیری رفتارهای فرزندان دارد. از طرفی ویژگی های درون روانی افراد را نیز که موجب تفاوت های فردی آنها حتی در یک محیط مشترک می شود، نباید نادیده انگاشت. هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش تاب آوری خانواده و ذهن آگاهی در آمادگی اعتیاد دانشجویان بود. نتایج نشان داد که رابطه منفی و معناداری بین تاب آوری خانواده و ذهن آگاهی با آمادگی اعتیاد وجود دارد. همچنین تاب آوری خانواده و ذهن آگاهی توانستند $13/1$ ٪ از واریانس آمادگی اعتیاد در دانشجویان را پیش بینی کنند. در واقع زمانی که افراد از تاب آوری خانوادگی بالاتری برخوردار باشند و در در زندگی روزمره نیز حضور ذهن داشته باشند، در نتیجه احتمال گرایش آنها به اعتیاد نیز کمتر است.

رابطه همبستگی معنادار مثبت بین ابعاد تاب آوری خانواده (ارتباط خانوادگی و حل مسئله، بهره مندی از منابع اقتصادی و اجتماعی، حفظ یک چشم انداز مثبت، پیوند خانوادگی، معنویت خانواده، توانایی ایجاد معنا برای سختی) و آمادگی اعتیاد می تواند راهی به سمت شناخت دقیق تر همبسته های اعتیاد به مواد مخدر باشد. پیش تر نیز به اشکال دیگری، این موضوع تأیید شده است. برای مثال محققان عملکرد نامناسب خانواده و نقش الگودهی والدین در گرایش به رفتارهای پر خطر از جمله اعتیاد را مهم تلقی نموده اند (۶، ۷، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱). تاب آوری خانواده باعث می شود که اعضای یک خانواده توانایی مقابله موثر با مسائل و مشکلات را داشته باشند و می توانند بر چالش های زندگی غلبه کنند. همه خانواده ها در طول زندگی درگیر بحران، چالش و مشکلات هستند. خانواده ای یافت نمی شود

که در آن مشکلی وجود نداشته باشد. آنچه که اهمیت دارد نحوه برخورد و مقابله با مشکلات پیش آمده است. تاب‌آوری یکی از توانمندی‌های مهم برای مواجهه با بحران‌ها و موقعیت‌های تنش‌زا است و خانواده نقش مؤثری در شکل‌گیری آن دارد. اگر خانواده در مقابل مشکلات متعددی که در طول عمر خود با آن‌ها مواجه می‌شود، مقاومت و تاب‌آوری داشته باشد، این ویژگی به فرزندان نیز منتقل شده و آن‌ها نیز مواجهه مؤثری با موقعیت‌های فشارزا خواهند داشت (۶). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که تاب‌آوری سطح اعتیادپذیری افراد را کاهش می‌دهد (۲۲، ۲۳، ۲۴). خانواده‌هایی با تاب‌آوری بالا، به دلیل اینکه می‌توانند به خوبی با هم ارتباط برقرار کنند و برای حل مشکلات از راهبردهای کارآمدی همچون حل مسئله استفاده می‌کنند و در صورت نیاز می‌توانند از کمک دیگران و یا منابعی که می‌تواند به آنها در کاهش مشکلات کمک کند، استفاده کنند، در نتیجه از توانمندی بیشتر و آسیب‌پذیری کمتری برخوردار هستند. اعضای این خانواده‌ها به دلیل باورهای معنوی که دارند حتی در روزهای سخت نیز معنای زندگی را از دست نمی‌دهند و به آینده امیدوار و خوش بین هستند. همچنین بین اعضای خانواده انسجام، پیوند و صمیمیت وجود دارد و می‌توانند در لحظات سخت و دشوار کنار هم باشند و از همدیگر حمایت کنند. بنابراین یکی از توضیحاتی که می‌توان در تبیین یافته بالا ارائه داد، این است که تاب‌آوری خانواده از طریق افزایش تاب‌آوری فردی منجر به کاهش آمادگی اعتیاد می‌شود.

از طرفی رابطه همبستگی معنادار مثبت بین ذهن‌آگاهی و آمادگی اعتیاد نیز دور از انتظار نبوده و با پژوهش‌های که نشان داده‌اند بین ذهن‌آگاهی و گرایش به اعتیاد رابطه منفی و معنادار وجود دارد، همخوانی داد (۱۲، ۱۳، ۲۵). ذهن‌آگاهی از طریق توجه هدفمند، در اینجا و هم‌اکنون، و غیر قضاوت گونه نسبت به تجارب لحظه به لحظه پدیدار می‌شود. عناصر کلیدی این تعریف از ذهن‌آگاهی شامل آگاهی ارادی، اینجا و هم‌اکنون و بدون قضاوت می‌باشد (۲۶). همان‌طور که می‌دانیم ذهن‌آگاهی با توانمندی برای تنظیم هیجانات ارتباط نزدیکی دارد، به طوری که به فرد کمک می‌کند تا رفتارهای واکنشی نشان ندهد و توانایی بیشتری برای مقابله با شرایط دشوار داشته باشد (۱۱). در حالیکه معمولاً افرادی که به رفتارهای اعتیادی روی می‌آورند از توانایی کافی برای مواجهه صحیح با شرایط بحرانی برخوردار نیستند و رفتارهای هیجانی بیشتری دارند، به طوری که مطالعات انجام شده گزارش نمودند که افراد معتاد نسبت به افراد بهنجار بیشتر از سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند (۲۷). از طرفی

اگر به این موضوع توجه کنیم که افکار منفی، باورهای غیرمنطقی و در نتیجه استرس، اضطراب و افسردگی گرایش فرد نسبت به اعتیاد را افزایش می‌دهند (۲)، می‌توان گفت ذهن آگاهی از طریق کاهش این حالات، آمادگی اعتیاد را کاهش می‌دهند (۲۸، ۲۹، ۳۰).

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر محدود نمودن دامنه متغیرهای خانوادگی و فردی در دانشجویان بود، این در حالی است که متغیرهای بسیاری می‌توانند در این مفاهیم گنجانده شوند که در تحقیق حاضر صرفاً به تاب آوری خانواده و ذهن آگاهی محدود شد. همچنین این پژوهش در بین دانشجویان دانشگاه یاسوج در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ صورت گرفته، لذا در تعمیم نتایج به سایر جمعیت های آماری باید احتیاط شود. توصیه می‌شود که با آموزش مهارت های مبتنی بر ذهن آگاهی در سطح دانشگاه ها، به دانشجویان در زمینه ارتقای سلامت روان و در نتیجه کاهش آشفتگی های روانی و گرایش به اعتیاد کمک کرد. همچنین با توجه به اینکه تاب آوری را می‌توان جزو مهارت های قابل یاگیری در نظر گرفت، می‌توان با آموزش و مشاوره های خانوادگی و فردی، عوامل موثر بر افزایش تاب آوری را آموزش داد و افراد و خانواده در برابر مشلات در زندگی روزمره توانمند کرد و از آسیب پذیری آنها کاست.

نتیجه گیری

این پژوهش با بررسی تاب آوری خانواده به عنوان یکی از عوامل خانوادگی و نیز ذهن آگاهی به عنوان یکی از عوامل فردی، بار دیگر نقش این دو دسته عوامل را در گرایش افراد به اعتیاد تأیید نمود. می‌توان با آموزش مهارت های تاب آوری خانواده به اعضای خانواده و همچنین آموزش مهارت های ذهن آگاهی به افراد، از میزان آمادگی اعتیاد به خصوص در قشر جوان و دانشجو کاست.

تقدیر و تشکر

در پایان محققان بر خود لازم می‌دانند که از همه عزیزانی که در پژوهش حاضر همکاری کردند، به خصوص دانشجویانی که بدون همکاری آنها تحقیق حاضر میسر نبود، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

REFERENCES

1. Rostami R. The epidemiology of drug abuse in University of Tehran's Students. Research project, university of Tehran, 2006. (Persian)
2. Papa S. Wonders of the Brain (addiction). Translated by Homeira Saghafi. Tehran: cultural institution of fatemi, 2006. (Persian)
3. Bahari F. addiction: counseling and treatment. Tehran: danjeh publication, 2009. (Persian)
4. Sarrami H, Ghorbani M, Taghavim. The survey two decades of prevalence studies among iran iniversity studnts. Resrach on addcition 2013; 7(27): 9- 36. (Persian)
5. Sadat Hoseini F, Hosein Chari M. surveying the evidence related to the validity and reliability of family resiliency scale. Journal of counseling and psychotherapy of family 2013; 3(2): 181- 206. (Persian)
6. McCubbin HI, Patterson JM. The family stress process: The Double ABCX model of adjustment and adaptation, In H. I. McCubbin, M. Sussman, & J.M. Patterson (eds.), Social stress and the family: Advances in family stress theory and research. (pp. 7-38). New York: Haworth Press, 1983.
7. Sugaya N, Haraguchi A, Ogai Y, Senoo E, Higuchi S, Umeno M, Aikawa Y, Ikeda K. Family dysfunction differentially affects alcohol and methamphetamine dependence: a view from the Addiction Severity Index in Japan. Int J Environ Res Public Health 201; 8(10): 3922-3937.
8. Salmabadi M, Abizb HK, Nezhad AU, Ebrahimi M, Javane R. The Role of Family in Preventing Addiction. Reef Resources Assessment and Management Technical Paper 2014; 40(2): 133- 137.
9. Kabat-Zinn J. Coming to our senses. New York: Hyperion, 2005.
10. Sedaghat M, Mohammadi R, Alizadeh K, Hosein IA. The Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction on Mindfulness, Stress Level, Psychological and Emotional Well-Being in Iranian Sample. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2011; 30:929–934.

11. Keng S, Smoski M, Robins C. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review* 2011; 31(6): 1041–1056.
12. Marcello Spinella, Sara Martino, Christine Ferri. Mindfulness and addictive behaviors. *Journal of Behavioral Health. J Behav Health* 2013; *2(1)*:1-7.
13. Edo Shonin, William Van Gordon and Mark D Griffiths. Mindfulness as a Treatment for Behavioural Addiction. *J Addict Res Ther* 2014; *5*:1.
14. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970; *30*: 607-610.
15. Hajihassani M, ShafiAbadi A, Pirsaghi F, Kiyanipour O. Relationship Between Aggression, Assertiveness, Depression and Addiction Potential In Female Students of Allameh Tabataba'ei. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2012; *13(3)*: 65- 74. (Persian)
16. Ghasemi Jobaneh R, Arab Zadeh M, Jalili Nikoo S, Mohammad Alipoor Z, Mohsenzadeh F. Survey the Validity and Reliability of the Persian Version of Short Form of Freiburg Mindfulness Inventory. *Journal of Rafsanjan university of medical science* 2015; *14(2)*: 137- 150.
17. Schumm J, O'Farre T. Families and Addiction. *Comprehensive Addictive Behaviors and Disorders* 2013; (1): 303- 312.
18. Becona E, Martinez U, Calafat A, Ramon Fernandez-Hermida J, Juan M, Sumnall H, Mendes F, Gabrhelik R. Parental permissiveness, control, and affect and drug use among adolescents. *Psicothema* 2013; *25 (3)*: 292-298.
19. Afkari M, Ghasemi A, Shojaeizadeh D, Tol A, Foroshani A, Taghdisi M. Comparison Between Family Function Dimensions and Quality of Life Among Amphetamine Addicts and Non- Addicts. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2013; *15(4)*:356-62.
20. Khoda Javadi R, Agha Bakhshi R, Rafie H, Asgari A, Bayan memar A, Abdi Zarin S. The relationship between family functioning and

- resilience against substance use among male students in risky high schools. *Social welfare quarterly* 2011; 11(41): 421- 444. (Persian)
21. Hummel A, Shelton K, Heron J, Moore L, Bree M. A systematic review of the relationships between family functioning, pubertal timing and adolescent substance use. *Addiction* 2013; 108 (3): 487–496.
 22. Salehi Fadardi J, Azad H, Nemati A. The relationship between resilience, motivational structure, and substance use. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2010; 5:1956–1960.
 23. Bartone PT, Hystad SW, Eid J, Brevik JI. Psychological hardiness and coping style as risk/resilience factors for alcohol abuse. *Mil Med* 2012; 177(5):517-524.
 24. Isganaityte G, Cepukiene V. the relation between resilience and substance misuse among adolescents in foster care. *Specialusis ugdymas* 2012; 2(27): 35-41.
 25. Bayles C. Using mindfulness in a harm reduction approach to substance abuse treatment: A literature review. *International journal of behavioral consultation and therapy* 2014; 9(2): 22- 25. OF BEHAVI
 26. Gehart D. *Mindfulness and Acceptance in Couple and Family Therapy*. New York: Springer, 2012. ULTATION AND THERAP2014Y
 27. Veenstra MY, Lemmens PH, Friesema IH, Tan FE, Garretsen HF, Knottnerus JA, Zwietering PJ. Coping style mediates impact of stress on alcohol use: a prospective population-based study. *Addiction* 2007; 102(12):1890-8.
 28. Bowlin S, Baer R. Relationships between mindfulness, self-control, and psychological functioning. *Personality and Individual Differences* 2012; 52(3): 411–415.
 29. Carmody J, Reed G, Kristeller J, Merriam P. Mindfulness, spirituality, and health-related symptoms. *Journal of Psychosomatic Research* 2008; 64(4): 393–403.

30. Yeongsuk Song A. Ruth Lindquist. Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. Nurse Education Today 2014; in press.

Role of Family Resilience and Mindfulness in Addiction Potential among Students

Jalili Nikoo S¹, Kharamin SH², Ghasemi Jobaneh R¹, Mohammad Alippoor Z³

¹ M.A Student of Family Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran

² Department of Psychology, Yasuj University of Medical Science, Yasuj, Iran

³ PHD student of counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran

Abstract:

Background and aim: family and individual factors involved in addiction potential. The aim of current research was the role of family resiliency (family communication and problem solving, utilizing social and economic resources, maintaining a positive outlook, family connectedness, family spirituality, ability to make meaning of adversity) and mindfulness in addiction potential of students.

Method: the research method is correlation. The number of 399 students from Yasooj University in 2012-13 academic year, were selected through a multi- stage cluster sampling method and responded to the Iranian scale of addiction potential, family resiliency questionnaire, and short form of Freiburg mindfulness inventory. The gathered data were analyzed by Pearson correlation coefficient and Simultaneous regression.

Results: results showed that there exist a negative and significant relation between family resiliency and its dimensions and addiction potential ($P < 0/01$). Also the relation between mindfulness and addiction potential was negative and significant ($P < 0/01$). The results of simultaneous regression analysis showed that family residency and mindfulness could significantly predict 13 percent of variance of addiction potential.

Conclusion: the results of current research implies the importance of family resiliency and mindfulness as family and individual variables in addiction potential. Thus the family resilience and mindfulness skills training could decrease the addiction potential among students.

Key words: addiction potential, family resiliency, mindfulness, students.

مقایسه سلامت معنوی، سرسختی خانواده و رضایت‌مندی از خانواده در افراد معتاد و غیر معتاد

فرشاد محسن زاده^۱، شهریار درگاهی^۲، رضا قاسمی جوبنه^۳، سعید جلیلی نیکو^۴

چکیده

^۱ . استایار گروه مشاوره دانشگاه خوارزمی تهران

^۲ . نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه خوارزمی تهران

shahriardargahi@yahoo.com

^۳ . دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه خوارزمی تهران

^۴ . دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه خوارزمی تهران

هدف: هدف از پژوهش حاضر مقایسه سلامت معنوی، سرسختی خانواده و رضایت‌مندی از خانواده در افراد معتاد و غیر معتاد بود.

روش: در این مطالعه علی-مقایسه‌ای، دو گروه شامل ۷۰ نفر معتاد و ۷۰ نفر غیر معتاد از نظر سلامت معنوی، سرسختی خانواده و رضایت‌مندی خانواده مورد مقایسه قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه سلامت معنوی، شاخص سرسختی خانواده و پرسشنامه رضایت‌مندی خانواده پاسخ دادند و برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در هر سه متغیر مورد مقایسه، بین دو گروه افراد معتاد و غیر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی نمره افراد معتاد در هر سه متغیر سلامت معنوی، سرسختی خانواده، و رضایت‌مندی از خانواده به طور معناداری از گروه مقابل کمتر بود.

نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت که افراد با سلامت معنوی پایین به احتمال بیشتری دچار سوء مصرف مواد می‌شوند، و افراد معتاد از لحاظ سرسختی خانواده و رضایت از خانواده، در وضعیت بدتری نسبت به افراد غیر معتاد قرار دارند. به علاوه، در درمان خانواده‌محور اعتیاد می‌توان این مؤلفه‌ها را در برنامه‌های درمانی گنجانند و به عنوان اهرم درمانی به کار بست.

کلیده واژه‌ها: معتاد، سلامت معنوی، سرسختی خانواده، رضایت‌مندی خانواده

اعتیاد به مواد مخدر اختلالی چند عاملی است، که از عوامل گوناگونی نشأت می گیرد و به دنبال خود آسیب‌هایی جدی در ابعاد مختلف جسمانی، اجتماعی، روان شناختی و خانوادگی را در فرد ایجاد می کند (معلمی و همکاران، ۱۳۸۹). در این میان شناخت عواملی که منجر به کاهش گرایش به اعتیاد شده و باعث کاهش تعداد افراد مبتلا به اعتیاد در جامعه می شود، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. معنویت بعدی مهم و تاثیر گذار در سلامت فرد و خانواده است (والش^۱ و همکاران، ۲۰۰۳)، و در مطالعات متعدد نشان داده شده که افرادی که در معنویت نمره بالایی کسب می کنند، گرایش کمتری به رفتارهای پرخطر از جمله اعتیاد دارند (گلانتار^۲، ۲۰۰۶؛ اللن^۳، ۲۰۰۹؛ لیک^۴ و همکاران، ۲۰۰۵؛ جانسون^۵ و همکاران، ۲۰۰۸؛ ویلز و یاگر^۶، ۲۰۰۳؛ حسینی المدنی، ۱۳۹۰؛ نریمانی و پوراسمعی، ۱۳۹۰؛ معلمی و همکاران، ۱۳۸۹). سلامت معنوی^۷ یکی از ابعاد مهم سلامت انسان است که ارتباط یکپارچه و هماهنگی را بین نیروهای داخلی فراهم می کند و با ویژگی‌های نظیر ثبات در زندگی، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می شود (رضایی، ۱۳۸۶). بریل هارت^۸ (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای نشان داد که معنویت می تواند تاثیر مثبتی بر رضایت از زندگی در افراد داشته باشد و بر بهزیستی روانی آنها بیفزاید. همچنین مطالعه ویلز و یاگر (۲۰۰۳) نشان داد که دینداری و معنویت از تأثیر فشارهای زندگی بر گرایش به مصرف مواد می کاهد و در طول زمان نیز میزان افزایش مصرف مواد را مهار می کند. نریمانی و پورا سمعیلی (۱۳۹۰) نتیجه‌گیری کردند که در صورت پرورش توانایی‌های کنترل و تنظیم هیجانات و هوش معنوی می توان به عنوان یک سپر دفاعی با اعتیاد مقابله کرد و با توسل به این توانایی‌ها به افراد معتاد در ترک اعتیاد یاری رساند. معلمی و همکاران (۱۳۸۹) بیان می کنند که اعمال معنوی با کاهش استرس‌های روانشناختی و و پیشگیری از رفتارهای پرخطری همچون سیگار کشیدن، مصرف مواد و الکل همراه است. استورات^۹ (۲۰۰۱) ذکر

1. Walsh

2. Galantar

3. Allen

4. Leigh

5. Johnson

6. Wills & Yaeger

7. Spiritual Health

8. Brill hart

9. stewart

می کند افرادی که از نگرش و باورهای مذهبی بالاتری برخوردار هستند، در نتیجه کمتر به مواد مخدر، تمایل پیدا می کنند.

علاوه بر سلامت معنوی، ادبیات پژوهشی نشان می دهد که متغیرهای خانوادگی نیز می تواند در پیشگیری از اعتیاد، گرایش افراد به اعتیاد، مبتلا شدن به اعتیاد و درمان آن نقش مهمی داشته باشد. در این میان می توان سرسختی خانواده^۱ و رضایت مندی از خانواده^۲ را به عنوان دو متغیر مهم و تاثیرگذار در کاهش و یا افزایش گرایش افراد به اعتیاد در نظر گرفت. سرسختی خانواده، اشاره به توانایی اعضای خانواده در پاسخ مثبت نسبت به رویدادهای منفی و اظهار نیرومندی، چاره سازی، و اعتماد به نفس در حل مشکلات پدید آمده دارد (بنزیچ و میچاسیوک^۳، ۲۰۰۸). همچنین سرسختی خانواده، گویای این باور است که اعضای خانواده برای مقابله با کارآمد با مشکل تنش‌زا، با انسجام و پشتیبانی از یکدیگر، باهم همکاری می کنند (والش، ۲۰۰۶). به اعتقاد مک کوبین و همکاران (۱۹۸۶)؛ به نقل از صیدی و باقریان، (۱۳۹۰)، سرسختی خانواده بطور خاص به توانمندی و دوام خانواده، احساس کنترل در طول سختی‌ها و رخدادهای زندگی، نگاه به تغییر به عنوان یک پدیده مثبت و سودمند، جهت‌گیری فعال‌تر در سازگاری با موقعیت‌های تنش‌زا و مدیریت آنها اشاره دارد. سرسختی خانواده تاثیراتی را از خود بر جا می گذارد از جمله آنکه از مشکلات بیشتر جلوگیری کرده و افراد را در برابر تاثیرات مخرب رویدادهای مشکل‌زا مصون نگه می‌دارد (پین کوآرت^۴، ۲۰۰۹). همچنین سرسختی فردی و خانوادگی باعث ایجاد هیجان مثبت شده و نقش حفاظتی را در برابر افسردگی و مصرف مواد ایفا می‌کند (بونانو^۵، ۲۰۰۷)؛ به نقل از حسینی المدنی و همکاران، (۱۳۹۱). افراد تاب آور به احتمال کمتری در مواجهه با مشکلات به رفتارهای پرخطری مانند مصرف مواد مخدر جذب می شوند (کوم و همکاران^۶، ۲۰۰۸). سرسختی خانواده منجر به بهبود کارکرد خانواده نیز می شود. عملکرد خانواده می تواند سوء مصرف مواد در افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. خداجوادی و همکاران (۱۳۹۰) نشان دادند که هر چه کارکرد

1. Family Hardiness

2. Family Satisfaction

3. Benzie & Mychasiuk

4. Pinquart

5. Bonanno

6. Cuomo

خانواده، وضعیت سالم تر و مطلوب تری داشته باشد، تاب آوری افراد در برابر مصرف مواد بیشتر خواهد بود.

رضایت از خانواده زمانی وجود دارد که هر فرد در خانواده‌ای زندگی می‌کند که نسبت به سایر اعضای خانواده احساس شادی، خشنودی و رضایت می‌کند. انسجام، قابلیت انعطاف و ارتباط سه بعد اصلی مربوط به رضایت از خانواده هستند (السون و ویلسون^۱، ۱۹۸۲). سطح رضایت‌مندی به محیط ارتباطی خانواده مربوط می‌شود، چنانکه کیفیت ارتباطات درون خانواده در رضایت‌مندی از خانواده تاثیرگذار است، و خانواده‌هایی که رابطه خوبی بین اعضای آن برقرار باشد بهتر می‌تواند انسجام و انعطاف پذیری خود در موقعیت‌های مختلف را حفظ کند (اولسون و گورال^۲، ۲۰۰۳). اخلاک و همکاران^۳ (۲۰۱۳) نتیجه‌گیری کردند که کیفیت روابط خانوادگی با رضایت‌مندی خانوادگی بیشتری همراه است. در واقع محیط‌های خانوادگی ناسالم و بیمار و به دلیل فقدان رضایت‌مندی در اعضای آن، افزایش آسیب پذیری در برابر مصرف مواد مخدر را باعث می‌شود (وامپلر^۴ و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از مهدی پور، ۱۳۹۱). همچنین در خانواده‌هایی که کیفیت رابطه بین فردی بین پدر و مادر و دیگر اعضای خانواده ضعیف است، در نتیجه مبتلا شدن به سوء مصرف مواد بیشتر است (جوکس^۵ و همکاران، ۲۰۱۱). بر اساس پژوهش انجام شده (ین، چن و چن^۶، ۲۰۰۷)، عملکرد ارتباطی ضعیف خانواده، نظارت و انسجام ناکافی والدین پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی سوء مصرف مواد توسط جوانان می‌باشد. هومل^۷ و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که کیفیت ضعیف روابط بین اعضای خانواده، به خصوص رابطه والد-فرزند با افزایش گرایش به مواد مخدر مرتبط است.

افزایش میزان اعتیاد در جامعه، تاثیرات مخرب بسیاری برای فرد معتاد، خانواده، اطرافیان و جامعه دارد. بنابراین، موضوع اعتیاد یکی از دغدغه‌های مهم متخصصان و پژوهشگرانی بوده که در صدد شناخت بیشتر عوامل دخیل در بروز این پدیده آسیب‌زا هستند. در پژوهش حاضر به دنبال آن هستیم که با

1. Olson & Whilson

2. Olson & Gorall

3. Akhlaq

4. Wampler

5. Joekes

6. Yen, Chen & Chen

7. Hummel

مقایسه دو گروه معناد و غیر معناد، نقش احتمالی این سه متغیر سلامت معنوی، سرسختی خانواده و رضایتمندی از خانواده را در بروز اعتیاد به مواد مخدر را بررسی کنیم.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه ای می باشد. جامعه تحقیق شامل کلیه معتادان مرد شهرستان دهدشت در استان کهگیلویه و بویر احمد بودند که از میان آنها ۷۰ نفر که در سال ۱۳۹۳ به مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند، و پزشک مرکز، اعتیاد آنها را تایید می کرد، به شیوه در دسترس انتخاب شدند. همچنین ۷۰ نفر از افراد غیر معناد نیز که به لحاظ جنسیت، سن، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل با گروه معناد همتا شده بودند، به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. دامنه سنی گروه های مورد مطالعه ۴۵-۱۹ سال بود.

ابزار

پرسشنامه سلامت معنوی: پرسشنامه سلامت معنوی که توسط پولوتزین و الیسون^۱ (۱۹۸۲) ساخته شده، شامل ۲۰ عبارت است که دو خرده مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی را می سنجد. با جمع نمره سلامت مذهبی و سلامت وجودی، نمره سلامت معنوی به دست می آید. پاسخ این سؤالات در مقیاس ۶ درجه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می باشد. در طی یک پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۳ به دست آمد (پولوتزین، ۱۹۸۲؛ به نقل از حسین دخت و همکاران، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ نمره کل سلامت معنوی ۰/۹۵ به دست آمد.

شاخص سرسختی خانواده: شاخص سرسختی خانواده توسط مک کوبین^۲ و همکاران ساخته شد. این شاخص شامل ۲۰ سوال است که بر اساس مقیاس ۴ درجه ای از کاملاً غلط تا کاملاً درست تنظیم شده است. این مقیاس از سه خرده مقیاس به نامهای تعهد، چالش، و کنترل تشکیل شده است (کورکوران و فیشر^۳، ۲۰۰۰). در پژوهش حاضر نمره کلی سرسختی خانواده مد نظر بوده است، و نمره بیشتر به معنای سرسختی بیشتر خانواده است. در طی یک پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این شاخص

1 . Paloutzian & Ellison

2 . MacCubbin

3 . Corcoran & Fischer

۷۸. گزارش شد (صیدی و باقریان، ۱۳۹۰). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه رضایت‌مندی خانواده: مقیاس ۱۰ عبارتی رضایت‌مندی خانواده توسط السون و ویلسون (۱۹۸۲) ساخته شد. مقیاس بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از بسیار ناراضی تا به شدت راضی تنظیم شده است. در طی یک پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد (بیرگانی، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

یافته‌ها

آمار توصیفی مربوط به متغیرهای وابسته، شامل میانگین و انحراف معیار در دو گروه معتاد و غیر معتاد در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱: اطلاعات توصیفی متغیرها در دو گروه

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
سلامت معنوی	گروه غیرمعتاد	۹۰/۵۸	۱۴/۸۷
	گروه معتاد	۶۸/۷۷	۲۶/۶۳
سرسختی خانواده	گروه غیرمعتاد	۳۵/۱۸	۸/۹۰
	گروه معتاد	۲۵/۷۰	۱۰/۵۸
رضایت‌مندی از خانواده	گروه غیرمعتاد	۳۵/۰۲	۵/۷۶
	گروه معتاد	۲۴/۶۲	۱۰/۰۰

برای بررسی فرضیات از تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده شده است. جدول شماره ۲ نشان می‌دهد تمام آزمون‌ها حاکی از تفاوت معنادار بین گروهی هستند. یعنی حداقل در یکی از متغیرهای مورد مقایسه، بین دو گروه افراد معنادار و غیر معنادار تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول شماره ۲: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری

مقدار	F	df فرضیه	df خطا	Sig	
۰/۳۰۰	۱۹/۴۰۹	۳/۰۰۰	۱۳۶/۰۰۰	۰۰۰	آزمون اثر پیلائی
۰/۷۰۰	۱۹/۴۰۹	۳/۰۰۰	۱۳۶/۰۰۰	۰۰۰	آزمون لامبدای ویکلز
۰/۴۲۸	۱۹/۴۰۹	۳/۰۰۰	۱۳۶/۰۰۰	۰۰۰	آزمون اثر هتلینگ
۰/۴۲۸	۱۹/۴۰۹	۳/۰۰۰	۱۳۶/۰۰۰	۰۰۰	آزمون بزرگترین ریشه روی

در جدول شماره ۳ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه‌ی دو گروه در متغیرهای وابسته نشان داده شده است. با توجه به اطلاعات جدول نتیجه گرفته می‌شود که فرض صفر در مورد هر سه متغیر وابسته رد شده است و گروه معنادان در مقایسه با گروه افراد غیر معنادار از نظر سلامت معنوی، سرسختی خانواده، و رضایت‌مندی از خانواده در سطح پایین‌تری هستند.

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه‌ی متغیرهای وابسته بین دو گروه

Sig	F	MS	df	SS	
۰/۰۰۰	۳۵/۷۹۷	۱۶۶۵۵/۲۰۷	۱	۱۶۶۵۵/۲۰۷	سلامت معنوی
۰/۰۰۰	۳۲/۹۳۶	۳۱۴۹/۲۵۷	۱	۳۱۴۹/۲۵۷	سرسختی خانواده
۰/۰۰۰	۵۶/۸۰۷	۳۷۸۵/۶۰۰	۱	۳۷۸۵/۶۰۰	رضایت‌مندی از خانواده

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر سلامت معنوی، سرسختی خانواده و رضایت‌مندی از خانواده در افراد معتاد و غیر معتاد مقایسه شد. یکی از یافته‌های پژوهش این بود که میزان سلامت معنوی افراد معتاد و غیر معتاد متفاوت است و افراد معتاد از سلامت معنوی کمتری نسبت به افراد غیر معتاد برخوردارند. یافته‌های این پژوهش با نتایج برخی دیگر از پژوهش‌ها (گومز^۱ و همکاران، ۲۰۱۳؛ والش و همکاران، ۲۰۰۳؛ بریل هارت، ۲۰۱۲؛ نف و مک مستر^۲، ۲۰۰۵؛ و رو و ونگ^۳، ۲۰۰۶) که نشان داده‌اند معنویت و باورهای دینی- مذهبی می‌تواند مانعی قدرتمند در مقابل کشیده شدن افراد به سمت مصرف مواد مخدر عمل کند همخوانی دارد. شاید مکانیسم دقیق اثرگذاری معنویت بر اعتیاد با قطعیت قابل توجیه نباشد اما می‌توان استنباط کرد که معنویت، کل سبک زندگی فرد را متأثر می‌سازد. سبک زندگی آمیخته با معنویت با نگرش‌ها، رفتارها، و باورهایی همراه است که سلامت و آرامش بیشتری در ابعاد جسمانی و روان‌شناختی در پی دارند. به علاوه، اعتقاد به نیرویی برتر که محافظ و مراقب فرد است، بر اعمال او نظارت دارد، و او را برای نیل به اهداف والاتری آفریده است، نیروی مضاعفی به فرد می‌بخشد و مکانیسم‌های مقابله‌ای فرد در برخورد با مشکلات اجتناب‌ناپذیر زندگی را به شیوه‌ای مثبت شکل می‌دهد که عامل مهمی در اجتناب از رو آوردن به اعتیاد تلقی می‌شود. در اهمیت و تأیید این یافته باید

۱ . Gomes

۲ . Neff & Mac Master

۳ . Rew, L & Wong

اشاره شود که در بسیاری از برنامه‌های درمانی اعتیاد، از جمله برنامه ۱۲ قدمی، معنویت یک عنصر هسته‌ای به شمار می‌رود و پژوهش‌ها (میلر^۱، ۱۹۹۸ را ببینید) حاکی از این هستند که برنامه‌های درمانی حاوی عناصر معنوی در مقایسه با درمان‌های فاقد این مؤلفه، پیامدهای درمانی بهتری دارند.

پژوهش حاضر همچنین نشان داد که سرسختی خانوادگی افراد معتاد در برابر مشکلات و تنش‌ها در مقایسه با افراد غیر معتاد پایین‌تر است. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های دیگر (سیلبوم و همکاران، ۲۰۰۶؛ بونانو، ۲۰۰۷؛ به نقل از حسینی المدنی و همکاران، ۱۳۹۱؛ شهریاری و همکاران، ۱۳۹۲؛ یین و چن و چن، ۲۰۰۷؛ آقا^۲ و همکاران، ۲۰۰۸) همسو است. محققان سرسختی خانواده را به عنوان توانایی خانواده برای مواجهه با تغییرات در موقعیت‌های بحرانی، توانایی احیای مجدد، و دوباره فعال نمودن تعادل خود بعد از یک بحران تعریف کرده‌اند (مک کوپین و مک کوپین^۳، ۱۹۸۸). از آنجایی که خانواده، اثرگذارترین واحد اجتماعی بر اعضای خویش است بر اساس نظریه‌های گوناگون از جمله نظریه انتقال بین نسلی و نظریه یادگیری اجتماعی می‌توان نتیجه گرفت که وقتی خانواده به عنوان کل در مقابله با مشکلات و بحران‌ها سرسختی و مقاومت کافی از خود نشان نمی‌دهد، همین ویژگی‌ها حداقل به برخی از اعضای خانواده هم منتقل می‌شوند. بدین ترتیب، این اعضا هنگام مواجهه با درد و ناکامی زود درهم می‌شکنند و به جای مقاومت به خود-تسکینی موقت رومی‌آورند که از دیدگاه نظریه روان‌شناختی اختلالات اعتیادی، آغاز مسیر اعتیاد به شمار می‌رود. به علاوه، نحوه واکنش اعضای خانواده که از انسجام و سرسختی خانواده ناشی می‌شود، نقش اساسی در پیشگیری از کشیده شدن اعضا به راه‌های نادرست از جمله مصرف مواد مخدر و الکل و رفتارهای پرخطر دیگر، هنگام بروز مشکلات ایفا می‌کند. خانواده‌هایی که سرسختی اندکی دارند در قبال رفتار نابهنجار عضو خویش، رفتارها و واکنش‌های مناسب و مؤثری نشان نمی‌دهند و توفیقی در پیشگیری از تداوم مصرف و اعتیاد کسب نمی‌کنند.

یافته دیگر پژوهش حاضر این بود که میزان رضایت‌مندی از خانواده در گروه افراد معتاد و غیر معتاد متفاوت است. طبق نتایج به دست آمده از این پژوهش، رضایت‌مندی افراد معتاد پایین‌تر از افراد غیر

1 . Miller

2 . Agha

3 . McCubbin & McCubbin

معتاد بوده است. یافته‌های این پژوهش با نتایج سایر مطالعات (اولسون و گرال^۱، ۲۰۰۳؛ ین، چن و چن، ۲۰۰۷؛ جوکس و همکاران، ۲۰۱۱؛ وامپلر و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از مهدی‌پور، ۱۳۹۱) همسو است. همچنین پژوهشی که موسوی و همکاران (۱۳۸۴) انجام دادند، نشان داد که عدم ارتباط صمیمانه در خانواده از علل گرایش افراد به مواد مخدر است. پیوند با کانون گرم خانواده می‌تواند تاثیر زیادی بر پیشگیری از اعتیاد افراد داشته باشد. هر فردی مهم‌ترین و سرنوشت‌سازترین ایام زندگی خود را در خانواده سپری می‌کند و تاثیرات زیادی از آن می‌پذیرد. بنابراین رابطه گرم بین اعضای خانواده خصوصاً با فرزندان امکان جذب آنها را به خانواده بیشتر کرده و احتمال گریز از خانه و خانواده و پناه بردن به گروه دوستان و رفتارهای پرخطر را کاهش می‌دهد.

در مجموع یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند که معنویت و دو عامل خانوادگی سرسختی و رضایت‌مندی را می‌توان از عوامل دخیل در پیدایش اعتیاد به حساب آورد. یکی از تلویحات یافته‌ها این است که برای پیشگیری و درمان اعتیاد، می‌توانیم در کنار سایر عوامل، تأکید ویژه‌ای بر معنویت و استحکام خانواده داشته باشیم. اعتیاد یکی از مشکلات عدیده جامعه ماست و گنجاندن این مؤلفه‌ها در برنامه‌های درمانی می‌تواند غنا و اثربخشی درمان‌ها را افزایش دهد. با این حال، علیرغم اینکه معنویت جایگاه نسبتاً مناسبی دارد، اما هنوز در برنامه‌های درمانی داخل کشور تأکید کمتری بر برنامه‌های خانواده‌مدار شده و درمان‌های فردی رواج بیشتری دارند. با توجه به اینکه پژوهش‌های گوناگون (برای مرور به افارل و فالس-استیوارت^۲، ۲۰۰۶ رجوع کنید) نشان می‌دهند درمان‌های خانواده‌شمول در مقایسه با درمان‌های فردی نتایج بهتری دارند ضروری است که توجه و تأکید بیشتری بر نقش خانواده در درمان اعتیاد شود و این مؤلفه مهم جایگاه مناسبی در بین مداخلات درمانی اعتیاد پیدا کند.

تشکر و قدردانی

از معتادین مراجعه کننده بر مراکز ترک اعتیاد و همچنین از مسئولین این مراکز که پژوهشگران را یاری فرمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد؛ بدون همکاری آنان پژوهش حاضر ممکن نبود.

^۱ . Olson & Goral

^۲ . O'Farrell & Fals-Stewart

منابع

- بیرگانی، سیروس عالی پور (۱۳۹۱). رابطه توافق پذیری و شیوه های فرزندپروری با رضایت از خانواده در دانشجویان. دو فصلنامه مشاوره کاربردی، ۲(۲)، ۷۳-۸۴.
- حسین دخت، آرزو؛ فتحی آشتیانی، علی؛ تقی زاده، محمد احسان. (۱۳۹۲). رابطه هوش معنوی و بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی و رضایت زناشویی. روانشناسی و دین، ۶(۲)، ۵۷-۷۴.
- حسینی المدنی، سیدعلی؛ احدی، حسن؛ کریمی، یوسف؛ یهرامی، هادی؛ معاضدیان، آمنه (۱۳۹۱). مقایسه تاب آوری، سبک های هویتی، معنویت و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد معتاد و غیرمعتاد و بهبود یافته. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۶(۲۱)، ۴۷-۶۷.
- خداجویادی، رحیم؛ آقابخشی، حبیب؛ رفیعی، حسن؛ عسگری، علی؛ بیان معمار، احمد؛ عبدی زرین، سهراب (۱۳۹۰). رابطه کارکرد خانواده و تاب آوری در برابر مصرف مواد در دانش آموزان پسر دبیرستانی مدارس پرخطر. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی. ۱۱(۴۱): ۴۲۱-۴۴۴.
- رضاعی، محبوبه؛ سید فاطمی، نعیمه؛ حسینی، فاطمه (۱۳۸۷). سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی. مجله دانشده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۴(۳و۴): ۱۳-۳۹.
- شهریاری، شیرین (۱۳۹۲). نقش و کارکرد خانواده در گرایش دانشجویان به اعتیاد و سوء مصرف مواد. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زابل، ۵(۴)، ۵۹-۶۷.
- صیدی، محمد سجاد؛ باقریان، فاطمه (۱۳۹۰). پیش بینی سرسختی خانواده توسط فراغت و انجام فرایض دینی در منزل با واسطه گری کیفیت ارتباط در خانواده. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده. ۱(۲)، ۲۲۶-۲۴۲.
- مهدی پور، رقیه؛ نعمت الهی، منیره السادات؛ نوحی، عصمت (۱۳۹۱). بررسی نقش خانواده در اعتیاد فرزندان از دیدگاه مادران دارای فرزند معتاد شهر کرمان. سلامت و بهداشت اردبیل. ۳(۲)، ۶۷-۷۲.
- معلمی، صدیقه؛ رقیبی، مهوش؛ سالاری درگی، زهره (۱۳۸۹). مقایسه هوش معنوی و سلامت روان در افراد معتاد و غیر معتاد. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. ۱۸(۳)، ۲۳۵-۲۴۲.

موسوی، فاطمه (۱۳۸۴). رابطه مصرف سیگار در افراد سیگاری با مصرف سیگار در والدین و دوستان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۱(۳)، ۳۴۲-۳۴۵.

نریمانی، محمد؛ پورا سمعلی، اصغر (۱۳۹۱). مقایسه ناگویی خلقی و هوش معنوی در افراد معتاد، افراد تحت درمان متادون، و افراد غیر معتاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد*. ۶ (۲۶)، ۷-۲۳.

- Akhlaq, A., Malik, N., Khan, N. (2013). Family Communication and Family System as the Predictors of Family Satisfaction in Adolescents. *Science Journal of Psychology*, 258, 1- 6.
- Agha, S., Zia, H., Irfan, S. (2008). Psychological problems and family functioning as risk factors in addiction, *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 20 (3), 88- 91.
- Allen, T. (2009). Religiosity, Spirituality, and substance abuse. University of Alabama: masters dissertation.
- Benzies, K., Mychasiuk, R. (2008). Fostering family resilience: A review of the key protective factors. *Child and Family Social Work*, 14:103-114.
- Brill hart, B. (2012). A study of spirituality and life satisfaction among persons with spinal cord injury. *Rehabilitation nursing*. 30 (1), 31-34.
- Corcoran, K., Fischer, J. (2000). Measures for clinical practice. New York, NY: the free press.
- Cuomo, C., Sarchiapone, M., Giannantonio, M. D., Mancini, M., Roy, A. (2008). Aggression, impulsivity, personality traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34(3), 339-345.
- Galantar, M. (2006). Spirituality and addiction. A research and clinical perspective. *The American journal on addiction*. 15, 286- 292.
- Gomes, F., Andrade, A., Izbicki, R., Almeida, A., Oliveira, L. (2013). Religion as a protective factor against drug use among Brazilian university students: a national survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria. Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association*. 35, 29-37.
- Joeques, E. O., Marchand, K., Guh, D., Marsh, D.C., Brissette ,S., Krausz, M., Anis, A., Schechter, M.T. (2011). History of reported sexual or physical abuse among long-term heroin users and their response to substitution treatment. *Addictive Behaviors*, 36 (1-2), 55-60.

Johnson, T., Sheets, V., Kristeller, J. (2008). Identifying Mediators of the Relationship between Religiousness/Spirituality and Alcohol Use. *Journal of studies on alcohol and drug*. 69(1), 160- 170.

Leigh, J., Bowen, S., Marlatt, G. (2005). Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Additive behaviors*. 30(7), 1335- 1341.

McCubbin, H. I., McCubbin, M. A. (1988). Typologies of resilient families: Emerging Roles of social class and ethnicity. *Family Relations* 37, 247-254.

Olson, D.H., whilson, M. (1982). Samily satisfaction. In Olson, D.H. & Colleagues. Families: What makes them work. Newbury Park, CA: Sage Publishing.

Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2003). Circumplex model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed.) Normal Family Processes (3rd ed., pp. 514-547). New York: Guilford.

Miller, W. R. (Ed.) (1999). Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners. Washington, DC: American Psychological Association.

Neff, J. A. & Mac Master, S. A, (2005). Applying behavior change models to understand spiritual mechanisms underlying change in substance abuse treatment, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 5(3), 33-54.

O'Farrell, T. J.,Fals-Stewart, W. (2006). *Behavioral Couples Therapy for alcoholism and drug abuse*. New York, NY: Guilford.

Pinquart, M. (2009). Moderating effect of dispositional Resilience on association between hassles and Psychological distress. *Journal of applied Developmental psychology*. 30, (1), 1-8.

Rew, L. & Wong, Y.J. (2006). A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 38, 433-442.

Stewart, C. (2001). The influence of spirituality on substance use of college students. *Journal of Drug Education*, 31(4), 343-351.

Walsh, F. (2003). *Family resilience: Strengths forged through adversity*. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes*. New York: The Guilford Press.

Walsh, F. (2006). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press.

Wills TA, Yaeger AM, Sandy JM. (2003). Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors*. 17(1): 24-31.

Yen, J., Chen, C. C., Chen, S. H. (2007). Family factors of internet addiction and substance use experience in Taiwanese adolescents. *Cyber Psychology & Behavior*, 10, 323-327.

Comparison of Spiritual Health, Family Hardiness and Family Satisfaction between Addicted and Non Addicted People

Farshad Mohsenzadeh¹, Shahriar Dargahi², Reza Ghasemi Jobaneh³,
Saeed Jalili Nikoo⁴

¹ . Assistant Professor of Counseling, Kharazmi University, Tehran

² . Corresponding Author: M.A students of Family Counseling, Kharazmi University, Tehran shahriardargahi@yahoo.com

³ . M.A students of Family Counseling, Kharazmi University, Tehran

⁴ . M.A students of Family Counseling, Kharazmi University, Tehran

Abstract

Goal: the purpose of this study was to compare spiritual health, family hardiness and family satisfaction between addicted and non addicted people.

Method: in this comparative study, two groups including 70 addicted people and 70 non addicted people were compared based on spiritual health, family hardiness and family satisfaction. Participants responded to the spiritual health questionnaire, family hardiness index and family satisfaction questionnaire, and the gathered data were analyzed by multivariate analysis of variance (MANOVA) method.

Results: results showed that all three variables compared, a significant difference exist between addicted and non addicted people. This means that the scores of addicted people in spiritual health, family hardiness and family satisfaction were lower than non addicted people.

Conclusion: it can be concluded that, individuals with lower spiritual health, are more likely to suffer from substance abuse, and addicted people are in a worse situation in terms of family hardiness and family satisfaction. In addition, in family centered therapy for addiction, these components can be put in treatment planner.

Key words: Addicted, Spiritual Health, Family Hardiness, Family Satisfaction

بررسی نقش واسطه ای تنظیم هیجانی در رابطه بین احساس تنهایی با تاب آوری مجید زارعی^۱، سعدی عبدالملکی^۲، مرضیه علوی مجدر^۳

۱. دانشجوی کارشناسی رشته مشاوره دانشگاه محقق اردبیلی

۲. دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه تهران

۳. دانشجوی کارشناسی رشته مشاوره دانشگاه محقق اردبیلی

چکیده

هدف پژوهش حاضر عبارتست از بررسی نقش واسطه ای تنظیم هیجانی در ارتباط بین احساس تنهایی و تاب آوری. روش: این تحقیق از نظر هدف کاربردی و توصیفی و از حیث روش یک مطالعه همبستگی می باشد. جامعه آماری این پژوهش عبارتست از کل دانشجویان کارشناسی مشغول به تحصیل در دانشگاه کردستان در سال تحصیلی ۹۴-۹۵، با استفاده از جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۰) حجم نمونه ای این پژوهش ۳۵۶ دانشجوی کارشناسی دانشگاه کردستان به دست آمد با توجه به ویژگی های خاص موضوع روش نمونه گیری این پژوهش از نوع خوشه ای چند مرحله ای بود؛ به طوری که از بین دانشکده های دانشگاه کردستان چند دانشکده به شکل تصادفی انتخاب شده و از هر دانشکده نیز چند رشته و از هر رشته نیز چند دانشجو به طور تصادفی انتخاب شدند به گونه ای که نهایتاً ۳۵۶ دانشجوی کارشناسی برابر با حجم نمونه انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. در این پژوهش از ابزار پرسشنامه برای جمع آوری اطلاعات استفاده شده است. ابزار پژوهش: پرسشنامه استاندارد احساس تنهایی - UCLA، پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجان گارنفسکی و همکاران، پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون. روش آماری: تحلیل مسیر و رگرسیون و همبستگی نتیجه: یافته ها حاکی از این بود که بین احساس تنهایی و تاب آوری رابطه معکوس و معنادار، بین تنظیم هیجان و تاب آوری نیز رابطه معناداری وجود دارد و جهت همبستگی راهبردهای سازگارانه (تمرکز مجدد، کنار آمدن با دیدگاه، ارزیابی مجدد و برنامه ریزی) مثبت و جهت همبستگی سبک های ناسازگار (سرزنش دیگری و فاجعه انگاری) منفی است همچنین یافته های این پژوهش نشان داد که تنظیم هیجان در ارتباط بین احساس تنهایی و تاب آوری نقش واسطه ای ایفا می کند.

واژگان کلیدی: احساس تنهایی، تاب آوری، تنظیم هیجان، مولفه های تنظیم هیجان، دانشجویان دانشگاه کردستان.

در سالیان اخیر رویکرد آسیب شناختی به مطالعه سلامتی انسان مورد انتقاد قرار گرفته است. رویکردهای جدید بر خوب بودن^۱ به جای بد بودن^۲ تاکید می کنند، به طوری که عدم وجود نشانه های بیماری های روانی، شاخص سلامتی نبوده بلکه سازگاری، شادمانی، اعتماد به نفس، و ویژگیهای مثبتی از این دست نشانگر سلامت بوده، و هدف اصلی فرد در زندگی شکوفا سازی قابلیت های خود است (گراهام و کرون،^۳ ۲۰۱۴). در همین راستا رویکرد روانشناسی مثبت، با شعار توجه به استعدادها و توانمندیهای انسان، مورد توجه پژوهشگران حوزه های مختلف روانشناسی قرار گرفته است. این رویکرد، هدف غایی خود را شناسایی سازه ها و شیوه هایی می داند که بهزیستی و شادکامی انسان را فراهم می کند. از این رو عواملی که موجبات تطابق هر چه بیشتر آدمی با نیازها و تهدید های زندگی را سبب گردند، بنیادی ترین سازه های مورد پژوهش این رویکرد می باشند. در این میان، تاب آوری^۴ جایگاه ویژه ای، مخصوصاً در حوزه های روانشناسی تحولی، روانشناسی خانواده و بهداشت روانی، به خود اختصاص داده است. (کمپل، کوهان و استین،^۵ ۲۰۰۶؛ به نقل از جوکار، ۱۳۸۶) نیل^۵ (۲۰۰۶)، تاب آوری را به صورت ظرفیت افراد برای اجتناب از آسیب شناسی علی رغم مشکلات محیطی تعریف می کند. به طور کلی تاب آوری به الگویی از عملکرد که نشان دهنده سازگاری مثبت در بافت «خطر» یا گرفتاری است، اشاره دارد. طبق این تعریف، دو عامل خاص وجود دارد: (۱) مواجهه با خطرهای زندگی و (۲) سازگاری مثبت علی رغم تهدید برای رشد. (تولان^۶، ۱۹۹۶). در واقع همه انسان ها در زندگی استرس های مختلفی را تجربه می کنند و دامنه آن از طیفی از شدید ترین سطوح آن همچون مرگ یک عزیز تا مسائل جزئی تری همچون مشکلات مالی گسترده شده است، قرار گرفتن در معرض استرس ها با طیف گسترده ای از نتایج منفی همبستگی دارد و پیامدهای منفی همچون کاهش بهزیستی روانشناختی، افزایش بروز بیماری ها، اختلال استرس پس از سانحه^۷، اختلال

¹ Wellness

² Illness

³ Graham, C., & Crown

⁴ resiliency

⁵ Neill

⁶ Tolan

⁷ post-traumatic stress disorder

اضطرابی تعمیم یافته^۱ و اختلال افسردگی اساسی^۲ را در پی دارد. (مونات و همکاران^۳، ۲۰۰۷) با این حال همه کسانی که در معرض این استرس ها قرار دارند لزوماً تحت تاثیر شدید پیامدها و آسیب ها قرار نمیگیرند در واقع تعدادی از افراد در مواجهه با این آسیب ها از خود تاب آوری نشان می دهند که به توانایی حفظ و بهبود سلامت روان به رغم مواجهه با استرس ها و آسیب ها تعریف شده و اگر اختلال موقتی نیز ایجاد شود فرد سریعاً به حالت تعادل برمیگردد و کارکرد عادی خود را کسب میکند. (لودار و همکاران^۴، ۲۰۰۴). نتایج مطالعات مشخص کرده که در حالی که برخی از افراد در مواجهه با شرایط آسیب زا اختلال قابل توجهی در کارکردشان پیدا می کنند برخی دیگر از افراد تاب آوری و انعطاف قابل توجهی نشان می دهند. به همین دلیل شناخت عوامل موثر بر تفاوت های نتایج ناشی از مواجهه افراد با شرایط آسیب زا برای درک کامل مسائل سلامت روان و برای گسترش مداخلات درمانی و پیشگیرانه ای که به ارتقای تاب آوری کمک می کنند ضروری به نظر می رسد. در واقع چه فاکتورهایی تاب آوری را پیش بینی میکنند؟ یک مساله بسیار کلیدی برای پاسخ به این سوال این است که اساساً این عوامل بسیار دارای جنبه های هیجانی هستند (لازاروس^۵، ۱۹۹۹).

به همین دلیل توانایی مردم در تنظیم هیجانانشان عامل مهمی در رابطه با تاب آوری است و در این زمینه نقشی بسیار کلیدی دارد به ویژه راهبردهای تنظیم هیجان شناختی که به عنوان بخشی از فرآیند تنظیم هیجانی به تاب آوری مرتبط است.

(توری و ماوس^۶، ۲۰۱۱). تنظیم هیجان^۷ را می توان به صورت فرآیندهایی تعریف کرد که از طریق آن، افراد میتوانند بر اینکه چه هیجانی داشته باشند و چه وقت آنها را تجربه و ابراز کنند، تأثیر بگذارند

1 Generalized anxiety disorder

2 major depressive disorder

3 Monat *et al*

4 Luthar *et al*

5 Lazarus

6 Troy and Mauss

7 Emotion regulation

(گراس^۱، ۱۹۹۹) فرآیند تنظیم هیجان می تواند به شکل خودکار و یا غیر ارادی باشد یا همچنین می تواند حالت هشیار یا ناهشیار به خود بگیرد. در واقع هیجانها به منزله فرآیندهای درونی و بیرونی هستند که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنشهای عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارند (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۳؛ به نقل از قاسم زاده و همکاران، ۱۳۸۹) و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجانها میتواند فرد را در برابر اختلالات روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب پذیر سازد به عنوان مثال شواهد حاکی از این است که افرادی که از افسردگی رنج میبرند دشواری هایی در تنظیم هیجانهاشان دارند. (روود و مک کارتی^۲، ۲۰۰۳) به اعتقاد محققان، چگونگی ارزیابی دستگاه شناختی فرد در هنگام روبه روشن شدن با حادثه منفی از اهمیت بالایی برخوردار است. سلامت روانی افراد ناشی از تعاملی دوطرفه میان استفاده از انواع خاصی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجانها و ارزیابی درست از موقعیت تنش زاست محققان ۹ راهبرد شناختی را در تنظیم هیجانها معرفی کرده اند؛ نشخوار فکری، پذیرش، خود را مقصر دانستن، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت، تحت نظر قراردادن، فاجعه آمیز تلقی کردن و مقصردانستن دیگران. (گارنفسکی و همکاران^۳، ۲۰۰۲) در همین راستا برخی معتقدند که تنظیم هیجانها در زمینه سازگاری با آسیب ها به عنوان یک واسطه عمل می کند (سیلک و همکاران^۴، ۲۰۰۷) با توجه به این مدل واسطه ای، مواجهه با استرس ها به کژتنظیمی هیجانی منجر می شود که به نوبه خود پیامدهای منفی زیادی را در پی دارد، لذا نیاز به تنظیم هیجانها برای بازگشت تعادل هیجانی فرد و تاب آوری برای مواجهه سالم تر با این پدیده ها نیازی اساسی است بر همین اساس این گونه مدل های واسطه ای برای بررسی رابطه بین عوامل استرس زا و سلامت روان بسیار مهم به نظر می رسند. در همین راستا عقیده بر این است که توانایی تنظیم هیجان به ویژه تنظیم شناختی هیجان توسط عوامل محیطی و فردی متعددی شکل می گیرد و در زمینه گسترده

1 Gross

2 Rude & McCarthy

3 Garnefski et al

4 Silk et al

ای از حالات می تواند منعطف باشد. با توجه به این مدل از تاب آوری توانایی تنظیم شناختی هیجان در رابطه با استرس ها می تواند بسیار مهم باشد. (توری و ماوس^۱، ۲۰۱۱) از طرف دیگر در رابطه با فاکتورهای خطر آفرین برای سلامت روان مطالعات متعددی نشان داده که احساس تنهایی به عنوان یک ریسک فاکتور عمده در طول عمر عمل می کند. (هاوکلی و کاسیپو^۲، ۲۰۰۷) احساس تنهایی^۳ یک هیجان بسیار پیچیده و یک حالت ذهنی است که مشخصه آن عبارتست از شکست در رابطه با افراد و دیگران مهم در زندگی، کاتان و همکاران^۴ (۲۰۰۳) احساس تنهایی را احساس ناخوشایندی مبتنی بر طرد و فقدان تعریف کرده اند. برخی ماهیت احساس تنهایی را لزوماً با انزوا یکی نمی دانند بلکه تفاوت بین ادراک و تفسیر فرد از روابط اجتماعی مطلوب خود و آنچه در حال حاضر وجود دارد را در این زمینه دخیل می دانند. (درن آن و همکاران^۵، ۲۰۰۸). احساس تنهایی، تجربه ای ناخوشایند مانند تفکر فرد مبنی بر متمایز بودن از دیگران است که با مشکلات رفتاری قابل مشاهده مانند اندوه، عصبانیت و افسردگی همراه بوده و ناهمخوانی بین انتظارات و آرزوها را در روابط اجتماعی نشان می دهد و در رفتارهایی نظیر اجتناب از تماس با دیگران نمود می یابد. (دان و همکاران، ۲۰۰۷؛ نقل از فرنچیک، حسن زاده و فخری؛ ۲۰۱۴)، در واقع احساس تنهایی حاصل محروم ماندن از نیاز اساسی بشر به صمیمیت نتیجه بیگانگی از جامعه و از خود اوست و همچنین تجربه عاطفی دردناک، ترس آور، عام و خطیری است که پیامدهای آسیب شناختی روانی گسترده ای دارد. افرادی که احساس تنهایی بیشتری دارند استرس های مزمن بیشتری را در حوزه هایی همچون (کار، ازدواج، اقتصادی و مشکلات روزمره و عمومی و ...) تجربه می کنند افرادی که احساس تنهایی می کنند استراتژی های سازگاری متفاوتی را در برخورد با مسائل اتخاذ می کنند به عنوان مثال احساس تنهایی با سازگاری فعال، جست و جوی حمایت عاطفی و

¹ Troy and Mauss

² . Hawkley and Cacioppo

³ Loneliness

⁴ Cattán *et al.*

⁵ Drennan *et al.*

ابزاری، رابطه معکوس دارد و با گریز رفتاری رابطه مستقیم دارد. (کاسیو و همکاران^۱، ۲۰۰۰) در واقع افرادی که احساس تنهایی میکنند به میزان کمتری در جستجوی حمایت عاطفی و هیجانی برمی آیند و بیشتر به گریز اجتماعی مبادرت می ورزند و این یک سبک سازگاری است که به تداوم استرس و مزمن شدن آن می انجامد. (هاوکلی و همکاران^۲، ۲۰۰۷) همچنین شواهد متعددی نشان می دهد که فرآیندهای خود تنظیمی در افرادی که احساس تنهایی می کنند دچار اختلال گشته است (کاسیو و همکاران^۳، ۲۰۰۰) لذا با توجه به مسائلی که ذکر شد از آنجا که احساس تنهایی به عنوان یک عامل استرس زا و آسیب زا عمل میکند و تحقیقات نشان داده که احساس تنهایی با کژکاری در خود تنظیمی در ارتباط است و از آنجا که فرآیندهای تنظیم هیجان بخشی از فرآیندهای خود تنظیمی است و از طرف دیگر به این دلیل که در ادبیات پژوهش تنظیم هیجان به عنوان یک متغیر واسطه ای در رابطه با استرسور ها و تاب آوری عمل می کند لذا در این پژوهش بر آن شدیم که به بررسی این مساله بپردازیم که آیا فرآیندهای تنظیم هیجان در رابطه ی بین احساس تنهایی به عنوان یک استرسور و تاب آوری به عنوان یک عامل محافظتی عمل می کنند یا خیر؟

روش تحقیق :

این تحقیق از نظر هدف کاربردی و توصیفی و از حیث روش یک مطالعه همبستگی می باشد با توجه به موضوع تحقیق، روشی که برای جمع آوری داده های مورد نیاز تحقیق استفاده می شود، روش پیمایش است جامعه آماری این پژوهش عبارتست از کل دانشجویان کارشناسی مشغول به تحصیل در دانشگاه کردستان در سال تحصیلی ۹۴-۹۵، که تعداد این افراد رقمی نزدیک به ۵۰۰۰ نفر است که در ۵ دانشکده مشغول به تحصیل هستند. با استفاده از جدول کرجسی و مورگان^۳ (۱۹۷۰) حجم نمونه ی این پژوهش ۳۵۶ دانشجوی کارشناسی دانشگاه کردستان به دست آمد با توجه به ویژگی های خاص موضوع روش نمونه گیری این پژوهش از نوع خوشه ای چند مرحله ای می باشد؛ طوری که از بین دانشکده

¹ Cacioppo et al

² Hawkley et al

³ Krejcie and Morgan

های دانشگاه کردستان چند دانشکده به شکل تصادفی انتخاب شده و از هر دانشکده نیز چند رشته و از هر رشته نیز چند دانشجوی به طور تصادفی انتخاب شدند به گونه ای که نهایتاً ۳۵۶ دانشجوی کارشناسی برابر با حجم نمونه انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. در این پژوهش از ابزار پرسشنامه برای جمع آوری اطلاعات استفاده شده است. پرسشنامه های این پژوهش شامل (مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون، پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجان گارنفسکی و همکاران و پرسشنامه استاندارد احساس تنهایی) می باشد. از آنجا که پرسش نامه های این آزمون به شکل خود گزارشی است پس از توضیحی اولیه راجع به نحوه تکمیل پرسشنامه ها پرسشنامه ها توسط افراد گروه نمونه تکمیل شد. سپس داده های مورد نیاز برای بررسی فرضیه های پژوهش از پرسشنامه ها استخراج و مورد تحلیل قرار گرفت.

۱- پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون:

این پرسشنامه را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۱ در حوزه تاب آوری به دست آوردند. این

پرسشنامه شامل ۲۵ عبارت است. هر گویه بر اساس مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و پنج (همیشه درست) نمره گذاری می شود. بنابراین حداکثر نمره در این پرسشنامه صد است. نمره هر آزمودنی برابر مجموع نمرات یا کل ارزش های به دست آمده از هر یک از سوالات است. ضریب پایایی پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۹ بوده است و روایی به روش تحلیل عاملی برابر با ۰/۸۷ به دست آمده است. (کرد میرزا، ۱۳۸۸).

۲- پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجان گارنفسکی و همکاران:

پرسشنامه تنظیم هیجان توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۱) در کشور هلند تدوین شده و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. این مقیاس یک پرسشنامه چند بعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله های شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیتهای منفی مورد استفاده قرار می گیرد برخلاف سایر پرسشنامه های مقابله ای که به صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قایل نمی شوند، این پرسشنامه افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه منفی یا وقایع آسیب زا ارزیابی می کند. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است و ۳۶ گویه دارد. اجرای این پرسشنامه

خیلی آسان بوده و برای افراد ۱۲ (سال به بالا هم افراد بهنجار و هم جمعیت بالینی) قابل استفاده است. تنظیم شناختی هیجان دارای پایه تجربی و نظری محکمی بوده و از ۹ زیرمقیاس تشکیل شده است. زیرمقیاس های مذکور عبارتند از: راهبرد شناختی خود سرزنشگری، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی ارزیابی مجدد مثبت، کم اهمیت شماری، فاجعه نمایی و دیگر سرزنش گری. دامنه این مقیاس نیز از یک تا پنج است و هر زیر مقیاس ۴ گویه دارد. نمره کل هر یک از زیر مقیاس ها از طریق جمع کردن نمره گویه ها به دست می آید. بنابراین دامنه تغییرات زیر مقیاس ها بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر زیر مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مواجهه با رویدادهای منفی است. (گارنفسکی وهمکاران، ۲۰۰۱). این نسخه در ایران توسط بشارت (۱۳۹۰) اعتبار یابی شد. در مطالعه بشارت ویژگی های روانسنجی این فرم شامل همسانی درونی، پایایی باز آزمایی، روایی محتوایی، روایی همگرا، و تشخیص افتراقی، مطلوب گزارش شده است. نتیجه مطالعه حسنی (۱۳۸۹)، به نقل از حسنی و میرآقایی، (۱۳۹۱) ۹ زیرمقیاس نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان همسانی درونی خوبی داشتند در این پژوهش دامنه آلفای کرونباخ بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ گزارش شد. در مطالعه حسنی با مدنظر قرار دادن روایی ملاکی، زیر مقیاس های نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم هیجان به صورت خاص با علایم افسردگی (که موضوع پژوهش نامبرده بود) همبستگی داشت.

۳- پرسشنامه استاندارد احساس تنهایی - UCLA :

احساس تنهایی به وسیله مقیاس های مختلفی از جمله مقیاس پر کاربرد احساس تنهایی (UCLA) اندازه گیری می شود. پرسش نامه احساس تنهایی توسط راسل و پیلوا و کورتونا در سال ۱۹۸۰ ساخته شد که شامل ۲۰ سوال و به صورت ۴ گزینه ای، ۱۰ جمله منفی و ۱۰ جمله مثبت است. در این پرسشنامه هرگز امتیاز (۱)، به ندرت امتیاز (۲)، گاهی امتیاز (۳) و همیشه امتیاز (۴) دارد. ولی امتیاز سوالات ۱، ۲، ۱۹، ۲۰، ۱۵، ۱۶، ۱۰، ۹، ۵، ۶، ۱ برعکس است. یعنی هرگز (۴)، به ندرت (۳)، گاهی (۲) و همیشه امتیاز (۱) را دارد. دامنه نمره ها بین ۲۰ (حداقل) و ۸۰ (حداکثر) است. بنابراین میانگین نمره ۵۰ است. نمره بالاتر از میانگین بیانگر شدت بیشتر تنهایی است. پایایی این آزمون در نسخه جدید تجدید نظر شده ۷۸٪ گزارش شد. پایایی آزمون به روش باز آزمایی توسط راسل، پیلوا و فرگوسن (۱۹۷۸) ۸۹٪ گزارش

شده است. همچنین وا^۱ و همکارانش این ابزار را یک ابزار کوتاه و پایا برای اندازه گیری احساس تنهایی گزارش کرده اند و ضریب آلفای کرونباخ آنرا ۰.۸۴٪ گزارش نموده اند. (وا، ۲۰۰۸) این مقیاس توسط شکر کن و میردیکوند (۱۳۸۸) ترجمه و پس از اجرای مقدماتی و اصلاحات به کار گرفته شد. همچنین حجتی و همکاران (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ ۰.۸۹٪ را گزارش نموده اند. در این مقیاس براساس تعریفی که ارائه شد سوالاتی مطرح می شود از جمله اینکه "احساس انزوا می کنم"، "کسانی در اطرافم هستند که می توانم با آنها ارتباط و گفت و گوی سازنده داشته باشم" و "من احساس می کنم جزئی از گروه دوستانم هستم" نتیجه مقیاس بر روی یک طیف از احساس تنهایی شدید تا یک ارتباط اجتماعی موثر قرار می گیرد (هاو کلی و کاسیو^۲، ۲۰۱۰).

یافته ها:

جنسیت

جدول ۱ نسبت جنسی نمونه مورد بررسی

جنسیت	فراوانی	درصد	فراوانی تجمعی	درصد تجمعی
دختر	۲۳۹	٪۶۷	۲۳۹	۶۷
پسر	۱۱۷	٪۳۳	۳۵۶	۱۰۰
جمع	۳۵۶	٪۱۰۰		

جدول فوق ترکیب جنسی نمونه مورد بررسی را نشان می دهد. همانگونه که ملاحظه می شود حدود ۶۷ درصد (۲۳۹ نفر) از افراد نمونه دانشجویان دختر هستند و پسران با ۳۳ درصد (۱۱۷ نفر) تقریباً یک سوم نمونه را تشکیل می دهند.

سن:

جدول ۲ پراکندگی سنی نمونه مورد بررسی

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	میانه	انحراف معیار	تعداد
سن	۱۹	۲۸	۲۱,۷	۲۲	۴,۶۱	۳۵۶

¹ Wua

² Hawkey & Cacioppo

جدول فوق سن افراد را بر اساس شاخص‌های پراکندگی و توصیفی نشان می‌دهد. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود حداقل سن افراد ۱۹ و حداکثر ۲۸ می‌باشد. میانگین سنی افراد ۲۱,۷ و میانه سنی ۲۲ سال است. انحراف معیار سن نیز برابر ۴,۶۱ می‌باشد. از آنجا که دامنه تغییرات سنی افراد کمتر از ده سال است، به صورت طبقه‌بندی شده نمایش داده نمی‌شود -۲-۳ وضعیت تأهل درآمد:

این متغیر نشان میزان درآمد ماهیانه خانواده جمعیت مورد مطالعه را نشان می‌دهد. میزان درآمد به تومان محاسبه شده است.

وضعیت درآمد پدر دانشجویان مورد مطالعه

حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	تعداد
۳۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰	۱,۲۳۶,۱۹۷.	۳۵۱,۹۸۸	۳۵۶

جدول ۴ - طبقه‌بندی میزان درآمد پدر دانشجویان مورد مطالعه

مقطع	خیلی پایین	پایین	متوسط	بالا	خیلی بالا	جمع
فراوانی	۶۸ (۱۹٪)	۷۶ (۲۱٪)	۱۳۹ (۳۹٪)	۳۹ (۱۱٪)	۳۲ (۹٪)	۳۵۶ (۱۰۰٪)

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود میزان درآمد افراد بین ۳۰۰,۰۰۰ تومان تا ۲ میلیون تومان است. میانگین درآمد خانواده جمعیت مورد مشاهده ۱,۲۳۶,۱۹۷ تومان است و انحراف معیار درآمد نیز برابر است با ۳۵۱,۹۸۸. همچنین جدول ۴-۷ طبقه‌بندی افراد مورد مشاهده را در ۵ طبقه درآمدی نشان می‌دهد. درآمد خانواده ۱۹٪ از افراد خیلی پایین است. درآمد خانواده ۲۱٪ پایین، درآمد خانواده ۳۹٪ متوسط، درآمد خانواده ۱۱٪ از افراد بالا و درآمد خانواده حدود ۹٪ از افراد مورد مشاهده در گروه خیلی بالا قرار می‌گیرد. در نمودار ۴-۵ نیز درآمد خانواده افراد به صورت طبقه‌بندی شده نشان داده شده است.

فرضیه فرعی اول

بین احساس تنهایی و تاب آوری در دانشجویان دانشگاه کردستان رابطه معناداری وجود دارد. از آنجا که متغیر مستقل و وابسته هر دو در سطح فاصله‌ای قرار دارند در بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

جدول ۵ میزان همبستگی احساس تنهایی و تاب آوری

متغیر	میزان همبستگی	سطح معناداری	تعداد
احساس تنهایی / تاب آوری	-۰,۳۱۷	۰,۰۰۰	۳۵۶

جدول فوق نتیجه آزمون همبستگی پیرسون بین دو متغیر را نشان می‌دهد. همانگونه که ملاحظه می‌شود میزان همبستگی برابر است با -۰,۳۱۷ و سطح معناداری آن با کمتر از ۰,۰۱ خطا پذیرفته شده است. شدت همبستگی متوسط به پایین است و جهت آن نیز منفی است. به عبارت دیگر هرچه احساس تنهایی در افراد بیشتر باشد میزان تاب آوری کاهش پیدا خواهد کرد و بالعکس. در نتیجه فرضیه فوق مبنی بر وجود رابطه معنادار بین احساس تنهایی و تاب آوری را می‌توان پذیرفت.

فرضیه فرعی دوم

بین تنظیم هیجانی و تاب آوری در دانشجویان دانشگاه کردستان رابطه معناداری وجود دارد. متغیر تنظیم هیجان از ۹ بعد تشکیل شده است، رابطه بین هر کدام از ابعاد با میزان تاب آوری به طور مجزا محاسبه شده که در جدول زیر جمع بندی و تحلیل شده است. در بررسی این فرضیه نیز از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

جدول ۶ میزان همبستگی بین راهبردهای تنظیم هیجان و تاب آوری

وضعیت معناداری	سطح اطمینان	میزان همبستگی	متغیر
غیر معنادار	۰,۸۳۱	۰,۰۴	پذیرش / تاب آوری
معنادار	۰,۰۰۰	۰,۴۰	تمرکز مجدد مثبت / تاب آوری
معنادار	۰,۰۰۰	۰,۲۵	کنار آمدن با دیدگاه / تاب آوری
معنادار	۰,۰۰۰	۰,۴۸	ارزیابی مجدد مثبت / تاب آوری
معنادار	۰,۰۰۰	۰,۴۸	برنامه ریزی / تاب آوری
غیر معنادار	۰,۹۷۴	-۰,۰۱	سرزنش خود / تاب آوری
معنادار	۰,۰۰۰	-۰,۴۲	سرزنش دیگری / تاب آوری
غیر معنادار	۰,۷۴۱	-۰,۰۴	نشخوار فکری / تاب آوری
معنادار	۰,۰۰۰	-۰,۲۱	فاجعه انگاری / تاب آوری

جدول ۶ نتیجه آزمون همبستگی پیرسون بین راهبردهای تنظیم هیجان و تاب آوری را نشان می‌دهد. همانطور که ملاحظه می‌شود به جز پذیرش، سرزنش خود و نشخوار فکری همه متغیرها همبستگی معناداری با تاب آوری دارند. جهت همبستگی راهبردهای سازگار (تمرکز مجدد، کنار آمدن با دیدگاه، ارزیابی مجدد و برنامه‌ریزی) مثبت و جهت همبستگی سبک‌های ناسازگار (سرزنش دیگری و فاجعه انگاری) منفی است. به عبارتی دیگر افرادی که دارای راهبردهای سازگار تنظیم هیجان بالایی هستند تاب آوری بالاتر و افراد دارای راهبردهای ناسازگار به مراتب تاب آوری پایین‌تری را تجربه می‌کنند. در جدول فوق میزان همبستگی و سطح معناداری هر کدام از متغیرها به تفکیک نشان داده شده است. فرضیه اصلی

تنظیم هیجانی نقش واسطه‌ای در ارتباط بین احساس تنهایی و تاب آوری ایفا می‌کند. این فرضیه نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم هیجان بین احساس تنهایی و تاب آوری را نشان می‌دهد. جهت بررسی این رابطه از آزمون رگرسیون چند متغیره استفاده شده است. ابتدا همبستگی بین احساس تنهایی و تک تک راهبردهای تنظیم هیجان محاسبه شده و سپس راهبردهای تنظیم هیجان به عنوان متغیر مستقل بر میزان تاب آوری ارزیابی شده است. از آنجا که مقادیر بتای استاندارد شده همان میزان

همبستگی رگرسیون است میزان همبستگی پیرسون احساس تنهایی و تاب آوری که در فرضیه فرعی اول بدست آمده همان بتای استاندارد شده آزمون رگرسیونی این دو متغیر می باشد و نتایج رگرسیونی تنظیم هیجانی و تاب آوری همان نتایج فرضیه فرعی دوم می باشد. لذا نتایج تحلیل رگرسیونی در قالب نمودار تحلیل مسیر نشان داده شده است.

جدول ۷ مقادیر بتای استاندارد شده راهبردهای تنظیم هیجان و احساس تنهایی

ضرایب استاندارد شده	مقدار بتا	راهبردهای تنظیم هیجان	(سطح معنی داری)
			Sig.
	-۰,۵۱	پذیرش	۰,۰۰۰
	-۰,۴۹	تمرکز مجدد مثبت	۰,۰۰۰
	-۰,۶۶	کنار آمدن با دیدگاه	۰,۰۰۰
	-۰,۶۳	ارزیابی مجدد مثبت	۰,۰۰۰
	-۰,۵۱	برنامه ریزی	۰,۰۰۰
	۰,۴۸	سرزنش خود	۰,۰۰۰
	۰,۴۵	سرزنش دیگری	۰,۰۰۰
	۰,۵۹	نشخوار فکری	۰,۰۰۰
	۰,۲۹	فاجعه انگاری	۰,۰۰۰

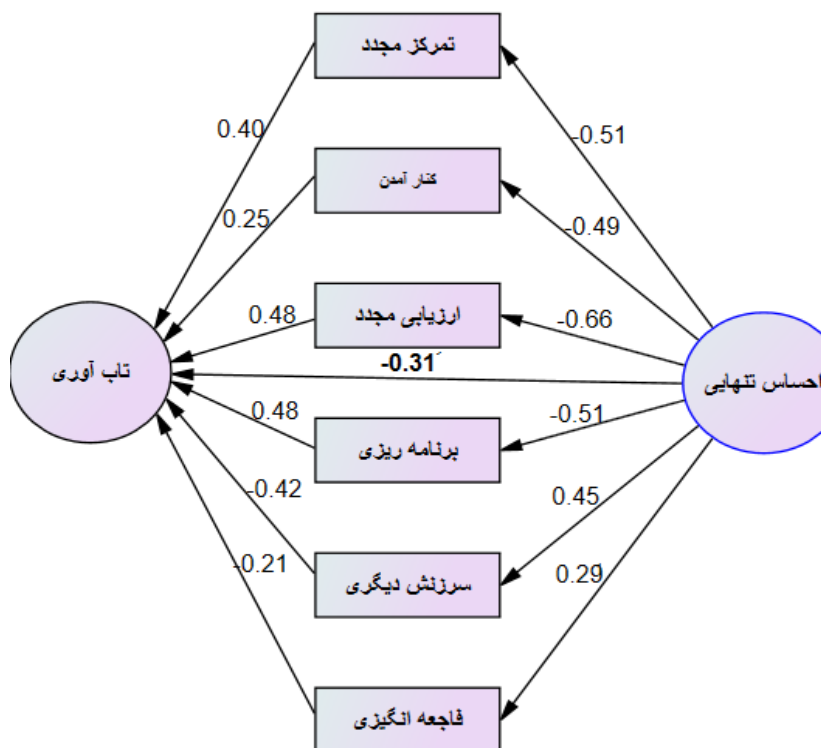
جدول ۱/ مقادیر بتای استاندارد شده راهبردهای تنظیم هیجان و تاب آوری

(سطح معنی داری) Sig.	ضرایب استاندارد شده	راهبردهای تنظیم هیجان
	مقدار بتا	
۰,۸۳۱	۰,۰۴	پذیرش
۰,۰۰۰	۰,۴۰	تمرکز مجدد مثبت
۰,۰۰۰	۰,۲۵	کنار آمدن با دیدگاه
۰,۰۰۰	۰,۴۸	ارزیابی مجدد مثبت
۰,۰۰۰	۰,۴۸	برنامه ریزی
۰,۹۷۴	-۰,۰۱	سرزنش خود
۰,۰۰۰	-۰,۴۲	سرزنش دیگری
۰,۷۴۱	-۰,۰۴	نشخوار فکری
۰,۰۰۰	-۰,۲۱	فاجعه انگاری

جدول ۹ میزان اثرات مستقیم و غیر مستقیم احساس تنهایی بر روی تاب آوری

نحوه اثرگذاری	میزان اثرگذاری	راهبردهای تنظیم هیجان
اثر معکوس	-۰,۳۱۷	اثر مستقیم احساس تنهایی
اثرگذاری از طریق راهبردهای تنظیم هیجان		
غیر موثر	-	پذیرش
معکوس	-۰,۱۹۶	تمرکز مجدد مثبت
معکوس	-۰,۱۶۵	کنار آمدن با دیدگاه
معکوس	-۰,۳۰۲	ارزیابی مجدد مثبت
معکوس	-۰,۲۴۵	برنامه ریزی
غیر موثر	-	سرزنش خود
معکوس	-۰,۱۸۹	سرزنش دیگری
غیر موثر	-	نشخوار فکری
معکوس	-۰,۰۶	فاجعه انگاری

در جداول فوق اثرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مستقل و واسط بر روی متغیر وابسته نشان داده شده است. در نمودار زیر نیز نحوه اثرگذاری به صورت تحلیل مسیر نشان داده شده است.



نمودار ۱ نمودار تحلیل مسیر اثرات مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مورد بررسی بر میزان تاب آوری با مراجعه به نمودار فوق ملاحظه می شود متغیرهای پذیرش، سرزنش خود و نشخوار فکری اثر معناداری بر میزان تاب آوری نشان نداده اند. به عبارتی دیگر احساس تنهایی نمی تواند از طریق این متغیرها به عنوان متغیر واسط بر افزایش یا کاهش تاب آوری تأثیر معناداری را داشته باشد. اما از طریق سایر متغیرها توانسته است اثر گذار باشد. احساس تنهایی بر راهبردهای سبک سازگار اثر منفی و بر راهبردهای سبک ناسازگار اثر مثبت میگذارد. از طرفی راهبردهای سبک سازگار بر تاب آوری اثر مثبت و راهبردهای سبک ناسازگار بر تاب آوری اثر منفی می گذارند.

بحث و نتیجه گیری :

هدف اصلی این پژوهش عبارت بود از بررسی نقش واسطه ای تنظیم هیجانی در ارتباط بین احساس تنهایی و تاب آوری همانگونه که ملاحظه می شود فرضیه های این پژوهش مورد تایید قرار گرفتند. با توجه به سوالات موجود در پرسشنامه ها این نتایج بدین صورت تبیین می گردد که هرچه احساس تنهایی در افراد بیشتر باشد میزان تاب آوری کاهش پیدا خواهد کرد و بالعکس. به عبارتی افرادی که احساس تنهایی کمتری را گزارش کردند کسانی بودند که در مقابله با مشکلات و سختی تاب آوری بیشتری داشتند و در مقابله با بحران ها و چالش های زندگی سازگارانه تر و مقاوم تر عمل می کردند در مقابل کسانی که احساس تنهایی بیشتری را گزارش کرده بودند در مقابله با مشلات کمتر منعطف بوده و به میزان کمتری حمایت اجتماعی، هدفمندی امید و خوش بینی که از مولفه های تاب آوری هستند را گزارش کرده بودند، در واقع وجود میزان بیشتر احساس تنهایی، به عنوان یک استرسور عمل کرده که تاب مندی را کاهش داده و از قدرت تاب آوری که یک سپر محافظتی است کاسته است. یافته های این پژوهش در این زمینه با یافته های پرون، کلورلی و کید (۲۰۱۴)، تروایس و ایبایشوا (۲۰۱۴) همسوست. در همین راستا از میان فاکتورهای مرتبط با تنظیم هیجانی جز فاکتورهای پذیرش، سرزنش خود و نشخوار فکری همه متغیرها همبستگی معناداری با تاب آوری دارند. جهت همبستگی راهبردهای سازگارانه (تمرکز مجدد، کنار آمدن با دیدگاه، ارزیابی مجدد و برنامه ریزی) مثبت و جهت همبستگی سبک های ناسازگار (سرزنش دیگری و فاجعه انگاری) منفی است. به عبارتی دیگر افرادی که دارای راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان بالایی هستند تاب آوری بالاتر و افراد دارای راهبردهای ناسازگار به مراتب تاب آوری پایین تری را تجربه می کنند و این رابطه بدین صورت است که افرادی که پس از ایجاد چالش ها و بحران ها توانسته اند به خوبی بر تکلیف و فرآیندهای حل مساله تمرکز کنند با دیدگاه ها و تفسیرهای متفاوت از مساله کنار آمده و توانسته اند با ارزیابی و تفسیرهای منعطف تر به مواجهه با چالش ها پردازند و برای مقابله با استرسورها به برنامه ریزی پردازند تاب آوری بیشتری داشتند و همان گونه که از توصیف ذکر شده مشخص است در مواجهه با آسیب ها و چالش های اجتماعی و روانشناختی

منعطف تر عمل نموده اند و بر اهداف خود تمرکز داشته اند. در مقابل افرادی که در مقابله با چالش های هیجانی به میزان بیشتری از مکانیسم هایی همچون سرزنش کردن دیگران بخاطر وقوع چالش ها و بحران ها استفاده کرده اند همچنین این چالش های هیجانی را اغراق سازی کرده و به فاجعه انگاری آن مبادرت ورزیده اند در مقابله با بحران ها آسیب پذیرتر بوده و کمتر توانسته اند پس از ایجاد بحران ها توانایی خود را بازیافته و با آن سازگار شوند به عبارتی دیگر تاب آوری کمتری را گزارش نموده اند. یافته های این پژوهش در خصوص نقش مهم تنظیم هیجانی در ارتقای مسائل مربوط به سلامت روان با یافته های سلیمانی و حبیبی (۱۳۹۳)، بیگدلی، نجفی و رستمی (۱۳۹۲) و فردیکسون و جوینر (۲۰۰۲) همسوست. و نهایتاً اینکه ملاحظه می شود که اگر چه متغیرهای پذیرش، سرزنش خود و نشخوار فکری به عنوان مولفه های تنظیم هیجانی در رابطه ی بین احساس تنهایی و تاب آوری اثر معناداری بر میزان تاب آوری نشان نداده اند و به عبارتی دیگر احساس تنهایی نتوانسته از طریق این متغیرها به عنوان متغیر واسط بر افزایش یا کاهش تاب آوری تأثیر معناداری را داشته باشد. اما از طریق متغیرهای تمرکز مجدد مثبت، کنار آمدن با دیدگاه ها، ارزیابی مجدد مثبت، برنامه ریزی، سرزنش دیگری و فاجعه انگاری می تواند بر تاب آوری تأثیر گذار باشد. احساس تنهایی بر راهبردهای تمرکز مجدد، کنار آمدن، ارزیابی مجدد و برنامه ریزی که به عنوان سبک های سازگارانه ی تنظیم هیجان شناخته می شوند تأثیر منفی می گذارد در حالی که همین فاکتورها بر تاب آوری اثر مثبت می گذارند از طرف دیگر احساس تنهایی بر فاکتورهای سبک ناسازگارانه (سرزنش دیگری و فاجعه انگاری) اثر مثبت در پی داشته در حالی که همین فاکتورها بر تاب آوری اثر منفی می گذارند در تبیین این یافته ها می توان گفت که اگر چه احساس تنهایی می تواند به عنوان یک استرسور برای تاب آوری عمل کرده و بر آن تأثیر منفی بگذارد اما برخی از فاکتورهای تنظیم هیجان به ویژه سبک های تنظیم هیجان سازگارانه بر تاب آوری اثر مثبت گذاشته و میتوان گفت که تبعات احساس تنهایی بر تاب آوری را تا حدی کاهش می دهند از طرف دیگر فاکتورهای مربوط به تنظیم هیجان ناسازگارانه اثرات منفی احساس تنهایی را به تاب آوری معطوف کرده و سبب منفی شدن اثرات احساس تنهایی بر تاب آوری می شوند. نهایتاً می توان گفت که

مولفه های تنظیم هیجان در ارتباط بین احساس تنهایی و تاب آوری نقش واسطه ای ایفا می کنند. یافته های این پژوهش در مورد نقش واسطه ای تنظیم هیجان برای متغیرهای مرتبط با سلامت روان با یافته های توری و ماوس (۲۰۱۱)، نیک منش، کاظمی و خسروی (۲۰۱۵) همسو است. در نهایت بر اساس یافته های این پژوهش اقدامات زیر پیشنهاد می شود: توسعه و گسترش مداخلات مختلف برای ارتقای تاب آوری دانشجویان به وسیله آموزش های گروهی و مداخلات روانشناختی، اجرای طرحها و برنامه های آموزشی رایگان در دانشگاه از قبیل مهارت های زندگی و خودشناسی از طریق مراکز مشاوره دانشگاه کردستان با هدف ارتقای میزان سلامت روان دانشجویان و کاهش مخاطرات احساس تنهایی، برگزاری دوره ها و کارگاه های تنظیم هیجان با هدف ارتقای مولفه های سازگارانه ی تنظیم هیجان و کاهش مولفه های ناسازگارانه.

منابع :

- جوکار، بهرام. (۱۳۸۶). نقش واسطه ای تاب آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی. مجله روانشناسی معاصر، دوره دوم، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۶.
- قاسمزاده نساجی، سوگند؛ پیوسته گر، مهر انگیز، حسینیان، سیمین؛ موتابی فرشته و بنی هاشمی، سارا. (۱۳۸۹). اثر بخشی مداخله شناختی رفتاری بر پاسخ های مقابله ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. مجله علوم رفتاری، دوره ۴ شماره ۱، بهار ۱۳۸۹، صفحات ۳۵ تا ۴۳.
- معتمدی، هادی (۱۳۹۲). اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر افزایش تاب آوری و پیش گیری از بازگشت در افراد وابسته به مواد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- کردمیرزا نیکوزاده، عزت الله (۱۳۸۸). الگوی زیستی - معنوی - روانی در افراد وابسته به مواد و تدوین برنامه مداخله برای ارتقای تاب آوری مبتنی بر روایت شناسی شناختی و روان شناسی مثبت نگر. پایان نامه دکتری روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- حسینی، جعفر؛ آزاد جعفری، پرویز و رسول زاده طباطبایی، کاظم (۱۳۸۷) بررسی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر اساس ابعاد برونگرایی روان نزدیگرایی. مجله تازه های علوم شناختی، سال ۱۰، شماره ۴، صفحات ۱-۱۳.
- دواس، دی. ای (۱۳۹۰). پیمایش در تحقیقات اجتماعی، ترجمه هوشنگ نایی، چاپ سیزدهم، تهران: نشر نی.
- سلیمانی، اسماعیل و حبیبی، یعقوب. (۱۳۹۳). ارتباط تنظیم هیجان و تاب آوری با بهزیستی روان شناختی در دانش آموزان. مجله ی روان شناسی مدرسه، دوره ی ۳، ۷۲-۵۱.

- بیگدلی، ایمان الله؛ نجفی، محمود و رستمی، مریم. (۱۳۹۲). **رابطه سبک های دلبستگی، تنظیم هیجانی و تاب آوری با بهزیستی روانی در دانشجویان علوم پزشکی.** مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی. ۱۳(۹).

Graham, C., & Crown, C. (2014). **Religion and wellbeing around the world: Social purpose, social time, or social insurance.** International Journal of Wellbeing, vol 4, 1, 1-27. doi:10.5502/ijw.v4i1.

Neill, J. T. (2006). **Adventure Education and Resilience: The Double Edged Sword.** Journal of Adventure Education and Outdoor Learning, 1 : 35 -42 .

Tolan, P.T. (1996). **How resilient is the concept of resilience?** Journal of The Community Psychologist, 29 : 12 –15 .

Monat, A., Lazarus, R. S., & Reevy, G. (eds.) (2007). **The Praeger handbook on stress and coping**, Vol. 1. Westport, CT : Praeger .

Luthar, S. S. Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). **The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work.** Child Development, 71, 543 –562.

Lazarus, R. S. (1999). **Stress and emotion: A new synthesis.** New York : Springer .

Troy, A. S. & Mauss, I. B. (2011). **Resilience in the face of stress: emotion regulation as a protective factor.** Pathways to resilience.

Gross, J. (1999). **Hand Book of Emotions** THE GUILFORD PRESS New York London.

Rude, S. S., & McCarthy, C. T. (2003). **Emotional functioning in depressed and depression vulnerable college students.** *Cognition and Emotion*, 17 (5), 799–806 .

Garnefski N, Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. **The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between a clinical and a non-clinical sample.** Eur J Pers. 2002;23(16):403-20.

Silk, J. S. Vanderbilt-Adriance, E., Shaw, D. S., et al. (2007). **Resilience among children and adolescents at risk for depression:**

Mediation and moderation across social and neurobiological contexts. *Development and Psychopathology*, 19, 841–865.

Hawkley, L.C., Hughes, M.E., Waite, L.J., Masi, C.M., & Cacioppo, J.T. (2007). **Who is lonely?** Manuscript in preparation.

Drennan, J., Treacy, M., Butler, M., Bryne, A., Fealy, G., Frazer, K., and Irving, K. (2008) **'The experience of social and emotional loneliness among older people in Ireland'**, *Ageing and Society*, Vol. 28, pp. 1113–1132.

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Berntson, G. G., Ernst, J. M., Gibbs, A. C., Stickgold, R., & Hobson, J. A. (2000). **Do lonely days invade the nights? Potential social modulation of sleep efficiency.** *Psychological Science*, 13, 385-388.

Hawkley LC, Cacioppo JT.(2007) **Aging and loneliness: Downhill quickly?** *Current Directions in Psychological Science*. 2007; 16:۱۸۷-۱۹۱.

Hawkley, Louise C., Cacioppo, John T.(2010). **Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms.** *The Society of Behavioral Medicine*. ann. behav. med. 40:218–227.

Perron, J.L, Cleverley, K & Kidd, S.A.(2011). **Resilience, Loneliness, and Psychological Distress Among Homeless Youth.** *Archives of Psychiatric Nursing* 28 (2014) 226–229.

Terwase, J.M & Ibaishwa, R.L.(2014). **Resilience, Shyness and Loneliness as Predictors of Internet Addiction among University Undergraduate Students in Benue State.** *Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS)* Volume 19, Issue 9, Ver. III (Sep. 2014), PP 01-

**بررسی رابطه‌ی خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با آمادگی به اعتیاد
در سربازان خدمت وظیفه**

اسماعیل صدری دمیرچی*^۱، نسیم محمدی^۲

^۱. نویسنده مسئول مکاتبات: استادیار گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل،

ایران. تلفن: 09144818022

ایمیل: araz_sadri@yahoo.com

^۲. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

nasimmohammadi@vatanmail.ir

چکیده:

زمینه و اهداف: بر خورداری سربازان از خود کارآمدی بالا و حمایت اجتماعی ادراک شده، باعث ایمنی آنها در برابر اعتیاد می شود و انطباق بیشتری را در محیط های نظامی به دنبال خواهد داشت. بنابراین پژوهش حاضر باهدف، بررسی رابطه ی خود کارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با آمادگی به اعتیاد در سربازان خدمت وظیفه شهر اردبیل، بود.

روش ها: روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود و جامعه ی آماری پژوهش را کلیه ی سربازان خدمت وظیفه شهر اردبیل در سال ۱۳۹۴ تشکیل می دادند، که از میان آنها با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی و طبقه ای ۱۶۸ سرباز به عنوان نمونه انتخاب شدند که در نهایت پرسشنامه ی ۱۵۰ سرباز قابل تحلیل بود. از پرسشنامه ی خود کارآمدی، حمایت اجتماعی ادراک شده و پرسشنامه ی آمادگی اعتیاد برای جمع آوری داده ها استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد.

یافته ها: یافته ها نشان داد که بین خود کارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با گرایش به اعتیاد، رابطه ی منفی معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون آشکار کرد که تقریباً ۴۵ درصد از کل واریانس آمادگی به اعتیاد براساس خود کارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده قابل پیش بینی است

نتیجه گیری: لذا با توجه به این نتایج پیشنهاد می شود حمایت اجتماعی بیشتری از سربازان خدمت وظیفه به عمل آید و در جهت افزایش خود کارآمدی آن ها برنامه هایی مدنظر گرفته شود. بنابراین اهمیت این متغیرها در پیش بینی از آمادگی در جهت ابتلاء به اعتیاد، همچنین پیشگیری از آن، قابل توجه است.

کلیدواژه ها: خود کارآمدی، حمایت اجتماعی ادراک شده، آمادگی به اعتیاد، سربازان.

مقدمه

اتباع ذکور ایرانی، براساس قانون مدت وظیفه عمومی با پدیده‌ای به نام سربازی مواجه هستند. سربازی، به‌طور کلی به دو بخش دوره آموزشی و دوره خدمت در یگان، تقسیم می‌شود که هر دوره، دارای پیامدهای جسمی و روانی و نیز پیامدهای اجتماعی برای سربازان است (۱). در کشورهای مختلف، خدمت سربازی اجباری با شرایط متفاوتی از نظر زمان و نوع وظیفه وجود دارد؛ مثلاً در فنلاند، جوانانی که از سلامتی کافی بهره‌مندند در سن نوزده تا بیست و یک سالگی به مدت ۶ تا ۱۲ ماه باید در دوره‌های خدمت نظامی یا خدمت مدنی شرکت کنند (۲). خدمت سربازی، رویداد انتقالی مهمی است که در زمینه‌های مختلف زندگی فرد، اثر می‌گذارد (۳). دوران خدمت سربازی زمان جدایی جوان از محیط خانوادگی و ورود به محیطی کاملاً رسمی می‌باشد که تحت قوانین نظامی اداره می‌گردد و ممکن است تجربه این شرایط جدید برای این قشر از جوانان پراسترس بوده و منجر به مشکلاتی چون احتمال سوء مصرف مواد، احتمال به خودکشی و افسردگی در آنان گردد (۴). اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است (۵). اعتیاد به مواد مخدر، یکی از چهار بحران جهانی هزاره سوم و در صدر تهدیدها و آسیب‌های اجتماعی و از غم‌انگیزترین معضلات جوامع امروزی است که اکثر جوامع مختلف به‌ویژه جامعه ما را به چالش کشانده است و تأثیر آن در ظهور سایر آسیب‌های اجتماعی نمود عینی دارد (۶). اعتیاد که برآمده از مصرف مواد مخدر و در واقع حالتی مزمن در اثر تکرار مصرف مواد مخدر است دارای این مشخصات است: ۱- در اثر مصرف مکرر مواد عادات روحی ایجاد می‌شود و این عادات فرد را علت نیاز و تمایل روانی به‌سوی مصرف مواد مخدر ترغیب می‌کند. ۲- مقدار مواد مصرفی مرتباً رو به افزایش می‌رود. ۳- در اثر قطع دارو نشانگان محرومیت در شخص از قبلی پرخاشگری، تنش، اضطراب و... ایجاد می‌شود. ۴- اعتیاد به مواد مخدر برای افراد یا جامعه حالت زیان‌آوری ایجاد می‌کند. امروزه مسئله مواد اعتیادآور از اختلالات بسیار شایع مربوط به روان‌پزشکی در سراسر جهان است (۷) و به بحران اساسی دنیای کنونی تبدیل شده است که سلامت، رفاه، ثبات سیاسی، اقتصادی و ساختارهای اجتماعی کشورهای مختلف جهان را تهدید می‌کند (۸). اعتیاد نوعی آسیب اجتماعی است که ریشه در محرومیت مزمن و طردشدگی افراد و گروه‌های خاص در جوامع مختلف دارد و هزینه‌های زیادی را به جوامع تحمیل می‌کند (۹).

هر کشوری به‌طورجدی روی بهداشت و سلامت جوانان علی‌الخصوص سربازان تأکید دارد (۱۰) در مورد علل ریشه‌ای سوء مصرف مواد مخدر توافق خاصی وجود ندارد، عوامل مرتبط با سوء مصرف مواد متعدد و متنوع هستند و شامل زمینه‌های فردی، ویژگی‌های خانوادگی و عوامل اجتماعی و محیطی می‌شوند و برای طراحی برنامه‌های مؤثر برای پیشگیری از مصرف مواد، درک سبب‌شناسی این پدیده و عوامل مرتبط با آن لازم است محیط اجتماعی و عوامل فرهنگی در تعامل با ویژگی‌های فردی بر رفتار اعتیادآور تأثیر می‌گذارد.

بسیاری از سربازان به خاطر چیره شدن بر استرس به استفاده از مواد روی می‌آورند (۱۱)، در این میان مشخص شده است که ابعاد حمایت اجتماعی به‌عنوان قوی‌ترین و نیرومندترین نیروهای مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا می‌باشد که تحمل مشکلات را برای فرد تسهیل می‌نماید (۱۲). منظور از حمایت اجتماعی، قابلیت و کیفیت ارتباط با دیگران است که منابعی را در مواقع موردنیاز فراهم می‌کنند. حمایت اجتماعی را به‌عنوان "پی بردن فرد به اینکه از طرف دیگران به اعتقادات احساسات او اهمیت داده و به‌عنوان یک شخص ارزشمند در نظر گرفته می‌شود" تعریف می‌کنند (۱۳). حمایت اجتماعی از دو طریق رضایت از زندگی را متأثر می‌سازد. اولین روش تأثیر مستقیم یا تأثیر عمومی حمایت اجتماعی بر رضایت از زندگی این است که بدون در نظر گرفتن میزان پریشانی تجربه‌شده از جانب فرد، بر رضایت از زندگی تأثیر می‌گذارد. روش دوم شامل تأثیر غیرمستقیم یا تأثیر میانجی است که از افراد در مقابل اثرات منفی در شرایط استرس‌زا محافظت می‌کند (۱۴). در مطالعات موجود در این زمینه، حمایت اجتماعی به ۲ صورت حمایت اجتماعی دریافت شده و ادراک شده مورد مطالعه قرار می‌گیرد. در حمایت اجتماعی دریافت شده، میزان حمایت‌های کسب‌شده توسط فرد مورد تأکید است و در حمایت اجتماعی ادراک شده، ارزیابی‌های فرد از در دسترس بودن حمایت‌ها در مواقع ضروری و موردنیاز بررسی می‌شود (۱۵).

احساس رضایت از حمایت اجتماعی، موجب کاهش اضطراب، افسردگی، غلبه بر بیمارانگاری، افزایش اعتمادبه‌نفس و گسترش روابط اجتماعی در سربازان می‌شود (۱۶). همچنین دریافت حمایت اجتماعی می‌تواند فشار ناشی از استرس‌ها و اثر منفی آن‌ها را کاهش دهد (۱۷). میزان حمایت اجتماعی هم در آسیب‌پذیری و هم در مقابله‌ای افراد به تنش نقش دارد. آسیب‌پذیری جسمی و روان‌شناختی به‌موازات

کاهش حمایت اجتماعی نه تنها طی دوره‌ی فشار روانی بسیار یاری کننده است، بلکه در مواقع آرامش نسبی نیز مفید می‌باشد (۱۸).

بسیاری از پژوهش‌ها نشان دادند که حمایت اجتماعی ادراک شده، در پیشگیری، درمان و جلوگیری از مصرف مجدد عود نقش دارد. حمایت اجتماعی‌ای که در دسترس مصرف‌کنندگان است، بر مسیر اعتیاد آن‌ها و عود پس از درمان تأثیر می‌گذارد. Davis & Jason نیز به این نتیجه رسیدند که پرهیز از مصرف مواد، با دریافت حمایت اجتماعی ارتباط مثبت دارد. البته برخی از پژوهش‌ها، نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی، همیشه پیش‌بینی کننده‌ی مراحل بهبود نیست (۱۹).

Janowski (۲۰) نیز در این راستا این‌گونه بیان می‌کند که فرد معتادی که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار باشد، با مشکلات زیادی مواجه خواهد شد (۲۰). یافته‌های پژوهش طیبی، ابوالقاسمی و محمودعلیلو (۲۱) نشان داد که محرومیت اجتماعی از عوامل خطرزا برای سوء مصرف مواد روان‌گردان محسوب می‌شود. از سوی دیگر Davis & Jason نیز به این نتیجه رسیدند که پرهیز از مصرف مواد به‌طور مثبت با دریافت حمایت اجتماعی در ارتباط است (۱۹). نشان داده شده است که در طی مراحل ابتدایی درمان، حمایت دیگران جهت ترک مصرف از اهمیت زیادی برخوردار است (۲۲). حسینی‌المدنی، احمدی، کریمی، بهرامی و معضریان (۲۳) در پژوهش خود به نتیجه رسیدند که دریافت حمایت اجتماعی و مشارکت در فرایند مواد باعث افزایش تاب‌آوری در سربازان شده است.

با توجه به شدت استرس در دوره‌ی از زندگی جوانان، می‌توان انتظار داشت آن دسته از سربازان نظام وظیفه که آسیب‌پذیرترند، یا احساس می‌کنند که از حمایت اجتماعی مطلوب بهره‌مند نیستند، به‌ویژه سربازان تازه خدمت، بیشتر در معرض آسیب‌های روانی قرار گیرند و سلامت جسمی و روانی آنها، به خطر افتد.

خودکارآمدی یکی از دیگر از متغیرهایی است که با سوء مصرف مواد در سربازان ارتباط دارد و یکی از کارآمدترین موضوع‌ها در نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار به‌ویژه نظریه‌ی شناخت اجتماعی بندورا بوده و تأثیرات آن در زمینه‌های گوناگون از جمله مصرف و سوء مصرف مواد مخدر بارها گزارش شده است (۲۴). براساس نظریه‌ی یادگیری اجتماعی Bandura مصرف مواد مخدر ناشی از الگوگیری فرد از افرادی است که انتظارهای مثبتی در زمینه مصرف مواد دارند. به عبارت دیگر الگوهای موجود در محیط زندگی، فرد را به مصرف مواد تشویق و تقویت می‌کنند. مفهوم خودکارآمدی، با رویکرد «من می‌توانم»

در زندگی هم‌معناست و در واقع، بار «من می‌توانم»، پایه مفهوم خودکارآمدی را تشکیل می‌دهد. بنابراین افزایش خودکارآمدی می‌تواند فرد را در برابر فشارهای عمیق مصون نگه دارد (۲۵). Ibrahim, Kumar & Abu Samah در پژوهشی نشان دادند که همبستگی منفی و معنی‌داری بین خودکارآمدی و عود اعتیاد در فرد وجود دارد. آن‌ها معتقدند وقتی افراد بعد از رهایی از اعتیاد، با چالش‌های زندگی و محیط‌های مشمول مواد مخدر روبرو می‌شوند، خودکارآمدی پایین می‌تواند بر شروع مجدد و رهایی افراد از اعتیاد تأثیر منفی داشته باشد (۲۶). پژوهش‌های ابوالقاسمی، پورکرد و نریمانی در زمینه‌ی ارتباط مهارت‌های اجتماعی و خودکارآمدی عمومی با گرایش به مصرف مواد در سربازان نظام‌وظیفه، نشان داده است که مهارت‌های اجتماعی و خودکارآمدی عمومی با گرایش به مصرف مواد در سربازان، رابطه دارد (۲۷). Hyde, Hankins, Deale & Marteau در پژوهشی با انجام مداخلاتی تلاش کردند که خودکارآمدی را در بافت رفتارهای اعتیادآور افزایش دهند و اذعان داشتند که خودکارآمدی پیش‌بینی‌کننده آغاز و تداوم وضعیت‌های عاری از اعتیاد است و در مداخلات برای درمان افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد، اگر خودکارآمدی به‌طور ویژه مدنظر قرار گیرد، تأثیر درمان افزایش خواهد یافت (۲۸). فتحی آشتیانی با ارزیابی روان‌شناختی سربازان در یک واحد نظامی نشان داده‌اند که ۱۶ درصد آن‌ها در علائم روان‌شناختی، دارای مشکلاتی هستند که در این بین، مشکلات سربازان متأهل بیشتر از مجردان است (۲۹).

سوءمصرف مواد از جمله رفتارهایی است که کاملاً تحت کنترل اراده‌ی فرد نبوده و افراد در آن با عامل کنترل‌مواجه هستند، زیرا در این رفتار عوامل داخلی و خارجی متعددی می‌توانند مؤثر واقع شوند. لذا وجود سازه‌ای مانند خودکارآمدی که از جمله سازه‌های کارآمد در زمینه‌ی کنترل رفتار است، قدرت پیشگویی رفتار را در آن افزایش خواهد داد (۳۰).

از سویی با توجه به اهمیت و موضوع و همچنین رواج اعتیاد در بین سربازان خدمت وظیفه و نقش مهم حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در این زمینه، تعامل متغیرهای مذکور نیاز به تحقیقات بیشتری دارد. بر این اساس پژوهش حاضر، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه‌ی خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با آمادگی به اعتیاد در سربازان خدمت وظیفه شهر اردبیل بود.

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از نظر روش، توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی سربازان خدمت وظیفه شهر اردبیل در سال ۱۳۹۴ بود. تعداد ۱۶۸ سرباز به‌طور تصادفی و طبقه‌ای (از ۳ یگان نظامی) انتخاب گردیدند و از ۳ پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده گردید. نحوه توزیع و تکمیل پرسشنامه‌ها به این نحو بود که به تناسب حجم سربازان در هر کدام از این یگان‌ها، تعداد ۴۸ سرباز از یگان بیمارستان، ۵۴ سرباز از یگان انتظامات و ۶۴ سرباز از یگان پشتیبانی و خدمات انتخاب گردید و با مراجعه به این یگان‌ها پرسشنامه‌ها به سربازان توزیع و در مورد هدف و شیوه تکمیل پرسشنامه‌ها به آنها توضیح داده شد. که در نهایت پرسشنامه ۱۵۰ نفر از آنان قابل تحلیل بود. ملاک‌های ورود به مطالعه در این تحقیق عبارت بودند از: سربازان نظام وظیفه‌ای که بیش از ۵ ماه از ورودشان به محیط نظامی گذشته باشد و به مشارکت در تحقیق رضایت داشته باشند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده گردید:

ابزار:

۱- پرسشنامه‌ی خودکارآمدی (GSES): برای سنجش خودکارآمدی از پرسشنامه‌ی شرر و مادوکس استفاده شد. این مقیاس ۲۳ سؤال دارد که ۱۷ سؤال آن مربوط به خودکارآمدی عمومی و ۶ ماده‌ی دیگر مربوط به تجربیات خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی است. در این پژوهش از مقیاس ۱۷ ماده‌ای خودکارآمدی شرر استفاده شده است. این مقیاس به صورت ۵ گزینه‌ای است و به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. بدین ترتیب بالاترین نمره در این مقیاس ۸۵ و پایین‌ترین نمره ۱۷ است. شرر و مادوکس میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ گزارش داده‌اند و برای سنجش اعتبار سازه مقیاس خودکارآمدی از همبستگی آن با مقیاس کنترل درونی-بیرونی راتر، مقیاس اشتیاق اجتماعی مارلو کروان و مقیاس شایستگی بین فردی هالند و بیرد استفاده کردند. براساس بررسی‌های انجام شده بین نمرات خودکارآمدی و مقیاس کنترل درونی-بیرونی، همبستگی منفی متوسط، بین مقیاس شایستگی اجتماعی با خودکارآمدی همبستگی مثبت متوسط به دست آمده است (۳۱). در پژوهشی نجفی و فولادچنگ (۳۲) پایایی این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و روایی سازه آن از طریق همبستگی آن با مقیاس عزت نفس روزنبرگ ۰/۶۱ گزارش کرده‌اند

۲- پرسشنامه حمایت اجتماعی مری پروسیدانو و کنیت (PSS): این پرسشنامه توسط Prosidano & Heler ساخته شده است (۳۳). داده‌های هنجاری از یک نمونه ۲۲۲ نفری (با میانگین سنی ۱۹ سال) دانشجویان دوره کارشناسی روانشناسی استخراج شده است. میانگین و انحراف معیار استاندارد مقیاس دوستان و مقیاس خانواده به ترتیب ۱۵/۱۵ ($SD=5/08$) و ۱۳/۴۰ ($SD=4/83$) است. این پرسشنامه دارای دو زیر مقیاس است:

الف) مقیاس خانواده: گزینه‌های این پرسشنامه عبارت از بله، خیر و نمی‌دانم است. نمره نمی‌دانم همیشه برابر با صفر، در سؤالات ۳، ۴، ۱۶، ۱۹ و ۲۰ مساوی ۱+ است و برای بقیه سؤالات نمره پاسخ بله مساوی ۱+ است. دامنه نمره کل سؤالات بین ۰ تا ۲۰ می‌باشد. نمره بالا به منزله حمایت اجتماعی بیشتر از نظر پاسخ‌دهندگان است. پرسشنامه حمایت اجتماعی با ضریب آلفای ۰/۹۰ از هماهنگی درونی فوق‌العاده‌ای برخوردار است. داده‌های مبتنی بر اعتبار مبتنی بر ۲۰ سؤال اصلی مقیاس‌ها قبل از تفکیک حمایت خانواده است.

ب) مقیاس دوستان: گزینه‌های این پرسشنامه عبارت از بله، خیر و نمی‌دانم است. نمره نمی‌دانم همیشه برابر با صفر، در سؤالات ۶، ۷، ۱۵، ۱۸ و ۲۰ مساوی ۱+ است و برای بقیه سؤالات نمره پاسخ بله مساوی ۱+ است. دامنه نمره کل سؤالات بین ۰ تا ۲۰ می‌باشد. نمره بالا به منزله حمایت اجتماعی بیشتر از نظر پاسخ‌دهندگان است

اعتبار: هر دو مقیاس حمایت اجتماعی با ضریب آلفای ۰/۹۰ از هماهنگی درونی فوق‌العاده‌ای برخوردارند. داده‌های مربوط به اعتبار مبتنی بر ۲۰ سؤال اصلی مقیاس‌ها قبل از تفکیک حمایت خانواده و حمایت دوستان است. آلفای نهایی برای «مقیاس حمایت اجتماعی خانواده» بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۱ و برای «مقیاس حمایت اجتماعی دوستان» بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ استروایی: هر دو مقیاس حمایت اجتماعی دوستان و خانواده از روایی همزمان خوبی برخوردارند. نمرات مقیاس‌ها با درماندگی روانی و کارآمدی اجتماعی همبستگی دارد. نمرات «مقیاس حمایت اجتماعی دوستان» با مدت زمان عضویت فرد در شبکه اجتماعی و میزان متقابل بودن رابطه قابل پیش‌بینی بود. نمرات «مقیاس حمایت اجتماعی خانواده» با حمایت محسوس و نامحسوس اعضای خانواده قابل پیش‌بینی بود. ضرایب همبستگی بین نمرات حاصل از این مقیاس‌ها با شخصیت سنج کالیفرنیا و وابستگی بین اشخاص معنادار بود. تفاوت آزمودنی‌هایی که در مقیاس‌های حمایت اجتماعی نمرات بالا یا پایین داشتند در بی‌پرده گویی کلامی متفاوت بود؛ تفاوتی

که روایی ابزار را برای گروه‌های شناخته شده تأیید می‌کرد. نمرات گروه‌های نمونه‌ی بالینی و غیر بالینی نیز در هر دو مقیاس متفاوت بود.

۳- مقیاس ایرانی آمادگی اعتیاد (IAPS): مقیاس آمادگی به اعتیاد توسط وید و بوچر در سال ۱۹۹۲، ساخته شد این پرسشنامه، مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد است که با توجه به شرایط روانی - اجتماعی جامعه ایرانی توسط زرگر ساخته شد (۳۴). این پرسشنامه از دو عامل تشکیل شده و دارای ۳۶ ماده به اضافه ۵ ماده دروغ‌سنج می‌باشد. این پرسشنامه ترکیبی از دو عامل آمادگی فعال و آمادگی منفعل می‌باشد. آمادگی فعال مربوط به رفتارهای ضد اجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت به مواد، افسردگی و هیجان خواهی می‌باشد و در عامل دوم (آمادگی منفعل) بیشترین ماده‌ها مربوط به عدم ابراز وجود و افسردگی می‌باشد. در پژوهش زرگر و همکاران، جهت محاسبه روایی این مقیاس از دو روش استفاده شد. در روایی ملاکی، پرسشنامه آمادگی به اعتیاد دو گروه معتاد و غیر معتاد را به خوبی از یکدیگر تمیز داده است. روایی سازه مقیاس از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده‌ای فهرست بالینی علائم بالینی ۰/۴۵ محاسبه شده است که معنی دار می‌باشد. اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد که در حد مطلوب می‌باشد (۳۴). نمره گذاری هر سؤال بر روی یک پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) می‌باشد. البته این شیوه نمره گذاری در سؤالات شماره ۱۲، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ معکوس خواهد شد. این پرسشنامه دارای عامل دروغ‌سنج می‌باشد که شامل سؤالات شماره ۱۲، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ می‌شود. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه باید مجموع امتیازات تک تک سؤالات (به غیر از مقیاس دروغ‌سنج) را با هم جمع نمود. این نمره دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۸ را خواهد داشت. نمرات بالاتر به منزله آمادگی بیشتر فرد پاسخ‌دهنده برای اعتیاد می‌باشند و برعکس.

شیوه‌ی تجزیه و تحلیل داده‌ها: برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از گزارش فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از آزمون کالماگروف اسمیرنوف و رگرسیون چند گانه به کمک نرم افزار spss21 استفاده گردید.

ملاحظات اخلاقی: در مورد مسائل اخلاقی پژوهش به سرپازان اطمینان داده شد که گمنامی در تکمیل پرسشنامه‌ها لحاظ گردیده و رازداری و محرمانه بودن اطلاعات حفظ می‌گردد.

نتایج:

براساس یافته‌های پژوهش ۱۵۰ سرباز خدمت وظیفه نمونه آماری را تشکیل می‌دانند. ۱۳۱ نفر مجرد و ۱۹ نفر متأهل بودند. ۶۸ نفر تحصیلات دیپلم و ۴۵ نفر تحصیلات کارشناسی و ۳۷ نفر تحصیلات کارشناسی ارشد به بالا داشتند. ۹۳ نفر در گروه سنی ۲۱ الی ۲۵، ۴۷ نفر در گروه سنی ۲۶ الی ۳۰ و ۱۰ نفر در گروه سنی ۳۱ با بالا قرار داشتند.

جدول شماره (۱) - یافته‌های توصیفی متغیرهای خودکارآمدی اجتماعی، حمایت اجتماعی و گرایش به مواد

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
خودکارآمدی	۶۲/۹۱	۹/۱۶	۳۵	۷۷
حمایت اجتماعی	۲۶/۵۵	۷/۷۲	۱۱	۴۲
گرایش به مواد	۸۰/۱۲	۱۶/۶۷	۴۲	۱۰۷

همان‌طور که جدول شماره (۱) نشان می‌دهد میانگین متغیر خودکارآمدی ۶۲/۹۱ و انحراف معیار آن ۹/۱۶ شد. میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی به ترتیب ۲۶/۵۵ و ۷/۷۲ شد. میانگین و انحراف معیار متغیر گرایش به مواد ۸۰/۱۲ و ۱۶/۶۷ شد. قبل از انجام تحلیل رگرسیون مفروضه‌های این آزمون آماری نرمال بودن متغیرهای پژوهش، آماره هم خطی بودن بررسی شد.

جدول شماره (۲) - نتایج آزمون کالمگروف اسمیرنف برای بررسی مفروضه نرمال بودن

متغیرها	کالمگروف اسمیرنف		
	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
خودکارآمدی	۰/۰۶۲	۱۴۱	۰/۰۹۱
آمادگی به اعتیاد	۰/۰۴۹	۱۴۱	۰/۱۱۰
حمایت اجتماعی	۰/۰۷۷	۱۴۱	۰/۰۶۶

همان‌طور که نتایج جدول ۲ آزمون کالمگروف اسمیرنف برای بررسی مفروضه نرمال بودن نشان می‌دهد هر سه متغیر با سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ نرمال هستند ($p > 0.05$). برای بررسی پیش فرض عدم وجود هم خطی می‌بایستی از شاخص VIF استفاده شود. برای برقراری این پیش فرض می‌بایستی مقدار این شاخص کمتر از ۲ باشد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد این شاخص برای مؤلفه خودکارآمدی ۱/۳۹ و حمایت اجتماعی برابر ۱/۳۹ است. در تمام موارد این پیش فرض برقرار است.

جدول شماره (۳) - نتایج تحلیل رگرسیون و آزمون معناداری بین متغیرهای خودکارآمدی و حمایت اجتماعی و آمادگی به اعتیاد

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	F	β	T	P	آماره هم خطی
	مقدار ثابت	۰/۶۷	۰/۴۵	۵۶/۷۲				VIF
آمادگی به اعتیاد	خودکارآمدی				-۰/۵۷	-۷/۷۱	۰/۰۰۱	قدرت تحمل
	حمایت اجتماعی				-۰/۱۵	-۲/۱۱	۰/۰۳۶	

جدول ۳ نشان می‌دهد که ۰/۴۵ درصد از کل آمادگی به اعتیاد به وسیله خودکارآمدی و حمایت اجتماعی تبیین می‌شود. مقدار بتا برای دو متغیر خودکارآمدی و حمایت اجتماعی به ترتیب ۰/۵۷- و ۰/۱۵- است که در سطح ۰/۰۰۱ و ۰/۰۳ معنادار است. با توجه به سطح معناداری و بتا می‌توان پی برد، هر دو متغیر خودکارآمدی و حمایت اجتماعی به صورت مثبت و معنادار متغیر آمادگی به اعتیاد را پیش‌بینی می‌کنند. متغیر خودکارآمدی با بتا بیشتر از حمایت اجتماعی نقش بیشتری در پیش‌بینی متغیر آمادگی به اعتیاد دارد.

بحث

پژوهش حاضر باهدف تعیین بررسی رابطه‌ی خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با آمادگی اعتیاد در سربازان خدمت وظیفه شهر اردبیل انجام گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که بین آمادگی

به اعتیاد با خودکارآمدی رابطه منفی معنادار وجود دارد. این یافته همسو با مطالعات مختلفی است (۲۶)، ۳۵، ۳۶).

در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت که افرادی که دارای خودکارآمدی واضح، خوب تعریف شده، هماهنگ و تقریباً باثبات هستند، از سلامت روان شناختی بالاتری برخوردارند؛ بنابراین احتمال کمتری دارد که برای حل مشکل خود از روش نابهنجار و ناسالم مانند سوء مصرف مواد استفاده کنند. این نتیجه را می‌توان این گونه تبیین کرد که هنگام رویارویی با رویدادهای نامطلوب و استرس‌زا، افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، پایداری بیشتری از خود نشان می‌دهند و تفکرات منفی درباره خود و توانایی‌های خود را نمی‌پذیرند. براین اساس خودکارآمدی به آنها کمک می‌کند تا در مقابل مواد و فشار دوستان مقاومت کنند و رفتارهای خود را کنترل نمایند (۲۷). از سوی دیگر افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، از جسارت بالاتری نیز برخوردارند و چون دارای عزت نفس بالا و اطمینان به خود هستند؛ به راحتی قضاوت‌های منفی دیگران را در برابر مصرف مواد نادیده می‌گیرند و بدان اهمیتی نمی‌دهند. در واقع توانایی نه گفتن به مصرف مواد از پیامدهای خودکارآمدی و احساس اعتماد به نفس متعاقب آن محسوب می‌شود (۳۷).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که بین آمادگی به اعتیاد با حمایت اجتماعی رابطه منفی معنادار وجود دارد. این یافته همسو با مطالعات مختلفی است (۱۹، ۲۱، ۲۳، ۳۹، ۴۰). در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که حمایت اجتماعی ادراک شده ممکن است به دو طریق، اثرات زیان‌بخش فشار و استرس را کاهش داده و منجر به سازگاری گردد. اولاً حمایت اجتماعی با واکنش‌ها کردن افراد علیه تجربه کردن فشارها قبل از اینکه رخ دهند، فشار روانی را کاهش و سازگاری را افزایش می‌دهد. ثانیاً شبکه‌های حمایت اجتماعی به عنوان سپری در مقابل فشار روانی عمل می‌کنند. دانش و اطمینان از این که شخص می‌تواند هنگام فشار روانی به شبکه‌های اجتماعی پناه ببرد، این امکان را به او می‌دهد تا وقایع زندگی را کمتر تهدیدکننده ارزیابی نموده و از سطح سازگاری بیشتری برخوردار گردد. در واقع دریافت میزان حمایت اجتماعی ادراک شده به عنوان یک منبع مقابله‌ای قدرتمند بیرونی محسوب می‌گردد که نقشی مؤثر بر بهزیستی روانی داشته و موجب افزایش سازگاری این افراد می‌شود. داشتن امنیت در حوزه‌های زندگی بر احساس محرومیت افراد معتاد می‌افزاید و از آنجا که کسب پایگاه اجتماعی برای این افراد تقریباً غیرعملی است، واکنش این افراد به این وضعیت اجتماعی، احساس بی‌ارزشی است که با مصرف

مواد مخدر و داروهای روان گردان به این وضعیت پاسخ فوری می دهند (۳۸). حمایت اجتماعی با افزایش سلامت روان شناختی فرد، همانند سپری در مقابل عود پس از درمان عمل می کند (۳۸، ۳۹). بنابراین افرادی که حمایت اجتماعی لازم را دریافت نمی کنند، به احتمال بالاتری به سمت مصرف مواد خواهند رفت و میزان بهبود و عود پس از درمان نیز در این گروه به دلیل دریافت نکردن حمایت اجتماعی پایین تر است.

از جمله محدودیت های این پژوهش، می توان به استفاده از پرسشنامه های با سؤالات زیاد (به خصوص پرسشنامه های حمایت اجتماعی خانواده و دوستان) اشاره کرد که بهتر است در پژوهش های بعدی از پرسشنامه های مشابه با حجم کمتر استفاده کرد. فقدان پرسشنامه ای با پایایی و روایی بالا در رابطه با گرایش به اعتیاد نیز یکی از عمده ترین مشکلات و محدودیت های این پژوهش بود که پژوهشگر در این راستا مجبور به تغییر پرسشنامه شد.

نتیجه گیری:

این تحقیق نشان داد که خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با آمادگی به اعتیاد در سربازان رابطه داشته و خطر اعتیاد در سربازان را کاهش می دهد. این یافته بایستی از سوی مسئولین و سایر ارگانهای مرتبط با سلام روانی-اجتماعی سربازان جدی گرفته شود. اقداماتی پیشگیرانه برای بهبود محیط و دوران سربازی سبب می شود که سرباز این دوران را به عنوان نقطه عطفی در زندگی خود قلمداد کند و صرفاً به سپری نمودن بیهوده این دوران نیندیشد.

تشکر و قدردانی: محققین از کلیه سربازان خدمت وظیفه شهر اردبیل که در این پژوهش شرکت داشتند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

تضاد منافع: بدین وسیله نویسندگان تصریح می نمایند، که هیچ گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Seyedi M, Seyedi H, Salavatian S. Experimental pathology military service from the perspective of soldiers postgraduate degrees. Journal of Strategic Studies security and social order. 2017; (3)14: 86-67.
2. Lindstrom, I. Koponen, P. Luukkonen, R. Pallasaho, P. Kauppi, P. Latvala, J. Karjalainen, A. & Lauerma, A. (2009) "Military Service-aggravated Asthma Improves at Two-year Follow-up", Respiratory Medicine, 103(12): 1926-1935.

3. MacLean, A. & Elder, G. H. (2007) "Military Service in the Life Course", *Annual Review of Sociology*, 33: 175-196.
4. Nosratabadi M, Halvaeipour Z. Explaining Suicide Ideation Based on Drug Abuse and Depression in Soldiers of Aja University of Medical Science. *Journal of Military Medicine*. 2016; 17(4): 249-255.
5. Galanter M. Innovations: alcohol & drug abuse: spirituality in Alcoholics Anonymous: a valuable adjunct to psychiatric services. *Psychiatric services*. 2014; 57(3): 307-9.
6. Tabatabae Chehre M, Ebrahimi Sani E, Mortazavi H. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy in changing irrational beliefs addicts. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2014; 4(3): 419-430. [Persian]
7. Sinha R. New findings on biological factors predicting addiction relapse vulnerability. *Current psychiatry reports*. 2011; 13(5): 398-405.
8. Sherer M, Maddux, E. The self- efficacy scale: Construction and validation. *Psychology Report*. 1982; 51: 663- 671.
9. Ghazi Nejad M, Savalanpoor E. Explore the relationship between social exclusion and readiness for addiction. *Social issues*. 2010; 13(63): 180-139.
10. Shyangwa PM, Joshi D, Lal R. Alcohols and other substance use, abuse among junior doctors and medical students in a teaching institute. *JAMA*. 2007; 46(167): 9-126.
11. Kail RV, Cavanaugh Steuden S, Pietrzak A, Krasowska D, Kaczmarek L, Gradus I, et al. Social support and adaptation to the disease in JC. (2008). *Human development: a life-span view*. 5th ed. Florence: Cengage Learning. 2012; 5(6): 730- 742..
12. Lee J, Pomeroy E, Bohman T M. Intimate partner Violence and psychological health in a sample of Asian and Caucasian women: The roles of social support and coping. *Journal of Family Violence*. 2007; 22: 709-720.
13. Baqutayan S. Stress and Social Support. *Indian J Psychol Med*. 2011; 33(1): 29-34.
14. Van leewen, M. C. , Vander Woude, H. Van Asbesk, W. F. Social support and life satisfaction in spinal cord injury during and up to one year after inpatient rehabilitation. *Journal of psychology*. 2010; 21(4): 265-271.
15. Gülaçt F. The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2010;14(2): 3844-49.
16. Decker C. Social support and adolescent cancer survivor: A review of the literature. *Psycho Oncology*. 2007; 16(5): 1-11.
17. Butler R, Bauld L. The parents experience: coping with drug use in the family drugs: education prevention and policy. *Quality of life research*. 2005; 12(1): 121-135.
18. Cotrona CE. Objective determinants of perceived social support, *Journal of personality and social psychology*. 2007; 21(2): 349-355.

19. Davis M. I, Jason L. A. Sex differences in social support and self-efficacy within a recovery community. *American Journal of Community Psychology*. 2005; 36(4): 74-259.
20. Janowski K. Men and women with psoriasis. *Journal of Healthy Psychological*. 2012; 15(2): 1-12.
21. Tayebi K, Abolghasemi A, Mahmood Alilo M. Comparison support and social exclusion of in drug addicts and drug and normal individuals. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2013; 13(2): 52-62.
22. Warren J. I, Stein J. A, Grella C. E. Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007; 89: 267-74.
23. Hoseini Madani S. A, Ahadi H, Karimi U, Bahrami H, Moazedian A. Compare resiliency, identity styles, spirituality and perceived social support in addicts, addicts and recovered addicts. *Journal of Substance Abuse Addiction Studies*. 2012; 6(21): 47-64. [Persian]
24. Burlison A, Kaminer Y. Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addictive Behaviors*. 2005; 30(17): 51-64.
25. Naar-King S, Wringht K, Parsons J. T, Frey M, Templin T, Ondersma S. Transtheoretical Model and substance use in HIV-positive youth. *AIDS Care*. 2006; 18(7): 839-45.
26. Ibrahim F, Kumar N, Abu Samah B. Self-efficacy and relapsed addiction tendency: an empirical study. *The Social Sciences*. 2011; 6(4): 277-282.
27. Abolghasei A, Poorkord M, Narimani A. Relationship between social skills and self-efficacy in adolescents with substance abuse tendency. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences and Health Services*. 2009; 16(4): 181-188. [Persian]
28. Hyde J, Hankins M, Deale A, Marteau T. M. Interventions to increase self-efficacy in the context of addiction behaviours: A systematic literature review. *Journal of Health Psychology*. 2008; 13(5): 607-623.
29. Fathi Ashtiani A, Eslami H. Assessment of psychopathology and suicide among soldiers. *Journal of Military Medicine: 1989-1998*. 2003; 3(4): 245-249.
30. Tailor S. E. P, Letita A. S. *Social Psychology*. (10 th ed.) Pprentice Hall. 2000.
31. Barati Bakhtiari S. Relationship between simple and multivariate self-efficacy, self-care and self-esteem and academic performance of students, master's thesis, Faculty of Education and Psychology, University of Shahid Chamran. 1997. [Persian]
32. Najafi M, Foadchang M. Evaluation relationship efficacy and mental health of high school students, and monthly knowledge and behavior of Shahed University. 2008; 14(23): 49-67
33. Prosidano M, Heler K. Scales sense of perceived social support from friends and family: three studies validating, *American Journal of Community Psychology*. 1983; 11(6): 1-24.
34. Zargar Y, Najarian B, Naami A. Explore the relationship between personality characteristics (sensation seeking, self-expression, psychological hardness),

- religious attitude and marital satisfaction drug addiction potentia. Faculty of Education and Psychology, University of Shahid Chamran. 2009; 3(1): 12-99. [Persian]
35. Dolan L, Rosemarie A, Martinb J, Rohsenow T. Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes, Addictive Behaviors. 2008; 33(5): 675-688.
 36. Mckellar J, Ilgen M, Moos B, Moos R. Predictors of changes in alcohol-related self-efficacy over 16 years. Journal of Substance Abuse Treatment. 2008; 35(2): 148-155.
 37. Tate S, WU J, McQuaid J, Cummins K, Shriver C, Krenek M, Brown S. Comorbidity of substance dependence and depression: Role of life stress and self-efficacy in sustaining abstinence. Psychology of Addictive Behaviors. 2008; 22(1): 47-57.
 38. James W Halle, Aaron T Ebata. (2010). Families with children who have autism spectrum disorders: stress and support. Social science journals 77(1), 7-8.
 39. Dodge K, Potocky M. Female substance abuse: characteristics and correlates in a sample of inpatient clients. Journal of Substance Abuse Treatment. 2000; 18(1): 59-64.
 40. Salmon M, Joseph B. M, Saylor C, Mann R. J. Women's perception of provider, social, and program support in an outpatient drug treatment program. Journal of Substance Abuse Treatment. 2000; 19(3): 239-46.

The Relationship Between Self-efficacy and Perceived Social Support with Addiction Potential Among Duty Soldiers

Abstract

Background and Aim: A high self-efficacy and perceived social makes soldiers immune to the addictional and leads them to more conformity in military fields. This study aimed to investigate the relationship between self-efficacy and perceived social support with addiction potential among duty soldiers Ardabil city.

Methods: The method of study was to descriptive and correlational. Statistical population of this study comprised of all Ardebil Duty Soldiers in 2015-2016 years, That among them by using stratified random sampling 168 samples were selected and finally 150 duty questionnaires were analyzed. For data collection were used the self-efficacy questionnaire, Perceived Social Support and addiction potential questionnaire. Data were analyzed by using Pearson's correlation coefficient and regression analysis.

Results: Findings showed that there exist negative significant correlation between self-efficacy and perceived social support with the addiction potential among duty soldiers Ardabil city ($p < 0/01$). Also regression analysis revealed that %45 of the total variance of addiction potential can be explained by self-efficacy and perceived social support.

Conclusion: Therefore, Considering these results, it is suggested to obtain more social support of Duty soldiers Ardabil city and to increase the efficacy of the programs be considered. The importance of these variables in the prediction of readiness to addiction, also to prevent it striking.

Key words: self-efficacy, perceived social support, addiction potential, Duty.