



الحمد لله رب العالمين

و

على الله على محمد و آله طاهرين

فصلنامه
مشاوره و پیشگیری
روانشناسی تخصصی

با شماره ثبت ۸۷۷۹۴ در تاریخ ۱۴۰۰/۰۱/۲۳
وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی
دوره اول ، شماره اول ، بهار ۱۴۰۰

صاحب امتیاز و مدیر مسئول : دکتر مریم مشایخ
با همکاری مؤسسه انتشارات علم مشایخ

سردبیر: دکتر حسن احدی

چاپ: قم - احسان
تیراژ: ۱۰

قیمت: ۲۰۰۰۰۰ ریال

اعضا افتخاری هیات تحریریه

دکتر حسن احدی	استاد تمام دانشگاه علامه طباطبائی
دکتر علی دلاور،	استاد تمام دانشگاه علامه طباطبائی
دکتر عبدالله شفیع آبادی	استاد تمام دانشگاه علامه طباطبائی
دکتر شکوه نوایی نژاد	استاد تمام دانشگاه شهید بهشتی
دکتر شکوه السادات بنی جمال	دانشیار دانشگاه الزهرا
دکتر بهمن بهمنی	دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
دکتر مرادی	دانشیار دانشگاه امام حسین (ع)
دکتر رحمت الله نورانی پور	دانشیار دانشگاه شهید بهشتی
دکتر مریم مشایخ	استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

هیات افتخاری داوران

دکتر حسن احدی	استاد تمام دانشگاه علامه طباطبائی
دکتر حمید نجات	استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان
دکتر جعفر پویا منش	استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر
دکتر سمیرا وکیلی	استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات
دکتر انیس خوش لهجه صدق	استادیار موسسه آموزشی الکترونیکی ایرانیان
دکتر مریم مشایخ	استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
مدیر اجرایی و داخلی:	دکتر مریم مشایخ

نشانی: تهران، تهرانپارس، خ ۱۰۵، خ ۱۲۲، پلاک ۱۵، طبقه اول تلفن: ۷۷۹۴۴۹۸۶

آدرس ای میل: Counseling.prevention@gmail.com

راهنمای نویسندگان

تشریح روانشناسی تخصصی، مشاوره و پیشگیری به صورت فصلنامه و به زبان فارسی و خلاصه انگلیسی منتشر می شود و در زمینه مشاوره و پیشگیری مقاله می پذیرد.

۱. شرایط پذیرش مقاله

الف) مقاله در مجله دیگری به چاپ نرسیده باشد و در هنگام ارسال جهت چاپ به سایر مجلات ارسال نشده باشد و تا هنگام پایان بررسی و داوری مقاله، نویسنده متعهد می گردد، مقاله به مجله دیگری ارسال نگردد.

ب) پذیرش مقاله صرفاً از طریق پست الکترونیکی Counseling.prevention@gmail.com امکان پذیر است و ارسال به صورت پستی یا مراجعه حضوری امکان پذیر نیست.

۲. انواع مقاله

- مقالات پژوهشی، حاصل یافته های تحقیقاتی نویسندگان شامل: **Special Article, Original Article**.

۳. شکل مقالات ارسال شده

الف) صفحه عنوان باید شامل: عنوان مقاله (فارسی و انگلیسی)، نام نویسندگان، به ترتیب و درج بالاترین درجه علمی بعد از اسامی، محل انجام پژوهش، آدرس کامل نویسنده، اول شامل کدپستی و شماره تلفن به فارسی و انگلیسی و نیز آدرس پست الکترونیکی باشد. در قسمت بالا و سمت راست صفحه اول تعداد صفحات، تعداد کلمات، تعداد منابع، تعداد اشکال و تعداد جداول ذکر گردند.

ب) چکیده فارسی خلاصه ای از اطلاعات مقاله حداقل ۳۰۰ کلمه و به تفکیک شامل: مقدمه و هدف، روش تحقیق، نتایج و بحث و کلید واژه ها (حداقل ۳ و حداکثر ۵ مورد).

ج) اصل مقاله شامل: مقدمه، روش، یافته ها، بحث و نتیجه گیری و فهرست منابع باشد.

مقدمه: شامل مروری بر یافته های قبلی در مورد موضوع و نیز در بردارنده اهداف یا سوال های تحقیق.

روش: شامل نوع مطالعه، جامعه، نمونه و روش نمونه گیری، ابزارهای به کار رفته و روشهای تجزیه و تحلیل داده ها.

یافته ها: شامل شرح کامل یافته های کمی و کیفی با جزییات کامل و توصیف کامل نتایج همراه با جدولها و نمودارهای مورد نیاز.

بحث و نتیجه گیری: شامل بررسی نکات مهم نتایج و مقایسه آن با ی

افته های دیگر پژوهش ها و بررسی علت اختلاف و اشتراک و بیان کاربرد احتمالی یافته ها.

منابع: به ترتیب حروف الفبا و براساس APA نوشته شود.

ه) جدول ها: جدول ها باید فاقد اطلاعات تکراری موجود در متن، سایر جدول ها و نمودارها و دارای عنوان در بالای جدول باشد.

و) نمودارها: نمودارها باید فاقد اطلاعات تکراری موجود در متن، سایر جدول ها و نمودارها و دارای عنوان در زیر نمودار باشد.

۴. ملاحظات

الف) موارد اخلاقی و حفاظتی تحقیق رعایت شده باشد، اخذ مجوز از میدادی ذی ربط ضروری است.

ب) حتی المقدور نگارش مقاله روان و از لغات فارسی و معادل کلمات انگلیسی استفاده شود، معادل های انگلیسی در پاورقی آورده شود.

ج) مقالات پس از ارسال، توسط داوران بررسی شده و با اخذ نظر داوران به هیات تحریریه ارایه و نتیجه در کم ترین زمان ممکن به نویسنده اول ارسال می شود.

د) مجله روانشناسی تخصصی، مشاوره و پیشگیری حق رد یا قبول و ویراستاری مقالات را برای خود محفوظ می دارد. هیات تحریریه در انجام اصلاحات بر اساس نحوه تنظیم مقاله جهت چاپ آزاد است ولی صحت علمی مطالب بر عهده نویسنده اول می باشد.

ه) حق چاپ برای ناشر محفوظ است

۵.....-سهم احساس همدلی عاطفی و ویژگی های شخصیتی در پیش بینی محافظت از همسران جانبازان.....
طاهره ارجمند،مریم مشایخ، مریم بهرامی هیدجی

۱۴.....-رابطه شفقت به خود، حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به MS.....
طلعت مظلوم جعفرآبادی، ملکه مشهدی فراهانی

۲۷.....-نقش هیجان خواهی و صمیمیت اجتماعی در پیش بینی گرایش به اعتیاد.....
سمانه کنجوری،مریم مشایخ،محمدرضا صیرفی

۳۶.....-مقایسه تاب آوری و تجارب معنوی و سازگاری اجتماعی در بین مردان معتاد و عادی.....
دریا فیروزنیا

۵۲.....-پیش بینی گرایش به مصرف سیگار بر اساس سبکهای دلبستگی و صمیمیت خانواده.....
فرزانه محمدی بیهانی

Investigate the contribution of emotional empathy and personality traits in predicting the protection of veterans' spouses.

Tahereh Arjmand

Maryam Mashayekh,

Maryam Bahrami Hidajee

سهم احساس همدلی عاطفی و ویژگی های**شخصیتی در پیش بینی محافظت از همسران جانبازان****Abstract**

The aim of this study was to investigate the contribution of emotional empathy and personality traits in predicting the protection of veterans' spouses. The method of this research is descriptive-correlational in terms of applied purpose and in terms of the nature of the method. The statistical population of the present study included all the spouses of surviving veterans in Alborz province in 2020. The sampling method in the present study was simple random and using this method, 371 people were selected as the sample group. To measure the variables of the present study, the 5-factor neo-personality questionnaire, the emotional empathy scale and the protection motivation theory questionnaire were used. Pearson correlation coefficient test and regression analysis were used to analyze the data of the present study and SPSS statistical tool was used for this purpose. The results of Pearson correlation coefficient showed that there is a significant relationship between the protection of veterans' spouses with emotional empathy and personality traits (flexibility, adaptation, conscientiousness, neuroticism and extraversion) ($p < 0.05$). The results of regression analysis showed that emotional empathy and personality traits can significantly predict the protection of veterans' spouses ($p < 0.05$). Based on this, it can be concluded that emotional empathy and personality traits are effective factors in protecting the spouses of veterans.

Keywords: Emotional empathy, personality traits, protection, veterans

طاهره ارجمند^۱، مریم مشایخ^۲، مریم بهرامی هیدجی^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی سهم احساس همدلی عاطفی و ویژگی‌های شخصیتی در پیش بینی محافظت از همسران جانبازان انجام شد. روش این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر ماهیت روش، توصیفی از نوع همبستگی می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی همسران جانبازان در قید حیات استان البرز در سال ۱۳۹۸ بود. روش نمونه گیری در پژوهش حاضر به صورت خوشه ای چندمرحله ای بود جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی همسران جانبازان در قید حیات استان البرز در سال ۱۳۹۸ بود که تعداد جامعه آماری ما (۱۰۵۸۰ نفر) جانباز بالای ۲۰ درصد جانبازی بود. که روش نمونه گیری ما بصورت خوشه ای چند مرحله ای بود و با استفاده از این روش تعداد ۳۷۱ نفر به عنوان گروه نمونه انتخاب شد. برای اندازه گیری متغیرهای پژوهش حاضر از پرسشنامه ۵ عاملی شخصیت نئو، مقیاس همدلی عاطفی و پرسشنامه تئوری انگیزش محافظت استفاده شده است. برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش حاضر از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد و برای این منظور از ابزار آماری SPSS استفاده شد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین محافظت همسران جانبازان با همدلی عاطفی و ویژگی های شخصیتی (انعطاف پذیری، سازگاری، وظیفه شناسی، روان رنجوری و برون گرایی) ارتباط معناداری دارد ($p < 0.05$). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد احساس همدلی عاطفی و ویژگی های شخصیتی به صورت معناداری می تواند محافظت از همسران جانبازان را پیش بینی می کند ($p < 0.05$). بر این اساس می توان نتیجه گرفت احساس همدلی عاطفی و ویژگی های شخصیتی از عوامل تاثیر گذار در محافظت از همسران جانبازان می باشد.

کلید واژه: همدلی عاطفی، ویژگی شخصیتی، محافظت جانبازان

^۱ طاهره ارجمند، دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
^۲ (نویسنده مسول) استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، دانشکده روانشناسی، گروه روانشناسی، کرج، ایران
 m.mashayekh@kiau.ac.ir
^۳ استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، دانشکده روانشناسی، گروه روانشناسی، کرج، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۵/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۱۵

مقدمه

جنگ یک پدیده مخرب اجتماعی می باشد که تأثیرات شدیدی بر ابعاد فردی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی افراد درگیر و اعضاء خانواده آن ها می گذارد که از عوارض هر جنگی می توان به بروز مشکلات جسمانی و روانی برای افراد به صورت مستقیم و غیر مستقیم اشاره کرد. معمولاً مشکلات جسمانی منجر به جراحات و نقص عضو می شود و جراحات روانی تا مدت ها پس از جنگ گریبان گیر آسیب دیدگان خواهد شد و محیط خانواده را نیز تحت تأثیر خود قرار می دهد (پرنده^۱ و همکاران، ۲۰۰۸). افرادی که در جریان جنگ دچار جراحات و نقص عضو می شوند را جانباز می نامند و این افراد یکی از اقشار جامعه می باشند به لحاظ موقعیتشان بیشترین نیاز را به حمایت اجتماعی دارند. این افراد ثمره ضربه های ناشی از جنگ هستند که به خاطر دفاع از خاک و نوامیس خود این صدمات را متحمل شده اند (نباتیان^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). اثرات آسیب ها و فشار های جسمانی و روانی ناشی از جنگ روی خانواده به خصوص همسران جانبازان بسیار زیاد بوده و پس از گذشت سالیان از اتمام جنگ ها، این افراد درگیر صدمات خواهند بود و استرس ها و تخریب های روانی و جسمانی تا سالیان بعد می تواند دامنگیر این افراد باشد (دژکام^۳ و امیرنوری، ۲۰۰۳). تامین مراقبت ناشی از آسیب توسط اعضاء خانواده بخصوص همسر یکی از موارد ضروری می باشد که این امر نیز می تواند به نوعی خانواده ها را درگیر مشکلات فردی و روانشناختی سازد (جانگور^۴ و همکاران، ۲۰۰۴).

بسیاری از این زوجین زندگی خود را با عشق و علاقه فراوان شروع می کنند و در ادامه روند زندگی و صدمات ناشی از جنگ بسیاری از جانبازان به تبع مشکلات جسمانی و روانی خود، نیاز به محافظت دارند و در این بین انگیزه محافظت در همسران جانبازان می تواند در حفاظت و مراقبت از این افراد کمک کننده باشد. انگیزه محافظت به عنوان یک متغیر واسطه ای بین مراحل ارزیابی تهدید، ارزیابی کنار آمدن و رفتار پیشگیری کننده یا حفاظت کننده است (فلوید^۵ و همکاران، ۲۰۰۰). حفاظت و مراقبت از همسر از ضروریات زندگی زناشویی افراد جانباز می باشد که تحت تأثیر همدلی قرار می گیرد.

همدلی عاطفی یکی از اصلی ترین نیازهای روابط همسران می باشد. به طور تجربی تایید شده است که کیفیت روابط بین شخصی همسران پیوند عمیقی با ابعاد روان شناختی، عاطفی و بهزیستی جسمانی دارد (میراندا^۶ و همکاران، ۲۰۱۸).

همدلی عاطفی در محیط خانواده از طریق توانایی سهیم شدن در حالات هیجانی، دریافت بازخورد منظم از روابط بین شخصی آگاهی از احساسات همسر مشکلات بین شخصی و تعارضات زوجین را کاهش داده و زمینه بهبود روابط و رضایتمندی زناشویی و خرسندی در محیط خانواده را فراهم می سازد (سوسا و همکاران، ۲۰۱۱). همدلی اشاره به توانایی عاطفی برای تجربه هیجان های دیگران تعریف شده است (ابوالقاسمی، ۱۳۸۸). یالسین و دپیاولا (۲۰۱۸) همدلی را ظرفیت از تباط بین وضعیت عاطفی دیگر و اختصاص به طیف وسیعی از توانایی های شناختی و رفتاری تعریف می کند. همدلی موجب انگیزه رفتارهای اجتماعی مطلوب می شود و به نوعی رفتار نوع دوستانه می باشد (باتسون، ۱۹۹۱). همدلی موجب افزایش امید می شود (روسر و همکاران، ۲۰۱۷) و با کارآمدی پاسخ و هدایت کمک های مالی در ارتباط می باشد (باسیل و همکاران، ۲۰۰۸) همدلی با مولفه هایی مثل تاب آوری در ارتباط می باشد (سبیز و ساوی، ۲۰۱۰).

همدلی عاطفی موجب انگیزش رفتاری در زمینه کمک و ابراز احساسات هیجانی در افراد مختلف می شود و می تواند منجر به مراقبت و محافظت و کمک به افراد شود. اما باید ر نظر داشت که در کنار همدلی عاطفی، عوامل شخصیتی می توانند نقش بسزایی را ایفا کنند. شخصیت اشاره به ساختارها و فرایندهایی دارد که زمینه ساز تجربه در رفتار فردی است، در این نگاه، فرد با توجه به ساختار شخصیتی خود، رفتار و هیجان ویژه های را هنگام مواجهه با رویداد های تنش زا نشان می دهد (پورصادق، ۲۰۱۱). ویژگی های شخصیتی اشاره به الگویی دارد که به وسیله ی آن می توانیم شخص را واقعی ارزیابی کنیم و زیربنای نظام رفتاری افراد را تشکیل می دهد و می تواند جنبه های خاصی از عملکرد افراد را در زمینه های مختلف آشکار سازد. هر یک از صفات شخصیت افراد حاصل تعامل چندین نیروی فرهنگی و شخصی می باشد (والا^۷ و جمالی، ۲۰۱۳). نتایج مطالعات انجام شده نشان می دهد

¹ Parandeh

² Nabatian

³ Dejkam

⁴ Jungbauer

⁵ floyd

⁶ Miranda

⁷ Wala

داشتن تصور مثبت در مورد ویژگی های شخصیتی همسر با کیفیت ارتباط به طور مثبت رابطه دارد. همچنین بین تصورات مثبت درباره شخصیت همسر با طول مدت ازدواج و شخصیت افراد ارتباط وجود دارد (بارلدز و دیچ کاسترا، ۲۰۱۱؛ به نقل از شاگردیان و همکاران، ۱۳۹۱). همچنین نتایج نشان داد خصوصیات شخصیتی مانند گشودگی، برونگرایی، وظیفه شناسی و مقبولیت از عوامل رضایت زناشویی می باشد (کاسلاها و همکاران، ۲۰۰۳). توکلی کوه جهری و کهرآزی (۱۳۹۶) در نشان دادند که ویژگی های شخصیتی مراقبان افراد معلول، ارتباط موثری با کیفیت زندگی آنان و به تبع آن بیماران دارد و بستر مناسبی را برای کاهش مشکلات ناشی از بیماری برای خانواده و بیماران فراهم می کند. بر این اساس پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که سهم احساس همدلی عاطفی و ویژگی های شخصیتی در پیش بینی محافظت از همسران جانبازان چقدر است؟

روش

روش این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر نوع روش گردآوری داده ها توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی همسران جانبازان در قید حیات استان البرز در سال ۱۳۹۸ بود. روش نمونه گیری در پژوهش حاضر به صورت خوشه ای چند مرحله ای بود و با استفاده از این روش تعداد ۳۷۱ نفر به عنوان گروه نمونه انتخاب شد این تعداد از حجم نمونه از دو شعبه بنیاد جانبازان شهر کرج انتخاب شدند در انتخاب گروه جانبازانی که بالاتر از ۲۰ درصد جانبازی انتخاب شدند. این تعداد از حجم نمونه بر اساس جدول مورگان برآورد شده است. ابزار جمع آوری اطلاعات: پرسشنامه ۵ عاملی شخصیت نئو: فرم بلند این پرسشنامه دارای ۲۴۰ آیتم است که در سال ۱۹۸۹ توسط مک کری کوستا ساخته شد. فرم کوتاه آن شامل ۶۰ آیتم می باشد. پاسخگویی به عبارات آن در قالب یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (از کاملاً موافقم کد ۵، موافقم کد ۴، نظری ندارم کد ۳، مخالفم کد ۲ و کاملاً مخالفم کد ۱) صورت می گیرد. این مقیاس دارای ۵ عامل تجربه پذیری (انعطاف پذیری)، روان رنجوری، وظیفه شناسی (با وجدان بودن)، همسازی (مطبوع/ دلپذیر بودن)، برون گرایی می باشد که هر یک از ۱۲ ماده تشکیل یافته است. کاستا و مک کری (۱۹۸۹) اظهار می دارند که ابزار کوتاه شده نئو با فرم کامل آن مطابقت دقیق دارد، به گونه ای که مقیاس های فرم کوتاه همبستگی بالای ۰.۶۸ را با مقیاس های نسخه فرم کامل پرسشنامه نئو دارند. آنها

در مطالعه دیگری گزارش کرده اند که اعتبار ۵ عامل فرم کوتاه، بر اساس همبستگی با ارزیابی های همسر و همسالان به ترتیب در دامنه های از ۰.۳۶ و ۰.۴۴ (برای مسئولیت پذیری) تا ۰.۴۸ و ۰.۶۵ (برای پذیرا بودن) قرار دارد. ضمناً در این مطالعه گزارش شده است که این ابزار شخصیتی ۸۵ درصد واریانس را در اعتبار همگرا تبیین می کند (مک کری و کوستا، ۱۳۸۱). پایایی این آزمون به وسیله عطاری و همکاران (۱۳۸۵) با استفاده از روش بازآزمایی روی ۶۴ نفر به فاصله ۲ هفته برای عامل روان نژندی (N)، برون گرایی (E)، گشودگی (O)، توافق پذیری (A)، وظیفه مداری (C) به ترتیب ۰.۸۷، ۰.۸۴، ۰.۷۹، ۰.۸۰ و ۰.۸۲ و ضریب کرونباخ به ترتیب ۰.۷۶، ۰.۶۵، ۰.۵۹، ۰.۴۸ و ۰.۷۵ گزارش شده است. پایایی این آزمون به وسیله کاستا و مک کری با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای روان نژندی (N)، برون گرایی (E)، گشودگی (O)، توافق پذیری (A)، وظیفه مداری (C) به ترتیب ۰.۸۶، ۰.۸۰، ۰.۷۵، ۰.۶۹ و ۰.۷۹ و به وسیله تحقیق حق شناس در سال ۱۳۸۵، ۰.۸۶، ۰.۷۷، ۰.۷۳، ۰.۶۸ و ۰.۸۱ گزارش شده است (طالبی، ۱۳۹۵).

مقیاس همدلی عاطفی: این ابزار (مهرابیان و اپستین، ۱۹۷۲؛ به نقل از علی و همکاران، ۲۰۰۹) یک مقیاس ۳۳ گویه ای است که پاسخ های عاطفی فرد به واکنش های عاطفی دیگران را در طیف ۹ درجه ای لیکرت (از کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً = ۹) می سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در مقیاس همدلی به ترتیب ۳۳ و ۲۹۷ خواهد بود. ویژگی های روانسنجی این مقیاس، در نمونه ای متشکل از ۹۲۴ نفر از جمعیت عمومی (۴۹۰ زن، ۴۳۴ مرد) بررسی شد. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس همدلی عاطفی ۰/۹۱ به دست آمد که نشانه همسانی درونی خوب آن است. به منظور بررسی روایی سازه این مقیاس، از تحلیل عاملی اکتشافی با روش تحلیل مولفه های اصلی برای کل شرکت کنندگان استفاده شد. در تحلیل چرخش نیافته، بار عاملی اکثر گویه های مقیاس روی یک عامل کلی (همدلی عاطفی) قرار گرفت که توانست ۶۷ درصد از واریانس کل را تبیین کند. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) آن از طریق اجرای همزمان سیاهه سلامت روانی و فهرست عواطف مثبت و منفی محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که نمره آزمودنی ها در زیر مقیاس همدلی عاطفی با بهزیستی روان شناختی و عواطف مثبت همبستگی مثبت، و با

درماندگی روان شناختی و عواطف منفی همبستگی منفی دارد. این نتایج، روایی همگرا و تشخیصی مقیاس همدلی عاطفی را تایید کرد (بشارت، ۱۳۸۹).

سیاهه عوامل محافظت از خانواده: این پرسشنامه دارای ۱۶ سوال می باشد که بر اساس ۵ درجه ای طیف لیکرت از ۱ تا ۵ نمره گذاری می باشد. محدوده نمره سازه های تئوری انگیزش محافظت عبارت است از: حساسیت درک شده ۴-۲۰، شدت درک شده ۵-۲۵، پاداش ۴-۲۰، تر ۵-۲۵، خودکارآمدی ۴-۲۰، کارآمدی پاسخ ۶-۳۰، هزینه های پاسخ ۵-۲۵، انگیزش محافظت ۷-۳۵ و رفتار های پیشگیری کننده مشخص می گردد. نتایج آزمون آلفای کرونباخ به منظور بررسی پایایی این پرسشنامه ۰/۸۲ بدست آمد (باقیانی مقدم و همکاران، ۱۳۸۸).

یافته ها

در این بخش با استفاده از آزمون کلموگراف اسمیرنوف فرض نرمال بودن توزیع نمونه ها مورد بررسی قرار گرفته و در ادامه با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و ضرایب رگرسیونی و تحلیل مسیر تاثیر متغیره های مستقل و متغیره های وابسته مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج آن در قالب جداول زیر گزارش شده است.

جدول (۱) آزمون کلموگراف-اسمیرنوف جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع داده های مورد بررسی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
محافظت	۰,۳۵	۰,۴۲
همدلی عاطفی	۱,۱۸	۰,۰۹
انعطاف پذیری	۰,۶۵	۰,۵۶
همسازگاری	۰,۹۱	۰,۱۲
وظیفه شناسی	۰,۳۹	۰,۴۱
روان رنجوری	۰,۵۳	۰,۵۲
برون گرایی	۰,۶۶	۰,۵۶

با توجه به نتیجه آزمون هر متغیری که سطح معنی داری آن از ۰ درصد بیشتر باشد فرض نرمال بودن آن پذیرفته می شود، ولی اگر کمتر از ۰ درصد باشد فرض صفر یعنی ادعای نرمال بودن توزیع متغیر پذیرفته نمی شود. نتایج آزمون نرمال بودن کولموگروف - اسمیرنوف در جدول ۱ نشان داده شده است. سطح معنی داری متغیره های مورد مطالعه بالای ۰/۰۵ درصد بدست آمده که در احتمال آماره در متغیره ها نشان دهنده نرمال بودن متغیره ها و استفاده از آزمون پارامتریک برای آزمون فرض است

جدول (۳) تحلیل رگرسیونی ویژگی های روانشناختی و همدلی عاطفی در پیش بینی محافظت از همسران جانبازان

مدل	ss	df	Ms	F	p
رگرسیون	۱۴۷۷۵,۷۶	۶	۲۴۶۲,۶۳		
باقیمانده	۵۳۹۹,۷۳	۳۶۴		۱۰۶,۲۶	۰/۰۰۰
کل	۲۰,۱۷۵	۳۷۰	۲۳,۱۷		

متغیرهای پیش بین	R	Rs	ARS	Durbin-Watson	ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	T	sig	Constant
					B	Se				
					۳,۵۶	۱۶,۷۶	-	۴,۷۰	۰,۰۰۰	
همدلی عاطفی					۰,۰۵	۰,۱۹	۰,۲۵	۴,۲۷	۰,۰۰۰	
انعطاف پذیری					۰,۰۸	۰,۳۹	۰,۲۱	۴,۸۷	۰,۰۰۰	
همسازگاری					۰,۰۹	۰,۳۵	۰,۱۹	۳,۸۶	۰,۰۰۰	
وظیفه شناسی	۰,۸۵	۰,۷۳	۰,۷۱	۱,۸۹	۰,۰۸	۰,۵۸	۰,۳۷	۷,۳۲	۰,۰۰۰	
روان رنجوری					۰,۰۴	۰,۰۵	۰,۰۴	۱,۰۶	۰,۲۹	
برون گرایی					۰,۰۸	-۰,۰۶	-۰,۰۳	-۰,۷۲	۰,۴۷	

برای تعیین تاثیر همدلی عاطفی در پیش بینی محافظت از همسران جانبازان با تحلیل رگرسیونی چندمتغیری به روش ورود تحلیل شدند همانطور که در جدول بالا مشاهده میشود ($F=44/57$) معنادار است ($P < 0,05$) و استفاده از مدل خطی رگرسیونی بلامانع است همدلی عاطفی ۲۲ درصد از واریانس محافظت را نشان میدهد نتایج بدست آمده نشان میدهد که همدلی عاطفی ($B=0.48$) درصد از واریانس های محافظت را نشان می دهد

علایم PTSD جانبازان می شود (ترگوسی^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۹). حمایت همسران جانبازان از شوهرانشان با تقویت رابطه عاشقانه آنها رابطه دارد. (کارتر و همکاران، ۲۰۱۹). حمایت همسران جانبازان از یکدیگر، احساس مسولیت آنها نسبت به هم و استفاده از فرایند حل مساله در استحکام روابط آنها نقش دارد. (سیرز و همکاران، ۲۰۱۱). بنابراین، ویژگی های شخصیتی و احساس همدلی در میزان محافظت در همسران نقش بسزایی دارد، که طبق تحقیق بدست آمده وظیفه شناسی و سپس همدلی عاطفی و بعد انعطاف پذیری، بیشترین را نقش را در پیش بینی محافظت از همسران جانباز داشته است و از آنجاییکه همسران جانبازان با توجه به شرایط سخت و طاقت فرسایی که درون جنگ و بعد از آن را تجربه کرده اند و همواره در حفظ و نگهداری کیان خانواده کوشیده اند. لذا پیشنهاد می شود به منظور ارتقای سطح عملکرد خانواده ها و انسجام بیشتر خانواده عملکرد این زنان الگو قرار گیرد و مدل های درمانی بر این اساس تدوین شود و کارگاه هایی در زمینه آموزش همدلی عاطفی، وظیفه شناسی و انعطاف پذیری جهت آموزش زوجین برگزار شود و تحقیقات دیگری در زمینه سایر ویژگی های شخصیتی، محیطی، فرهنگی و اجتماعی و زیستی صورت گیرد.

منابع

ابوالقاسمی، عباس (۱۳۸۸). اعتباریابی و روایی مقیاس همدلی برای دانش آموزان. مجله مطالعات روانشناختی، دوره ۵، شماره ۴، ص ۲۹-۹.

توکلی کوه جهری، معصومه؛ کهرآزی، فرهاد (۱۳۹۶). رابطه ویژگی های شخصیتی با کیفیت زندگی همسران دچار ناتوانی جسمانی. نشریه توانبخشی، دوره ۱۸، شماره ۲؛ صفحه ۱۳۲-۱۴۱.

همدلی عاطفی سه رکن دارد که عبارتند از: الف) جاذبه، ب) تفاهم و تعهد. همدلی عاطفی به عنوان یکی از مؤلفه های عشق رفاقتی با سلامت در ارتباط است. افراد که دارای همدلی بالا هستند، زندگی هدفمندی دارند و در رویدادهای بالقوه تنیدگی زا، به معنایی دست می یابند که به واسطه آن راهبردهای مقابله ای فعال را اتخاذ میکنند (استروب، ۲۰۰۲، به نقل از مشاک، ۱۳۸۹). همدلی بر روی سلامت جسمانی، شناختی و روانی زوجین تاثیر می گذارد. (کستینو^۸ و همکاران، ۲۰۲۱). همدلی عاطفی زنان بر روی افسردگی، استرس زنان تاثیر می گذارد. (چن چانگ^۹ و همکاران، ۲۰۲۱). همدلی کردن در روابط عاشقانه نقش بسزایی دارد. همدلی عاطفی و شناختی در کاهش علائم PTSD جانبازان موثر است (سیگال^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰). همدلی عاطفی و شناختی در حمایت همسران از همدیگر نقش دارد. (ورهورفستاد^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۶). همدلی همسران جانبازان بر کاهش پریشانی و آشفتگی آنها اثر گذار است. (دکل^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج پژوهش نشان داد که ویژگی های شخصیتی شامل برون گرایی، انعطاف پذیری، دلبند بودن و مسولیت پذیری با میل به طلاق دارای رابطه عکس و روان نژندی دارای رابطه مستقیم است. همچنین نشان داده شد که در جانبازان ویژگی های شخصیتی از طریق ایجاد اختلال استرس پس از سانحه موجب مشکلات زناشویی و میل به طلاق می شود. (رفیعی پور و همکاران، ۱۳۹۸). ویژگی های شخصیتی مثل مهربان، مسولیت پذیری، باز بودن، انعطاف پذیری بر روی صمیمیت روابط همسران جانبازان تاثیر گذار است. (هریری^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۰). ویژگی های شخصیتی مثل برون گرایی و باز و پدیرا بودن، بر روی روابط همسران تاثیر گذار است. (کاستا و همکاران، ۲۰۲۱). روابط مثبت و منفی و توانایی حل تعارض که از رفتارهای حفاظتی است با میزان خواب و ابعاد روانی، اجتماعی، زیستی همسران جانبازان رابطه دارد. (فیلو^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۷). رفتارهای حفاظتی همسران جانبازان منجر به کاهش

⁸ . Celestino

⁹ Chen chung

¹⁰ Siegel

¹¹ Verhofstadt

¹² Dekel

¹³ Hariri

¹⁴ Fillo

¹⁵ Turgoose

Dekel, R & etal(2017). The Double-Edged Sword: The Role of Empathy in Military Veterans' Partners Distress. Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy 10(2).DOI: 10.1037/tra0000265

Dejkam M, Aminoroaya A.(2003). Comparing between psychological health of veterans' wives and ordinaries' wives who had refered to Imam Hosein Hospital and Sadr Hospital. Tehran: 1st Scientific Conference of Veterans and Families.

Floyd DLT, PRETIC-DUNN S, Rogers RW.(2000). A meta analysis of research on protection motivation theory. J apple soc psychol: 30 (2): 407-29.

Fillo, J & etal(2017). Observed Relationship Behaviors and Sleep in Military Veterans and their Partners. Ann Behav Med. 2017 Dec; 51(6): 879–889. doi: 10.1007/s12160-017-9911-3

Hariri, P & etal(2020). Investigation of Factors Affecting the Marital Intimacy of Veteran Couple A Qualitative Studys: A quality Study. Journal of Qualty research in Health sciences. 9(3), 239-250

Jungbauer Y, Wittmund B, Dietrich S, Angermeyer MC.(2004). The disregarded caregivers: Subjective burden in spouses of schizophrenia patients. Schizophr Bull; 30(3): 665-75.

Miranda MIV, Gonzalez JG, Mullor MR, Carreno TP.(2018). New Family Models and Their Influence on the Affective Development of Their Children. Int J Sex Health; 30(1): 132-9.

Nabatian E, Ghamarani A, Zakerian M. Mehdizadeh I.(2013). Relationship between spiritual health with quality of life veterans and disabled Birjand. Iran J War Public Health; 5(2): 35-9.

Parandeh A, Siratinir M, Khaghanizadeh M, Karimi Zarchi A.(2008). Effect of Conflict resolution training on quality of life of veteran's spouses with PTSD. J Mil Med; 8(1); 45-51.

Pourhosein, R. Shafiei, R. Hosseini, M. Akhane, M. (2017). Forecasting sense of humor based on neuroticism and

References

Basil, D. Z. Basil, M. D., & Ridgway, N. M. (2008). Guilt and Giving: A Process Model of Empathy and Efficacy University of Lethbridge, Canada University of Richmond. Psychology & Marketing, 25(1), 1-23.

Baston, C. D. (1991). The Altruism Question: Toward a Social-Psychological Answer. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Carter, S.P & etal(2019). Supporting a Spouse With Military Posttraumatic Stress: Daily Associations With Partners' Affect. J Trauma Stress. 2019 Apr; 32(2): 323–329.

Casellas A & Watson D. (2003). Impact of personality traits and life events on newly weds' satisfaction. Poster presented at the 111th Annual Meeting of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada.

Chen Chang, Shu & etal(2021). Effectiveness of empathic caring on stress and depression for women with recurrent miscarriage: A randomized controlled trial. Complementary Therapies in Clinical Practice. Volume 43, 101367

Celestino, F. Javier, (2021) "I Understand, Honey": Perceived Spousal Empathy's Moderating Influence on the Links Between Depression and Marital Satisfaction and Marital Satisfaction and Physical Health". Theses and Dissertations. 8883.

Costa, C.B & etal(2021). Personality Traits and Marital Adjustment: Interaction between Intra and Interpersonal Aspects. Social Psychology, Social Psychology • Paidéia (Ribeirão Preto) 31 • 2021 • <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3107>

Understanding deficits in empathy after traumatic brain injury: The role of affective responsivity. *Cortex*, in press.

Turgoose, D. & et al (2019). A systematic review of interventions for supporting partners of military Veterans with PTSD. *JMVFH journal*. Volume 5 Issue 2, , pp. 195-208

Verhofstadt, L. & et al (2016). The Role of Cognitive and Affective Empathy in Spouses' Support Interactions: An Observational Study. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149944>

Wala, R., & Jamali, A. (2013). Investigating the Relationship between Personality Characteristics and Religious Beliefs, *Journal of Insight and Islamic Education*, 11 (29), 83-111.

extraversion and their relationships with mental health in students. *Journal of Rooyesh Ravanshenasi*, 6(1), 5-24.

Sayers, S. & et al (2011). Family Reintegration Difficulties and Couples Therapy for Military Veterans and Their Spouses. *Cognitive and Behavioral Practice* 18(1): 108-119

Siegel, A. & et al (2020). The Contribution of Empathy to the Adjustment of Military Veterans and Their Female Partners. *Family Relationship*. Volume 70, Issue 2. Pages 437-451

Siyez, D. M., & Savi, F. (2010). Empathy and self-efficacy, and resiliency: an exploratory study of counseling students in Turkey. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 459-463.

Sousa, A. D., McDonald, S., Rushby, J., Li, S., Dimoska, A., & James, C. (2010).

رابطه شفقت به خود، حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به MS

Relationship between self compassion, optimism and perceived social support variables to predicting aim of psychological well-being in MS people

طلعت مظلوم جعفرآبادی^۱، ملکه مشهدی فراهانی^۲

Talat Mazloom Jafar Abadee

Malakeh Mashadee Farahane

This study established by self compassion, optimism and perceived social support variables to predicting aim of psychological well-being in MS people. For this purpose selected 120 people with MS whose ages were 20-40 years during 5 months among referred peoples to patients with karaj City MS center and studied as an research sample. Data were gathered by resilience (CD-RISC), optimism (LOT), perceived social support (MSPSS) and psychological well-being (RSPWB-54) questionnaires and were answered by statistical method of hierarchical multiple regression. In total Results showed that perceived social support, optimism and dimensions resilience variables predicted %45/6 of the variance psychological well-being. Perceived social support variable predicted %11/5 of variance psychological well-being with 0/339 regression coefficient and 0/01 Significance level. Optimism predicted %5 of variance psychological well-being variable with 0/225 regression coefficient and 0/01 Significance level. Resilience dimensions variable predicted %29 of variance psychological well-being. Despite the role of resilience dimensions In explaining of variance psychological well-being Only Significant The coefficients of path of two trust and control dimensions with 0/306 and 0/231 regression coefficients in level %5. According to results, research can be concluded that resilience, optimism and perceived social support variables explain a considerable and significantly proportion of psychological well-being

چکیده

در پژوهش حاضر، بهزیستی روانی بیماران مبتلا به ام.اس با استفاده از متغیرهای شفقت به خود و حمایت اجتماعی ادراک شده مورد ارزیابی قرار گرفت. بدین منظور ۸۰ فرد مبتلا به ام.اس در طی مدت ۶ ماه از میان افراد مراجعه کننده به مرکز حمایت از بیماران مبتلا به ام.اس شهر کرج انتخاب و به عنوان نمونه پژوهشی مورد مطالعه قرار گرفتند. داده ها به کمک پرسشنامه های شفقت به خود، حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی روانی گردآوری و با استفاده از روش آماری رگرسیون چند متغیری سلسله مراتبی تجزیه و تحلیل شد. یافته ها نشان دادند که در کل متغیرهای حمایت ادراک شده و شفقت به خود ۳۹/۹٪ از واریانس بهزیستی روانی را تبیین می کند. متغیر حمایت ادراک شده به تنهایی ۲۷/۱٪ واریانس بهزیستی روان شناختی را پیش بینی نموده و با ضریب رگرسیون ۰/۵۲۰ در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. همچنین در این پژوهش نشان داده شده که شفقت به خود تقریباً ۳۷٪ واریانس بهزیستی روان شناختی را پیش بینی نموده و با ضریب رگرسیون ۰/۳۶۹ در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. بر اساس نتایج این تحقیق می توان نتیجه گرفت که دو متغیر شفقت به خود و حمایت اجتماعی ادراک شده بخش قابل توجه و معناداری از واریانس بهزیستی روان شناختی را تبیین می کنند.

کلیدواژه ها: شفقت به خود، حمایت اجتماعی ادراک شده، بهزیستی روان شناختی، بیماران ام.اس

^۲ (نویسنده مسول) استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، دانشکده روانشناسی، گروه روانشناسی، کرج، ایران

^۱ کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، دانشکده روانشناسی گروه روانشناسی، کرج، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۴/۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۵/۱۵

مقدمه

که پلاک نامیده می شود، مشخص می شود. با از بین رفتن فواصل حرکت موج عصبی اختلال در ارسال پیام های عصبی ایجاد می گردد. غلاف میلین با پوشاندن رشته های عصبی آن ها در مقابل صدمات محافظت می نماید و یکی از ارکان اصلی انتقال تحریکات در سیستم اعصاب مرکزی می باشد. در صورتی که صدمه به غشاء اندک باشد، انتقال پیام دچار تغییرات جزئی می شود. در حالیکه در صورت صدمه زیاد به میلین هرگز تمام تحریکات ایجاد شده قادر به انتقال نبوده و سیستم عصب مرکزی هم دچار صدمه می شود (یکتامرام و نظم ده ۱۳۸۸).

در تحقیقی که در سال ۱۳۸۵ منتشر گردید، شایع ترین علایم بالینی افراد مبتلا عبارت بود از: ضعف عضلانی ۸۰٪، اختلال بینایی ۵۷/۱٪ و پاراستنزی^{۲۳} به میزان ۳۴/۲٪. همچنین در این تحقیق نشان داده شد که میانگین سطح سرمی پرولاکتین^{۲۴} افراد مبتلا به صورت معناداری بیش از افراد گروه شاهد می باشد (کوچکی و همکاران ۱۳۸۵). بخشی و همکاران طی تحقیقات خود گزارش نموده اند که تصویر برداری مغناطیسی (ام آر آی) راه تشخیصی خوبی جهت شناسایی بیماری و همچنین پیگیری درمان در بیماران مبتلا به ام اس می باشد (بخشی و همکاران ۲۰۰۵).

در بررسی که گزارش آن در ۱۳۸۵ منتشر شده است، محدوده گروه سنی این بیماری ۶۹-۱۴ سال گزارش گردیده است. بیش از ۶۰٪ از بیماران را زنان تشکیل میدهند. بیشترین اختلال مربوط به حسی- حرکتی با ۲۸٪/۶، در مرحله بعد اختلال بینایی ۲۴/۶٪ و در مرحله سوم اختلالات مخلوط ۲۳/۶٪ گزارش گردید. در این گزارش آمده است که بیماری ام اس در زنان سه برابر مردان است و به طور معمول این بیماری از سن ۲۰ تا ۳۰ سالگی و در مردان کمی دیرتر از زنان آغاز می شود، اما احتمال مبتلا شدن به آن در هر سنی ممکن است. ام اس بیماری است که در آن به طور تدریجی بسیاری از عصب های موجود در مغز و نخاع غلاف میلین خود را از

بیماری MS یک بیماری مزمن التهابی است که سیستم اعصاب مرکزی (مغز و نخاع) را درگیر می سازد. علت اصلی این بیماری هنوز مشخص نیست. این بیماری شایع ترین بیماری عصبی ناتوان کننده در بین بالغین جوان میباشد به طوری که در ایالات متحده به تنهایی هر سال دوازده هزار مورد جدید آن شناسایی می شود (آلونسو و هرنان^{۱۶} ۲۰۰۹). با اینکه علت اصلی هنوز مشخص نیست اما فر ضیه های مختلفی برای کمک به ایجاد آن ابراز شده است. برخی عوامل محیطی را در بروز آن دخیل می دانند (کوچ-هنریکسن^{۱۷} ۱۹۹۹ و کامپستون^{۱۸} ۲۰۰۲). عده ای دیگر در ایجاد آن همکاری بین عوامل محیطی و ژنتیک را دخیل می دانند (کامپستون ۲۰۰۰). از جمله موارد محیطی میتوان از تاثیر افسردگی (که خود نشانه ای از تاثیر از محیط معنوی میباشد) نام برد. سیگرت و آبرنتی^{۱۹} در گزارش مروری اعلان نموده اند که افسردگی منجر به بیماری ام اس معمولاً در اغلب روزها بر قرار است. بعلاوه در این افراد مشکل خواب و همچنین خستگی مفرط وجود داشته است (سیگرت و آبرنتی ۲۰۰۴). کشیدن سیگار (ریس^{۲۰} و همکاران ۲۰۰۳) کمبود ویتامین د (پیروت-دسلیگنی و سابریله^{۲۱} ۲۰۱۰) نیز خطر ابتلا به بیماری ام اس را افزایش داده است. البته عوامل محیطی تاثیر گوناگونی بر ایجاد بیماری دارند، اما مسئله مهم این است که عوامل محیطی ممکن است در دوران کودکی تاثیر خود را شروع کرده و در دوران بلوغ ادامه دهند تا باعث ایجاد بیماری گردند. اما طبیعت عوامل موثر و چگونگی تاثیر هنوز نا شناخته است (آشریو و مانگر^{۲۲} ۲۰۰۷). این عارضه با از بین بردن غلاف میلین در مناطقی از اعصاب مغزی به صورت تکه های کوچک

16 - Alonso-Hernan

17 - Koch-Henriksen

18 - Compston

19 - Siegert - Abernethy

20 - Riise

21 - Pierrot-Deseilligny & Souberbielle

22 - Ascherio & Munger

23 - Parasinthisis

24 - Prolactin

ضایعات ایجاد شده در ماده سفید نواحی پره فرونتال مغز با عث می شود که مبتلایان به بیماری ام اس با وجود حفظ توانایی های ذهنی، درجه بالایی از رفتارهای محافظه جویانه در عملکردهای شناختی از خود نشان دهند. نتیجه گیری شده است که این استراتژی خاص شناختی که در نقطه مقابل عملکردهای روانشناختی معتادان، قماربازها، مجرمان و دیگر گروههای مخاطره جو قرار می گیرد، می تواند ناشی از ضایعات خاص این بیماران در ماده سفید، در قالب سندرم "قطع متعدد" یا اشکال در سرعت پردازش اطلاعات و یا ناشی از نوعی یادگیری اجتماعی در زمینه عوارض و تجربیات شخصی بیماران مبتلا به ام اس باشد (اختیاری و همکاران ۱۳۸۶).

سیر بیماری به صورت عود کننده فروکش کننده بوده و میانگین طول بیماری ۸/۳ سال گزارش شده است. شروع بیماری در ۷۰/۸ موارد تدریجی و بیشترین تظاهر شروع بیماری به صورت حسی - حرکتی گزارش شده است. میانگین تعداد حملات در طول دوره بیماری ۵/۵ مرتبه و میانگین تعداد بستری شدن ۲/۱۵ مرتبه بوده است. در این بیماری همچنین گفته شده است که اغلب بیماران قادر به انجام کارهای شخصی خود هستند (نبوی و همکاران ۱۳۸۵). در گزارش دیگری که در تهران انجام شده است، در ۴۴٪ از نمونه ها طول بیماری کمتر از ۵ سال بود. در ۴۴٪ از بیماران اولین مراجعه به پزشک به علت دوبینی بوده است. ۶۶٪ زیر ۳۵ سال سن داشتند و تنها ۳۰٪ از آنها بالای دبلیم بودند (دهقانی و همکاران ۱۳۹۰). در پژوهشی که در ۱۳۹۲ منتشر شد میانگین تعداد خطا در گروه بیماران ام اس بیش از افراد عادی بود. همچنین زمان انجام آزمایش در گروه بیمار به صورت معناداری بیش از گروه سالم بود (شریفی رضوی و همکاران ۱۳۹۲). با توجه به واکنش متقاطع بین این بیماری و عفونت ویروس اپشتن بار^{۲۷}، گفته می شود احتمالاً ویروس اپشتن بار از نظر سرواپیدمیولوژی با بیماری ام اس در ارتباط باشد با ارزیابی الگوهای شخصیتی در بیماران مبتلا به ام اس، میرزایی و همکاران

دست می دهند. افسردگی در ۵۰ تا ۶۰ درصد بیماران مبتلا به ام اس ایجاد می شود و ممکن است واکنشهایی مانند خودکشی را به همراه داشته باشد و بنا بر تحقیقات خودکشی در بیماران ام اس بیشتر از افراد هم سن غیر مبتلا است (نبوی و دیگران ۱۳۸۵). در گزارش منتشر شده توسط پیامنی و میری، علائم و عوارض بیماری ام اس به ترتیب بیشترین بروز عبارت بودند از: اختلال خستگی با ۷۵/۵ درصد بروز و پس از آن به ترتیب: اختلال تعادل، ضعف و گرفتگی عضلات، اختلال حرکتی، اختلال حسی، اختلال روح و روانی، اختلال ادراکی، اختلال بینایی، اختلال در دفع مدفوع، اختلال جنسی، اختلال تکلم، اختلال شنوایی و در نهایت کمترین رخداد مربوط بوده به اختلال بلع با ۱۴/۵ درصد بروز (پیامنی و میری ۱۳۹۰). در گزارش دیگری که در مورد انجمن بیماران ام اس تهران در سال ۱۳۹۰ بررسی و نتایج آن در ۱۳۹۲ منتشر شد، محدوده سنی مبتلایان ۲۱ تا ۵۴ سال با میانگین ۳۳ سال و در صد مبتلایان زن ۷۲/۹ نسبت به ۲۷ در صد مبتلایان مرد گزارش گردید. در این گزارش رابطه بین جنسیت و تاهل با ایجاد بیماری رد شد (توکل و یوسفی ۱۳۹۲).

با توجه به اینکه مشکلات مزمن تهدید کننده سلامت، اصولاً درمان پذیر نیستند یا اینکه به سختی درمان می شوند، باید توسط شخص مبتلا و با کمک متخصص مربوطه کنترل شوند. به عنوان نمونه ای از این مشکلات مزمن می توان از اسکروز مولتیپل^{۲۵} که یک بیماری سلسله اعصاب مرکزی است نام برد. این بیماری دارای دوره های متعدد علامتی است که از لحاظ فیزیوپاتولوژی به ضایعات چند کانونی در ماده سفید CNS مربوط می شود. هرچند علت این بیماری معلوم نیست، اما بررسیهای انجام شده اشاره به عفونتهای ویروسی آهسته و اختلالات دستگاه ایمنی دارد. این بیماری در مناطق سردسیر و معتدل بسیار شایعتر از مناطق استوایی و نیمه استوایی بوده و در زنان شایعتر از مردها است (سادوک و سادوک^{۲۶}، ۲۰۰۷، ترجمه رضایی، ۱۳۸۸).

27 - Epstein-Barr Virus

25. Multiple sclerosis

26. Sadock & Sadock

انسجامی در این بیماران پایین تر از افراد سالم بوده است (طاهباز حسین زاده و همکاران، ۱۳۹۰). و ذهن آگاهی باعث افزایش شفقت به خود و کاهش اضطراب می شود (دیجرنیز و همکاران، ۲۰۲۱). و بخشودگی بر شفقت به خود تاثیر گذار است (بدری گرگری و همکاران، ۲۰۲۱). بین شفقت به خود، عزت نفس و بهداشت روانی بیماران ام اس رابطه وجود دارد. (گدیک و همکاران، ۲۰۲۱). بین شفقت به خود و امیدواری با بهزیستی روانی و طرحواره های ناسازگار و تاب آوری و حمایت اجتماعی در بیماران ام اس رابطه وجود دارد. (حسینی و همکاران، ۲۰۲۱).

حمایت اجتماعی ادراک شده از مسایلی است که تاثیر بسزایی در کاهش فشار استرس و سلامت روان دارد. این امر همچنین در دانشجویان تازه وارد مورد بررسی قرار گرفته است. در بررسی که بر روی میزان فشار روانی و رضایتمندی زناشویی و حمایت اجتماعی ادراک شده والدین کودکان کم توان ذهنی و کودکان عادی انجام شده است، نتیجه گرفته اند که همبستگی حمایت اجتماعی ادراک شده و رضایتمندی زناشویی در آنها معنادار بوده است (ارجمند نیا و همکاران ۱۳۹۲).

یکی از بیماریهای قرن حاضر که متأسفانه اکثراً جوانها خصوصاً دختران و زنان جوان به این بیماری مبتلا می شوند بیماری (MS) می باشد. بر اساس بررسی که در دانمارک انجام شده است، وقوع بیماری در دوران کودکی بسیار پایین است اما به سرعت پس از سن ۱۸ سالگی افزایش یافته و در سنین بین ۲۵ و ۳۵ به اوج خود می رسد (در زنان این امر دو سال

گزارش نموده اند که میانگین این الگوها از جمله: تهاجم، مرزی بودن و دلواپس به صورت معناداری بیش از گروه شاهد می باشد، از این رو پیشنهاد می کنند که در درمان بیماران مبتلا به ام اس از برنامه های روانشناختی استفاده شود. لذا شناخت اولیه روابط، ادراکات و عکس العمل افراد خصوصاً بیماران ام اس با خارج (نظیر حمایت اجتماعی) یا داخل خود (شفقت به خود) در بررسی بهزیستی روانی آنان و برنامه ریزی برای عدم پیشرفت بیماری بسیار موثر خواهد بود. در حال حاضر نگرش و باورهای افراد که منجر به ایجاد سبک زندگی خاص در جامعه می شود نقش بزرگی در زندگی او ایفا می کند، به طوری که بیماریهای دیگر در مرحله کم اهمیت تری نسبت به تهدید سلامتی قرار می گیرند (طاهرخانی و همکاران ۱۳۹۳ و میرزایی و همکاران ۲۰۱۲).

روشهای درمانی متفاوتی برای این بیماری مد نظر قرار گرفته است که عمدتاً شیمیایی بوده و اثرات جانبی مضر در بر دارد. با این اوصاف به نظر می رسد رسیدن به یک روش درمانی غیر تهاجمی که مشکل جدیدی را برای بیمار به وجود نمی آورد بسیار مطلوب باشد.

شفقت خود به عنوان سازه ای سه مولفه ای شامل مهربانی به خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا، هشیاری در مقابل همانند سازی افراطی تعریف شده است. حتی آموزه های مذهبی قبل از اسلام از قبیل بودیسم نیز شفقت به خود را توصیه می نماید. گفته شده است که تا تیر آن از خود محترم شمردن متفاوت است. بدین ترتیب که شفقت به خود منافع روانی مشابهی را نسبت به خود محترم شمردن ایجاد می کند ولی دارای مضاری نیز هست (نف ۲۸، ۲۰۰۳؛ نف ۲۰۰۴ و ۲۰۱۱).

همچنین نشان داده شده است که رفتاری در خلاف جهت شفقت به خود یعنی خود آزاری همراه با حساسیت بین فردی و پرخاشگری بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروز بالاتر از افراد سالم بوده در حالیکه خودشناسی

(نبوی و دیگران ۱۳۸۵). تحقیقات نشان می دهد که افته‌های پژوهش نشان داد که هوش اخلاقی و مؤلفه‌های آن و نیز شفقت خود و مؤلفه‌های آن با کیفیت زندگی در این بیماران همبستگی مثبت و معناداری دارد. همچنین این دو متغیر قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی در این بیماران می‌باشد. (محمد پور، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر سعی بر آن است نقش شفقت به خود و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به MS مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به عوامل تأثیرگذار بر بهزیستی روان شناختی، پژوهش حاضر سعی دارد رابطه این عوامل با خود و در نهایت رابطه آن ها را بهزیستی روان شناختی مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار دهد. بنابراین سؤال اصلی پژوهش حاضر عبارت از این است که آیا شفقت به خود و حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روانی افراد مبتلا به بیماری ام اس رابطه دارد؟

روش پژوهش

جامعه هدف این پژوهش شامل بیماران مبتلا به MS انجمن حمایت از بیماران شهر کرج است. افراد شرکت کننده در آزمون بیماران مرد و زن متأهل و مجرد مراجعه کننده به مرکز MS کرج بودند که بیماری آنها توسط متخصص مربوطه تشخیص داده شده و جهت تزیقات مورد لزوم به مرکز مراجعه داشتند. از میان آن ها افرادی که توانایی جسمی و حسی متعادلی داشتند، انتخاب و پس از معرفی و هدف از انجام آزمون پرسشنامه به آنها تحویل می شد تا به سئوالات آن پاسخ گویند. انجام این کار حدودا یک ماه به طول انجامید. نمونه آماری این پژوهش شامل ۸۰ مرد و زن مبتلا به MS مراجعه کننده به انجمن ام اس استان البرز واقع در شهرستان کرج است.

ابزار های جمع آوری داده های تحقیق

در تحقیق حاضر به منظور جمع آوری داده ها از ۳ پرسش نامه استفاده شد که به اختصار به معرفی آنها پرداخته می شود:

پرسشنامه شفقت به خود: این آزمون یک مقیاس ۲۶ سوالی است که به وسیله نف (۲۰۰۳) برای سنجش میزان شفقت خود ساخته شده است. سوالهای آزمون ۶

زودتر رخ می دهد. سپس رخداد آن کاهش یافته و در سنین ۵۰ و بالاتر کمیاب می شود (کوچ هنریکسن و هایلستد^{۲۹} ۱۹۸۸ و کوچ هنریکسن ۱۹۹۹). گفته شده است که در دنیا حدود ۲/۵ میلیون بیمار ام اس وجود دارد و از این میان سهم ایالات متحده آمریکا ۴۰۰ هزار می باشد (دنيسون^{۳۰} و همکاران ۲۰۰۹). این بیماری در قاره آسیا کمیاب است، و در تمام قاره ها در نواحی گرمسیری کمتر مشاهده می شود (کارزک^{۳۱} ۱۹۹۵). در تحلیل دیگری در همین راستا، عرض جغرافیایی، آب و هوا، سن، مسایل اجتماعی اقتصادی و حتی وجود کشورهای صنعتی را نیز در بروز آن دخیل دانسته اند (بحرپما ۱۳۸۸).

از جمله عوامل ایجاد کننده آن را عوامل ژنتیکی و عوامل محیطی می دانند (کامپستون^{۳۲} ۲۰۰۰). البته گفته شده است ژنها به تنهایی در بروز این بیماری دخیل نیستند و مجموعه ای از عوامل باید دست به دست دهند تا بیماری رخ دهد. مثلا ژنتیک را در مشارکت با تغییرات جغرافیایی در رخداد بیماری دخیل دانسته اند (کامپستون و ساوسر^{۳۳} ۲۰۰۲).

از جمله عوامل محیطی: مجرد بودن، سابقه تصادف و ضربه به سر و کمر، سابقه مصرف سیگار یا در معرض دود سیگار بودن، مصرف رژیم گوشت قرمز، سابقه تماس با پرندگان، فرزند سوم خانواده بودن، سن شروع اولین قاعدگی پایین، را نیز در افزایش خطر ابتلا به این بیماری موثر دانسته اند (صاحب الزمانی و همکاران ۱۳۹۱).

گفته شده است که این بیماری می تواند افراد ۱۴-۶۹ ساله را مبتلا سازد. بیشتر از ۶۰٪ از بیماران را زنان تشکیل می دهند. بیشترین اختلال مربوط به حسی-حرکتی با ۲۸/۶٪، در مرحله بعد اختلال بینایی ۲۴/۶٪ و در مرحله سوم اختلالات مخلوط ۲۳/۶٪ گزارش گردید

29 - Koch-Henriksen & Hyllested

30- Dennison

31- Kurzke

32 -Compston

33 -Sawcer

۱۹۹۰). بروور و همکارانش در سال ۲۰۰۸، پایایی درونی

این ابزار را در یک نمونه ۷۸۸ نفری از جوانان دبیرستان با استفاده از آلفای کرونباخ، ۸۶ تا ۹۰ درصد برای خرده مقیاس های این ابزار و ۸۶ درصد برای کل ابزار گزارش نموده اند. سلیمی و همکارانش، ضریب آلفای کرونباخ سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی را به ترتیب ۸۹ درصد، ۸۶ درصد و ۸۲ درصد ذکر نموده اند. این پرسشنامه توسط بیرامی و همکاران (۱۳۹۳) با مقیاس ۵ گزینه ای مورد استفاده قرار گرفته است. در این آزمون به گزینه (کاملاً مخالفم: ۱ امتیاز)؛ (مخالفم: ۲ امتیاز)؛ (نظری ندارم: ۳ امتیاز)؛ (موافقم: ۴ امتیاز) و (کاملاً موافقم: ۵ امتیاز) تعلق می گیرد. برای به دست آوردن نمره میانگین کل آزمون امتیاز همه عبارات را با هم جمع کرده و بر تعداد آنها (۱۲) تقسیم می کنیم. این آزمون همچنین به سه زیر بخش تقسیم می شود. بدین معنی که تعیین میکند آیا ادراک حمایت اجتماعی افراد از طرف خانواده است یا دوستان یا افراد خاص دیگر. در این حال ۱۲ سؤال به ۳ دسته ۴ تایی تقسیم و در نتیجه سئوالهای هر دسته با هم جمع و میانگین گرفته شده و در نهایت آنالیز پیر اساس دسته بندی ها صورت می پذیرد.

زیر مقیاس خود شامل (مهربانی با خود، قضاوت و داوری نسبت به خود، انسانیت مشترک، انزوا، بهشیاری و همانند سازی افراطی) را در اندازه های ۵ درجه ای لیکرت از نمره تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه می سنجد. نمره گذاری آزمون به این صورت است که در برخی از آیتم ها و زیر مقیاسها نمره گذاری به صورت معکوس انجام می شود. در این آزمون نمره بیشتر نشانه بیشتر شفقت به خود است. ویژگیهای روان سنجی مقیاس در پژوهش های خارجی مورد تایید قرار گرفته است. ضریب همبستگی عامل های شش گانه این مقیاس و شفقت خود (مقیاس کل) در سطح ۰/۰۰۱ مورد تایید قرار گرفته است (نف ۲۰۰۳). شایان ذکر است فرم فارسی پرسشنامه همانند فرم کوتاه لاتین دارای ۲۶ گونه است که در طیف لیکرت پنج گزینه ای از ۱ تقریباً هرگز تا ۵ تقریباً همیشه نمره گذاری می شود. این مقیاس دارای ۶ زیر مقیاس (مهربانی نسبت به خود، قضاوت خود، بهشیاری، همانند سازی افراطی، اشتراکات انسانی و انزوا) می باشد و مجموع نمره در شش مقیاس، میزان کلی شفقت نسبت به خود را نشان می دهد.

بهزیستی روانشناختی: بررسی بهزیستی روان شناختی از طریق پرسشنامه ای است که دارای ۷۷ گویه بوده و در یک دامنه ۵ درجه ای لیکرت از ۱ (کاملاً موافقم) تا ۵ (کاملاً مخالفم) قرار می گیرند، به خود می دهند. مولفه هایی که در این پژوهش مورد بحث و بررسی قرار می گیرد شامل موارد: رضایت از زندگی، معنویت، شادی و خوش بینی، رشد و بالندگی فرد، ارتباط مثبت با دیگران و خود پیروی بوده و آلفای کرونباخ گزارش شده آن ۰/۸ می باشد (نقل از ترخان، ۱۳۹۰).

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS)³⁴ : این پرسشنامه را زایمت³⁵ و همکارانش در سال ۱۹۸۸ به منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی فرد تهیه کرده اند. این مقیاس ۱۲ گویه دارد و پاسخگو نظر خود را در یک مقیاس ۷ گزینه ای از نمره ۱ برای کاملاً مخالفم تا هفت برای کاملاً موافقم مشخص می نماید (زایمت و همکاران

34 - Multidimensional Scale of Perceived Social Support

35 - Zimet et al

یافته های پژوهش

ویژگی های دموگرافیک

جدول ۱: ترکیب جنسیتی شرکت کنندگان در پژوهش

جنسیت	فراوانی	درصد
زن	۵۸	۷۲/۵
مرد	۲۲	۲۷/۵
کل	۸۰	۱۰۰

براساس جدول ۱، ۵۸ نفر از شرکت کنندگان (۷۲/۵ درصد) در پژوهش حاضر زن و ۲۲ نفر از آنان مرد (۲۷/۵ درصد) هستند.

جدول ۲: میزان تحصیلات شرکت کنندگان در پژوهش

تحصیلات	فراوانی	درصد
زیر دیپلم	۱۴	۱۷/۵
دیپلم و فوق دیپلم	۳۳	۴۱/۲۵
کارشناسی به بالا	۳۰	۳۷/۵
بدون پاسخ	۳	۳/۷۵
کل	۸۰	۱۰۰

جدول ۲-۴ میزان تحصیلات شرکت کنندگان در پژوهش را نشان می دهد. از ۸۰ شرکت کننده در پژوهش ۱۴ نفر (۱۷/۵ درصد) زیر دیپلم، ۳۳ نفر (۴۱/۲۵ درصد) دیپلم و فوق دیپلم، ۳۰ نفر (۳۷/۵ درصد) کارشناسی و بالاتر هستند.

جدول ۳: وضعیت سنی شرکت کنندگان در پژوهش

دامنه سنی	فراوانی	درصد
زیر ۲۵ سال	۱۳	۱۶/۲۵
۲۶-۳۵ سال	۳۸	۴۷/۵
بالاتر از ۳۶ سال	۲۶	۳۲/۵
بدون پاسخ	۳	۳/۷۵
کل	۸۰	۱۰۰

براساس جدول ۳، تعداد ۱۳ نفر از شرکت کنندگان (۱۶/۲۵ درصد) در پژوهش حاضر زیر ۲۵ سال، ۳۸ نفر از آنان (۴۷/۵ درصد) بین ۲۶ تا ۳۵ سال و ۲۶ نفر (۳۲/۵ درصد) بالاتر از ۳۵ سال سن داشتند.

جدول ۴: ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تحقیق

متغیرهای تحقیق	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. بهزیستی روان شناختی	-					
۲. حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۵۲۰**	-				
۳. شفقت به خود	۰/۴۷۳**	۰/۲۴۱	-			
۴. شخص خاص	۰/۵۰۲**	۰/۸۹۷**	۰/۱۸۷	-		
۵. خانواده	۰/۴۱۵**	۰/۷۷۹**	۰/۳۰۵*	۰/۵۹۵**	-	
۶. دوستان	۰/۳۰۱*	۰/۶۷۹**	۰/۰۵۷	۰/۵۱۲**	۰/۱۷۵	-
۷. مهربانی به خود	۰/۳۱۰*	۰/۱۱۷	۰/۷۶۶**	۰/۰۸۲	۰/۱۱۱	۰/۰۸۳
۸. قضاوت خود	۰/۱۳۲	۰/۰۶۳	۰/۶۷۵**	۰/۰۴۶	۰/۱۳۳	۰/۰۴۷
۹. انسانیت	۰/۳۸۹**	۰/۱۹۶	۰/۶۷۱**	۰/۱۹۵	۰/۱۹۲	۰/۰۶۲
۱۰. انزوا طلبی	۰/۴۶۲**	۰/۲۱۸	۰/۲۶۲	۰/۱۱۴	۰/۳۰۹*	۰/۰۷۵
۱۱. بهشیاری	۰/۴۵۳**	۰/۱۷۹	۰/۷۱۶**	۰/۲۲۰	۰/۱۵۲	۰/۰۳۸
۱۲. همانند سازی افراطی	۰/۲۶۲	۰/۲۴۴	۰/۷۰۴**	۰/۱۵۸	۰/۳۷۳**	۰/۰۱۶
M میانگین	۲۴۷/۹۰	۴۴/۰۲	۸۰/۵۸	۱۵/۰۴	۱۵/۵۸	۱۳/۴۰
S انحراف استاندارد	۳۸/۳۹	۸/۷۴	۱۵/۷۱	۳/۷۹	۳/۹۸	۳/۳۰

همچنان که جدول ۴ نشان می دهد، بهزیستی روان شناختی با متغیر حمایت ادراک شده کل به صورت مثبت و معنادار ($r = 0/520, p < 0/01$) رابطه دارد. از بین ابعاد حمایت ادراک شده دو بعد خانواده و شخص خاص در سطح معناداری ۰/۰۱ و بعد دوستان در سطح ۰/۰۵ با بهزیستی روان شناختی همبستگی معنادار دارد. همچنین بهزیستی روان شناختی با متغیر شفقت به خود نیز به صورت مثبت و معنادار ($r = 0/473, p < 0/01$) رابطه دارد. براساس نتایج جدول ۴-۴ از بین متغیرهای شفقت به خود، متغیرهای انزواطلبی، بهشیاری و انسانیت قوی ترین ($p < 0/01$) همبستگی را با بهزیستی روان شناختی دارد ($r = 0/462, r = 0/453$ و $r = 0/389$ برای انزواطلبی، بهشیاری و انسانیت به ترتیب). این رابطه برای مهربانی با خود در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بررسی رابطه همبستگی بین حمایت ادراک شده و ابعاد آن (شخص خاص، خانواده و دوستان) از یک سو و شفقت به خود و ابعاد آن (مهربانی به خود، قضاوت خود، انسانیت، انزواطلبی، بهشیاری و همانند سازی افراطی) در سوی دیگر نشان می دهد که همبستگی درونی بالایی بین ابعاد متغیرهای پیش بین وجود دارد.

جدول ۵: آزمون نرمال بودن توزیع داده ها برای متغیرهای پژوهش با استفاده از تست کالماگروف-اسمیرنف

متغیرهای پژوهش	آماره	سطح معناداری Sig
بهبودی روان شناختی	۰/۶۱۵	۰/۸۴۴
حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۸۸۱	۰/۴۱۹
شفقت به خود	۰/۶۳۱	۰/۷۲۱
شخص خاص	۱/۲۴۷	۰/۰۷۸
خانواده	۱/۲۸۷	۰/۰۷۳
دوستان	۰/۹۶۰	۰/۳۱۵
مهربانی به خود	۰/۸۵۲	۰/۴۶۲
قضاوت خود	۰/۶۵۴	۰/۷۸۶
انسانیت	۰/۷۱۹	۰/۶۸۰
انزوا طلبی	۱/۱۵۱	۰/۱۴۲
بهبود یاری	۰/۸۶۷	۰/۴۴۰
همانند سازی افراطی	۰/۸۳۴	۰/۴۸۹

و متغیر ملاک بالاتر از ۰/۸۰ باشد، این پدیده هرگونه اعمال ریاضی را مشکل می سازد. برای بررسی همخطی بودن متغیرهای مورد استفاده در پژوهش حاضر می توان به ماتریس همبستگی مراجعه کرد. جدول ۴-۴ نشان می دهد که ضریب

بر اساس نتایج جدول فوق سطح معناداری آماره حاصل از آزمون کالماگروف-اسمیرنف برای همه متغیرهای پیش بین و ملاک غیر معنادار است و این موضوع بیانگر آن است که همه متغیرهای پژوهش حاضر به لحاظ توزیع، نرمال هستند.

همخطی بودن زمانی رخ می دهد که همبستگی درونی بین برخی متغیرهای پیش بینی کننده همبستگی هیچکدام از متغیرهایی پیش بین و ملاک بالاتر از ۰/۸۰ نیست، بنابراین به نظر می رسد که متغیرهای این تحقیق از همخطی بودن مبرا هستند.

جدول ۶:					
رگرسیون چند متغیری سلسله مراتبی در پیش بینی بهزیستی روان شناختی					
متغیرهای	b	SE	B	R ²	ΔR ²
گام اول					
حمایت ادراک شده	۲/۲۹	۰/۵۴۲	۰/۵۲۰**	۰/۲۷۱	۰/۲۵۶
				۱۷/۸۱۷**	
گام دوم					
شفقت به خود	۰/۹۰۲	۰/۲۸۵	۰/۳۶۹**	۰/۳۹۹	۰/۳۷۳
				۱۵/۵۹۵**	

متغیر خوشبینی، بهزیستی روانی افراد مبتلا به بیماری ام اس را به صورت معناداری پیش بینی می‌کند؟ پاسخ داده شده و چنین نتیجه گرفته می‌شود که آن متغیر به صورت معناداری بهزیستی روانی را پیش بینی کرده و ضریب رگرسیون آن ($\beta = 0/396$, $p < 0/01$) نیز به لحاظ آماری معنادار است. این بدان معناست که با افزایش یک انحراف استاندارد بر متغیر خوش بینی، $39/6$ انحراف استاندارد بر بهزیستی روانی افزود می‌شود.

در تبیین یافته ها می توان عنوان کرد که ام اس فرد مبتلا در یک خانواده دارای تأثیر قابل توجهی روی خانواده وی بوده که به نوبه خود بر سلامتی و کیفیت زندگی افراد آن خانواده موثر است. این امر اغلب موجب تنش های روانی در هریک از اعضای خانواده و بطور کلی عملکرد خانواده است که به صورت یک سیکل معیوب تاثیر منفی بیشتر بر فرد مبتلا بگذارد. مشخص شده که وجود استرس می تواند وضع بیماران ام اس را وخیم تر نماید (پیامنی و همکاران ۱۳۸۹). از طرفی گزارش شده است که وجوه مختلف حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی، همبستگی مثبت دارند (قاودی و یعقوبی ۱۳۸۷، شیشه گر و همکاران ۱۳۹۲) و می توان کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام اس را براساس متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده، پیش بینی نماید. همچنین میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، می تواند سلامت روانی و جسمی آن ها را تحت تأثیر قرار دهد. حمایت اجتماعی یکی از قوی ترین پیش بینی کننده های سلامت روانی می باشد، به صورتی که هر چه شبکه حمایت اجتماعی فرد بهتر و گسترده تر باشد، میزان سلامت روانی نیز بیشتر می باشد. حمایت اجتماعی با واکسینه کردن فرد علیه تجربه کردن فشارها قبل از اینکه رخ دهند، فشار روانی را کاهش می دهد. زوج های با

نتایج تحلیل نشان داد که در کل متغیرهای حمایت ادراک شده و شفقت به خود $39/9$ درصد از واریانس بهزیستی روانی را تبیین می کند. متغیر حمایت ادراک شده به صورت معناداری در سطح $0/01$ بهزیستی روانی را پیش بینی نمود ($p < 0/01$ ، $F(1, 78) = 17/82$). بررسی مجذور همبستگی چندگانه بدست آمده نشان داد که مقدار R^2 برابر با $0/271$ است. این موضوع نشان می دهد که متغیر حمایت ادراک شده به تنهایی $27/1$ درصد از واریانس بهزیستی روانی را تبیین می کند. بنابراین سوال اول پژوهش که می گوید: آیا ابعاد حمایت ادراک شده بهزیستی روانی افراد مبتلا به بیماری ام اس را به صورت معناداری پیش بینی می کند؟ پاسخ داده شده و چنین نتیجه گرفته می شود که حمایت ادراک شده به صورت معناداری بهزیستی روانی را پیش بینی کرده و ضریب رگرسیون آن ($\beta = 0/52$, $p < 0/05$) نیز به لحاظ آماری معنادار است. این بدان معناست که با افزایش یک انحراف استاندارد بر متغیر حمایت ادراک شده، $0/52$ انحراف استاندارد بر بهزیستی روانی افزوده می شود.

بر اساس نتایج جدول ۴-۶ در گام دوم با افزودن متغیر شفقت به خود به معادله، ملاحظه شد که آن متغیر نیز به صورت معناداری می تواند در سطح $0/01$ بهزیستی روانی را پیش بینی کند ($p < 0/01$ ، $F(2, 77) = 15/404$). بررسی مجذور همبستگی چندگانه بدست آمده نشان داد که مقدار R^2 برابر با $0/399$ است. این موضوع نشان می دهد که دو متغیر حمایت ادراک شده و خوشبینی در مجموع $39/9$ درصد از واریانس بهزیستی روانی را تبیین می کنند. بنابراین سوال دوم پژوهش که می گوید: آیا

پرداخته شد. پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات بعدی به بررسی نقش عواملی دیگری از جنبه های روان شناختی که می‌توانند بر بهزیستی روانی بیماران ام اس تأثیر بگذارند، از قبیل ویژگی‌ها تربیتی، نوع و کیفیت زندگی، سازگاری، اختلالات شخصیتی و ... پرداخته شود.

کیفیت رابطه بالاتر بهتر قادر به مقابله با فشارهای MS هستند. بین حمایت اجتماعی و احساس ذهنی بهزیستی رابطه مثبت وجود دارد. حمایت اجتماعی بصورت مستقیم و غیرمستقیم با رضایت از زندگی و احساس ذهنی بهزیستی رابطه دارد.

- در این تحقیق تنها به بررسی شفقت به خود، حمایت

اجتماعی ادراک شده و بهزیستی روانی افراد مبتلا به MS

منابع فارسی

دانشجویان دختر و پسر. مجله ارمغان دانش، دوره ۱۳، شماره ۲، شماره پیاپی ۵۰، ص ۸۱-۶۹.

محمد پور، فهیمه (۱۴۰۰). رابطه هوش اخلاقی و شفقت خود با کیفیت زندگی در بیماران مولتیپل اسکلروزیس (MS). فصلنامه اخلاق در علوم فناوری. دوره ۱۶، شماره ۱

نبوی، سید محمود: پورفرزام، شهریار: قاسمی، حسن (۱۳۸۵) اپیدمیولوژی، سیر بالینی و پیش آگهی مولتیپل اسکلروزیس در ۲۰۳ بیمار مراجعه کننده به کلینیک MS بیمارستان امام خمینی در سال ۱۳۸۱

یکتامرام، سید علی محمد: نظم ده، کاظم (۱۳۸۸) توانبخشی به هنگام در افراد با بیماری اسکلروز مولتیپل، تهران: نشر اداره کل روابط عمومی سازمان بهزیستی کشور. ص ۹

ارجمندنیای، علی اکبر: اغروز، غلامعلی: نامی، محمدصالح (۱۳۹۲) مقایسه میزان فشار روانی و رضایتمندی زناشویی و حمایت اجتماعی ادراک شده والدین کودکان کم توان ذهنی و کودکان عادی در استان گلستان. تعلیم و تربیت استثنائی، سال سیزدهم، شماره ۳، پیاپی ۱۱۶، ص ۱۵-۵.

توکل، محمد: یوسفی، سپیده (۱۳۹۲) بررسی زمینه ها و ویژگیهای دموگرافیک بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) عضو انجمن ام اس تهران در سال ۱۳۹۰. فصلنامه اخلاق زیستی، سال سوم، شماره هشتم، ص ۱۰۰-۷۹.

سادوک، بنیامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی. (ترجمه: فرزین رضایی). (۱۳۸۸). تهران: نشر ارجمند.

صاحب الزمانی، محمد: مهری، سعید: الطافی، داور (۱۳۹۱) بررسی عوامل خطر موثر در ایجاد بیماری مولتیپل اسکلروزیس در بیماران مراجعه کننده به مرکز درمانی علوی اردبیل. مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دوره دوازدهم، شماره چهارم، ص ۴۳۶-۴۲۶.

طاهباز حسین زاده، سحر: قربانی، نیما: نبوی، سید مسعود (۱۳۹۰) مقایسه گرایش شخصیتی خودتخریبی و خود شناسی انسجامی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروز و افراد سالم. مجله روانشناسی معاصر، دوره ۶، شماره ۲، ص ۴۴-۳۵.

قائدی، غلامحسین: یعقوبی، حمید (۱۳۸۸) بررسی رابطه بین ابعاد حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی در

References

Alonso, A. and Hernen, M.A. (2009) Temporal trends in the incidence of multiple sclerosis: A systematic review. Am. J. Neurol., 71: 129-135.

Ascherio, A. and Munger, K. L. (2007) Environmental risk factors for multiple sclerosis. Part1: The role of Infection. Ann of Neurol, 61:

Retreat Setting. Health care, volume 4, Issue 7

Gedik, Z. & et al (2021). Health-related quality of life in multiple sclerosis: Links to mental health, self-esteem, and self-compassion. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2020;33:59-70

Hassani, F. & et al (2021). The Role of Self-Compassion and Hope in the Relationship Among Psychological Well-Being and Maladaptive Schemas, Resilience and Social Support in Women With Multiple Sclerosis. *Journal of client center nurse caring*. 7(3), 0-0

Koch-Henriksen, N. and Hyllested, K. (1988) Epidemiology of multiple sclerosis incidence and prevalence rates in Denmark 1948-64 based on the Danish multiple sclerosis registry. *Acta Neurol. Scand.* 78: 369-380.

Kurzke, J.F. (1995) MS epidemiology world wide. One view of current status. *Acta Neurol Scand*, 16 (suppl): 23-33.

Neff, K. (2003) The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2: 223-250

288-299. Compston, A. (2000). The genetics of multiple sclerosis. *Journal of NeuroVirology*, 6 (2) 55-59

Bakhshi, R., Minagar, A., Jaisani, Z., Welinsky, J.S. (2005) Imaging of multiple sclerosis: Role in neurotherapeutics. *Journal of American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, 2:277-303.

Badri Gargari, R. & (2021). Effectiveness of Forgiveness Training Program on Self-compassion among Victim of Bullying Students *Pajouhan Scientific journal*, *Pajouhan Scientific journal*, Volume 19, Issue 3, Pages: 34-40

Compston, A. and Swecer, S. (2002). Genetic analysis of multiple sclerosis. *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.*, 2: 259-266.

Dennison, L., Moss-Morris, R. and Chalder, T. (2009) A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clinical Psychology Review*, 29: 141-153

Djernis, D. & et al (2021). A Short Mindfulness Retreat for Students to Reduce Stress and Promote Self-Compassion: Pilot Randomised Controlled Trial Exploring Both an Indoor and a Natural Outdoor

Neff, K. (2004) Self-compassion and psychological well-being. Construction in the Human Sciences, 9 (2): 27-37

Neff, K.D. (2011) Self-compassion, self-esteem and well-being. Social and Personality Psychology Compass, 5 (1): 1-12...

Pierrot-Deseilligny, C. and Souberbielle, J.C. (2010) Is hypovitaminosis D one of the environmental risk factors for multiple sclerosis? Brain, 133; 1869-1888.

Riise, T., Nortvedt, M.W. and Ascherio, A. (2003) Smoking is a risk factor for multiple sclerosis. Neurology, 61(8) 1031-1034.

Siebert, R.J. and Abernethy, D.A. (2004) Depression in multiple sclerosis: A review. J. Neural Neurosurg. Psychiatry, 76: 469-475.

Neff, K.D. (2011) Self-compassion, self-esteem and well-being. Social and Personality Psychology Compass, 5 (1): 1-12

Zimet, G.D., Powell, S.S., Farley, G.K., Werkman, S. & Berkoff, K.A. (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment, 55, 610-17

نقش هیجان‌خواهی و صمیمیت اجتماعی در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد
سمانه کنجوری^۱، مریم مشایخ^۲، محمدرضا صیرفی^۳

چکیده

پژوهش حاضر، با هدفی کاربردی و به روش توصیفی/تحلیلی از شاخه‌ی همبستگی، به بررسی رابطه‌ی میان نقش هیجان‌خواهی و صمیمیت اجتماعی در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد، در میان افراد معتاد موجود در مراکز مختلف بازپروری در شهرستان آمل پرداخت. برای این منظور، تعداد ۴۲۰ نفر نمونه (از جامعه ۱۰۰۰ نفری) توسط فرمول کوکران به‌صورت تصادفی با روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده و سه پرسشنامه‌ی IAPS با قابلیت اعتماد بدست آمده از طریق روش کرونباخ در (۰,۷۳۳٪)، ZSSS با قابلیت اعتماد کرونباخ (۰,۷۹۷٪) و MSIS با آلفای کرونباخ (۰,۷۴۵٪) میان آن‌ها توزیع و جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز توسط نرم‌افزار SPSS، آزمون کالموگرونوف/اسمیرنوف (برای تعیین نرمال بودن توزیع متغیرها)، آزمون مقایسه‌ی دوجمله‌ای t برای فرضیه‌های تحقیق، آزمون همبستگی میان مولفه‌های (متغیرهای) پژوهش به روش ضریب پیرسون و آنالیز خطی رگرسیون برای بررسی اثر متغیر مستقل بر متغیر وابسته صورت گرفت. بیشترین پاسخ‌دهندگان را مردان (۱، ۶۸ درصد)، بیشترین رده‌ی سنی در ۳۱ تا ۴۰ سال (۴۰ درصد) و بیشترین پاسخ‌دهندگان نیز افراد دارای مدرک لیسانس (۳۳,۵ درصد) بودند. مولفه‌های فرضیه‌ی اصلی و فرضیه‌ی اول، همبستگی مثبت و معنی‌داری داشته و مورد تأیید قرار گرفتند. فرضیه‌ی دوم نیز با همبستگی منفی و معنی‌داری در سطح احتمال ۵٪ میان متغیرها، تأیید گردید. نتایج نشان داد با افزایش هیجان‌خواهی، میزان روی‌آوری به مواد افزایش و با افزایش صمیمیت اجتماعی، میزان وابستگی به اعتیاد، کاهش می‌یابد. همچنین بالاترین همبستگی، بین دو متغیر هیجان‌خواهی و آمادگی به اعتیاد (۰,۵۶۰) و کمترین همبستگی میان صمیمیت اجتماعی و آمادگی اعتیاد (۰,۳۵۰) بود.

واژه‌های کلیدی: هیجان‌خواهی، صمیمیت اجتماعی، گرایش به اعتیاد، وابستگی به مواد.

Relationship between the role of Sensation Seeking and social intimacy in predicting addiction tendency

Samaneh Kanjoree
Mohammadreza seirafi

Abstract:

The present study, with a practical purpose and descriptive / analytical method from the branch of correlation, investigated the relationship between the role of Sensation Seeking and social intimacy in predicting addiction tendency among addicts in various rehabilitation centers in Amol city. For this purpose, 420 samples (from a population of 1000) were randomly selected by Cochran's formula using multi-stage cluster sampling method and three IAPS questionnaires with reliability obtained through Cronbach's method (0.733%), ZSSS with Cronbach's reliability (0.797%) and MSIS with Cronbach's alpha (0.745%) were distributed and collected among them. Data were analyzed by SPSS software, Kalmogronov/Smirnov test (to determine the normality of the distribution of variables), two-sentence t-test for research hypotheses, Pearson coefficient correlation test and linear regression analysis for It was independent of the dependent variable. The highest number of respondents were men (68.1%), the highest age group was 31 to 40 years (40%) and the highest number of respondents were bachelors (33.5%). The components of the main hypothesis and the first hypothesis had a positive and significant correlation and were confirmed. The second hypothesis was confirmed with a negative and significant correlation at the level of 5% probability between the variables. The results showed that with increasing Sensation Seeking, the rate of substance abuse increased and with increasing social intimacy, the rate of dependence on addiction decreased. Also, the highest correlation was between the two variables of Sensation Seeking and readiness for addiction (0.560) and the lowest correlation was between social intimacy and readiness for addiction (0.350).

Keywords Addiction tendency, Substance dependence: Sensation Seeking, Social intimacy

^۱ کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد الکترونیک، دانشکده روانشناسی گروه روانشناسی، تهران، ایران
^۲ (نویسنده مسئول) استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، دانشکده روانشناسی، گروه روانشناسی، کرج، ایران
^۳ استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، دانشکده روانشناسی، گروه روانشناسی، کرج، ایران

مقدمه

یکی از رفتارهای ریسک‌پذیر انسان، مصرف مواد است. اعتیاد به مواد مخدر یکی از بلاهایی است که همه انسان‌ها را تهدید می‌کند. مثلث فقر، جهل و اعتیاد، پویایی، بالندگی، نشاط و خلاقیت را از افراد گرفته و آنها را انسان‌هایی بیمار و بی‌خاصیت ساخته است. اعتیاد به تریاک و مواد مخدر، یک فرایند چندعاملی است که وجود عوامل متعدد در نوع، شکل، تعداد و حتی آثار و عواقب اعتیاد موثر است. (عبدالعلی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹) در گرایش به مواد، عوامل متعدد زیستی، اقتصادی، اجتماعی و فردی دخیل است. براساس راهنمای تشخیص اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا^{۳۹}، ویژگی‌های اصلی هر یک از اعتیادها و اختلالات مرتبط با مصرف مواد عبارت است از: مجموعه‌ای از نشانگان شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک که نشان می‌دهند فرد، به‌رغم مشکلاتی که برایش بوجود می‌آید، به مصرف مواد نیز ادامه می‌دهد. (رزاقی و همکاران، ۱۳۹۹)

بررسی دلائل گرایش به مواد مخدر بسیار حیاتی است؛ زیرا این موضوع به مباحث مربوط به سلامت و رفاه افراد جامعه مربوط بوده و از طرفی بطور چشمگیری در میان افراد مختلف بخصوص قشر نوجوان و جوان در حال شیوع است و لذا باید این عوامل را شناخت تا رویکردها و اقدامات پیشگیرانه‌ای اخذ نمود. (شفیع‌خانی^{۴۰} و همکاران، ۲۰۱۸)

از جمله عوامل مخاطره‌آمیز فردی، شرایط خانوادگی و محیط، شرایط سنی، استعداد ارثی، صفات شخصیتی، نگرش مثبت به مواد و تأثیر خوشایند مواد بر برخی از افراد قابل توجه است و در این میان شرایط خانوادگی و اجتماعی و صفات شخصیتی، جایگاه ویژه‌ای در شناسایی افراد ریسک‌پذیر دارند و با شناسایی این افراد، علاوه بر سهولت پیشگیری، مراحل درمان و توان‌بخشی نیز در صورت لزوم سریع‌تر قابل شروع هستند.

یکی از صفات شخصیتی نسبتاً مهم در آسیب‌پذیر کردن افراد به تجارب ریسک‌پذیر مانند تمایل به سوءمصرف مواد، هیجان‌خواهی می‌باشد؛ که یکی از ویژگی‌های آن، جستجوی هیجان‌ها و تجارب متنوع، تازه، پپیچیده، جدید و میل به پرداختن به خطرهای بدنی، اجتماعی و مالی به خاطر خود این تجربه‌هاست.

مؤلفه‌های مهم هیجان‌خواهی شامل هیجان‌جویی و ماجراجویی^{۴۱}، تجربه‌جویی^{۴۲}، بازداری‌زدایی^{۴۳} و حساسیت به یکنواختی^{۴۴} می‌باشند. (زاگرمین^{۴۵}، ۲۰۰۰) ابعاد هیجان‌جویی و تجربه‌جویی به ترتیب میزان تمایل فرد به شرکت در فعالیت‌های پرخطر و جستجوی تجارب جدید است در حالیکه بعد بازداری‌زدایی تمایل به سرکشی از هنجارهای اجتماعی و انجام فعالیت‌های بازداری شده را بررسی می‌کند و حساسیت به یکنواختی به معنی بی‌زاری از تکرار و فعالیت‌های یکنواخت و خسته‌کننده است. (اعظمی و همکاران، ۲۰۱۵) افراد هیجان‌خواه برای بدست آوردن سطح برانگیختگی بهینه دست به کارهای مختلف می‌زنند، آنها با افراد مختلفی معاشرت می‌کنند، نه به دلیل این که بر دیگران تأثیر بگذارند، بلکه به دنبال تحریک هستند. (چوپان^{۴۶} و همکاران، ۲۰۱۵) از یک سو، افراد هیجان‌خواه همواره به دنبال تجربه‌های جدید هستند و مواد مخدر نیز می‌تواند وسیله‌ای برای بالابردن سریع برانگیختگی باشد (زاگرمین و همکاران، ۱۹۷۹) و از طرفی دیگر، افراد هیجان‌خواه پردازش اطلاعات و کنترل بازداری کمتری نسبت به افراد با هیجان‌خواهی پایین دارند (چراکه این افراد، تأثیرات مصرف مواد را بیشتر تجربه می‌کنند)، لذا، هیجان‌خواهی با مصرف مواد ارتباط مثبت و مستقیم خواهد داشت.

عامل تعیین‌کننده‌ی دیگری که می‌تواند در گرایش به سوءمصرف مواد دخالت داشته باشد، خانواده و کیفیت و صمیمیت ارتباط اجتماعی افراد است. خانواده، اصلی‌ترین و بنیادی‌ترین زمینه برای رشد زیستی/روانی/ اجتماعی افراد محسوب می‌گردد. (غفاری و همکاران، ۱۳۹۵) کیفیت و صمیمیت رابطه‌ی ولی/فرزندی، در نوجوانان دچار اعتیاد و نوجوانان عادی، نشان داده که کیفیت این نوع رابطه، در نوجوانان خانواده‌های عادی، در تمامی ابعاد رابطه، بهتر از نوجوانان دچار اعتیاد است.

درواقع پیوندهای خانوادگی، دلبستگی بین والد و فرزند، ارتباط مؤثر و صحبت در مورد انتظارات و ارزش‌ها و نظارت بر رفتار فرزند، از عوامل مهم خانوادگی محافظت‌کننده در برابر گرایش به مواد مخدر هستند. (نیک‌منش و همکاران، ۱۳۹۷) از این منظر، می‌توان مصرف مواد را به‌عنوان یک علامت

41 - Thrill and adventure seeking

42 - Experience seeking

43 - Feinhibition

44 - Boredom susceptibility

45 - Zuckerman

46 - Chopan

39 - American Psychiatric Association (APA)

40 - Shafikhani

روش پژوهش

جامعه‌ی آماری در این پژوهش، شامل کلیه‌ی افراد معتادی (حجم جامعه ۱۰۰۰ نفر) هستند که در مراکز مختلف بازپروری در شهرستان آمل زیست دارند که توسط فرموال کوکران، حجم نمونه (تعداد ۴۲۰ نفر) تعیین و به‌طور تصادفی با روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب گردیده و در نهایت پرسشنامه میان آن‌ها توزیع گردید.

ابزارهای پژوهش:

مقیاس آمادگی به اعتیاد IAPS: این مقیاس، توسط وید و بوچر، در سال ۱۹۹۲ ساخته شد. (وید و همکاران، ۱۹۹۲) در واقع پرسشنامه‌ی IAPS، مقیاس ایرانی پرسشنامه‌ی اعتیادپذیری وید/ بوچر است که با توجه به شرایط روانی/ اجتماعی جامعه‌ی ایرانی ساخته شده است و تلاش‌هایی در جهت تعیین روایی آن در کشور ایران صورت گرفته است. (زرگر و همکاران، ۱۳۸۷) پرسشنامه از دو عامل تشکیل شده و دارای ۳۶ ماده، به اضافه‌ی ۵ ماده‌ی 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. (وید و همکاران، ۱۹۹۲) جهت محاسبه روایی این مقیاس از دو روش استفاده شده است. در روایی ملاکی، پرسشنامه، آمادگی به اعتیاد دو گروه معتاد و غیرمعتاد را به خوبی از یکدیگر تمیز داده است. روایی سازه‌ی مقیاس، از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده‌ای فهرست بالینی علائم بالینی (SCL-25) محاسبه شده است که معنی‌دار می‌باشد. پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ 0.90 محاسبه شد که در حد مطلوب می‌باشد.

خانوادگی در نظر گرفت که نوع عملکرد خانواده در آن سهیم است. وجود تعارض و مشکل، اختلافات خانوادگی و روابط عاطفی ضعیف اعضا باعث بروز رفتارهای نابهنجار در فرزندان می‌شود که مصرف مواد، می‌تواند به‌عنوان راهی برای مقابله با این تعارضات خانوادگی در فرزند ایجاد نماید. (اسلامی و همکاران، ۱۳۹۴) تحقیقات زایاوکینگ^{۴۷} و همکاران (۲۰۲۱) نشان می‌دهد که بین صمیمیت خانواده و میزان بازگشت به مصرف مواد مخدر رابطه معناداری وجود دارد. فرناندز^{۴۸} و همکاران (۲۰۱۹) دریافتند که تفاوت جنسیتی و صمیمیت همسران به‌طور مستقیم و غیر مستقیم بر روی خشونت معنادان نقش دارد. پلاتینو^{۴۹} و همکاران (۲۰۲۱) بین خشونت و صمیمیت همسران معتاد به مواد افیونی رابطه معناداری وجود دارد. کامپل و همکاران (۲۰۲۱) گزارش کردند که مرگ و میر دوران بارداری با مصرف بیش از اندازه مواد مخدر زنان و خودکشی و دیگر قتل و خشونت همسرانشان رابطه دارد.

تحقیقات نشان می‌دهد که بین تنظیم هیجان و انگیزه و ترک مواد افیونی رابطه معناداری وجود دارد (گولد^{۵۰} و همکاران، ۲۰۲۰) و بین دشواری تنظیم هیجان و رفتارهای تکانشی مثل مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی، رفتارهای پر خطر جنسی و پرخوری رابطه معناداری وجود دارد. (میلر^{۵۱} و همکاران، ۲۰۲۰). اضطراب، افسردگی، مصرف مواد افیونی با اختلال در تنظیم هیجانی نوجوانان رابطه دارد. (راجرز و همکاران، ۲۰۲۱).

در پژوهش‌های پیشین، به نقش همزمان الگوهای صمیمیت اجتماعی/ ارتباطی و مقیاس‌های هیجان‌خواهی افراد در گرایش به سوء مصرف مواد مخدر، چندان توجه نشده است. در این پژوهش سعی بر آن است تا با تعیین نقش این متغیرها در وابستگی به اعتیاد، زمینه‌سازهای ارتباطی و شخصیتی گرایش به اعتیاد بررسی شده و در رویکردهای درمانی مورد استفاده قرار گیرد. بر این اساس پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سؤال است که آیا مؤلفه‌های هیجان‌خواهی و صمیمیت اجتماعی، در پیش‌بینی گرایش و وابستگی به مواد، نقش دارند؟

⁴⁷ Xiaoqing

⁴⁸ fernandez

⁴⁹ compell

⁵⁰ Gold

⁵¹ miller

مقیاس هیجان‌خواهی ماروین زاکرمن^{۵۲} (۱۹۷۹): این مقیاس شامل ۴۰ ماده‌ی دو عبارتی است که آزمودنی ملزم است یکی از دو جزء هر ماده را حتماً انتخاب کند. این مقیاس از ۴ عامل فرعی، ماجراجویی، تجربه‌جویی، بازداری‌زدایی و حساسیت نسبت به یکنواختی تشکیل شده است که هر ماده شامل ۱۰ سوال است. پس از محاسبه نمرات آزمودنی به کمک کلید آزمون، نمره‌ی فرد در یکی از طبقات قرار می‌گیرد. مقیاس حاضر را با تغییرات بسته به فرهنگ، می‌توان به عنوان یک مقیاس ساده، معتبر و روا، به منظور سنجش میزان هیجان‌خواهی بکار برد. در ایران، مقیاس هیجان‌خواهی زاکرمن قابلیت اعتبار درونی مناسبی را در محدوده‌ی ۰/۸۳ - ۰/۸۶ درصد نشان می‌دهد. همچنین ضریب اعتبار ترجمه فارسی نسخه‌ی اصلاح شده شکل پنجم مقیاس، برای زنان ۰/۵۵ و برای مردان ۰/۵۲ درصد برآورد شده است. اعتبار کل تست نیز ۰/۷۸ درصد محاسبه گردیده است.

- مقیاس صمیمیت اجتماعی میلر و لفقورت^{۵۳} (۱۹۸۲): این مقیاس، برای ارزیابی صمیمیت دریافتی از روابط مختلف، طراحی گردید. پرسش‌های مقیاس یادشده به وسیله‌ی مصاحبه‌های سازمان یافته که در آن شرکت‌کنندگان به جستجو و بحث درباره‌ی نقش صمیمیت در تمامی روابط خود، شامل ارتباط با دوستان، آشنایان و اعضای خانواده می‌پرداختند، تدوین شد. این مقیاس دربردارنده‌ی دو گروه پرسش می‌باشد که ۶ پرسش برای توصیف فراوانی صمیمیت و ۱۱ پرسش دیگر به شدت صمیمیت تجربه شده در زمان کنونی، اختصاص داده شده‌اند. همه‌ی پرسش‌ها با بهره‌گیری از مقیاس ۱۰ درجه‌ای لیکرت، از خیلی به ندرت یا کم (۱) تا تقریباً همیشه یا زیاد (۱۰) پاسخ داده می‌شوند. به پرسش‌های ۲ و ۱۴ به طور معکوس امتیاز داده می‌شود. سازندگان، ضریب آلفای کرونباخ را در اجراهای گوناگون ۰/۸۶ - ۰/۹۱ درصد گزارش کرده‌اند. آنان همچنین ضریب پایایی به روش بازآزمایی به فاصله‌ی زمانی بیش از دو ماه را ۰/۸۴ درصد و با فاصله‌ی زمانی بیش از یک ماه را ۰/۹۶ درصد گزارش کرده‌اند. در یک بررسی روی یک نمونه‌ی ۳۳۰ نفری (۱۶۶ پسر و ۱۶۴ دختر)، ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه، ۰/۷۹ درصد به دست آمد.

52 - zakerman

53 - Miller & Lefcourt Social Intimacy Scale - MSIS

یافته ها

جدول (۱) مقایسه‌ی میان عوامل هیجان‌خواهی و صمیمیت اجتماعی در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد با عوامل

مقیاس	t	df	Sig	متوسط تفاوت	اختلاف فاصله اطمینان ۹۵٪	
					پایین‌ترین	بالا‌ترین
هیجان‌خواهی	۸۹,۳۲۰	۴۱۹	۰,۰۰۰	۳,۴۵۰	۳,۰۱	۳,۶۰
صمیمیت اجتماعی	۸۵,۴	۴۱۹	۰,۰۰۰	۲,۹۱	۲,۹۱	۳,۰۷
آمادگی به اعتیاد	۷۵,۱۵	۴۱۹	۰,۰۰۰	۳,۶۷	۳,۴۸	۳,۶۷

بر اساس یافته‌های جدول ۱، مقدار t محاسبه‌شده از مقدار بحرانی جدول در سطح خطای ۰/۰۵٪ بزرگتر است (سطح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵ است) و میانگین متغیر عوامل هیجان‌خواهی و صمیمیت اجتماعی در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بزرگتر از ۳ هستند؛ بنابراین به نظر می‌رسد در خصوص این فرضیه، فرض یک که دال وجود رابطه‌ی معناداری بین هیجان‌خواهی و صمیمیت اجتماعی در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد است، مورد پذیرش قرار می‌گیرد. معنی‌دار شدن در سطح خطای ۰,۰۵٪ به این معنی است که در صورت تکرار آزمایش در منطقه‌ی مورد نظر، چنین انتظار داریم که در ۹۵ حالت از ۱۰۰ حالت، به نتایج مشابهی دست یابیم.

جدول (۲) آزمون همبستگی بین مولفه‌های هیجان‌خواهی، صمیمیت اجتماعی و آمادگی به اعتیاد

		هیجان‌خواهی	صمیمیت اجتماعی	آمادگی به اعتیاد
هیجان‌خواهی	پیرسون	۱	۰,۵۲۰	۰,۵۶۰
	سطح معناداری	-	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰
صمیمیت اجتماعی	پیرسون	۰,۵۲۰	۱	۰,۳۵۰
	سطح معناداری	۰,۰۰۰	-	۰,۰۰۰
آمادگی به اعتیاد	پیرسون	۰,۵۶۰	۰,۳۵۰	۱
	سطح معناداری	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	-

بر اساس نتایج جدول ۲، میان مولفه‌های تحقیق همبستگی معناداری وجود دارد. مثبت بودن ضریب همبستگی بین این دو متغیر نشان‌دهنده‌ی این مطلب است که با افزایش سبک هیجان‌خواهی، بر میزان نگرش به اعتیاد افزوده می‌شود. بالاترین همبستگی در بین سه متغیر، مربوط به همبستگی بین دو متغیر عوامل هیجان‌خواهی و آمادگی به اعتیاد با مقدار ۰,۵۶۰ می‌باشد. همچنین کمترین همبستگی بین عوامل صمیمیت اجتماعی و آمادگی به اعتیاد به میزان ۰,۳۵۰ است.

جدول ۳ آزمون همبستگی بین هیجان‌خواهی و گرایش به اعتیاد با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون

		هیجان‌خواهی	گرایش به اعتیاد
سبک هیجان‌خواهی	پیرسون	۱	۰٫۴۵۰
	سطح معناداری	-	۰/۰۰۰

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، همبستگی مثبت و معنی‌داری در سطح احتمال ۵٪ بین هیجان‌خواهی با پیش‌بینی گرایش به اعتیاد وجود دارد. که این میزان برابر با ۴۵ درصد است. همچنین در جدول ۳، مولفه‌های هیجان‌خواهی ارائه شده است. همچنین برای آزمون تأثیر متغیر مستقل (پیش‌بین) بر روی متغیر ملاک (وابسته) از آزمون خطی رگرسیون استفاده شده است.

جدول ۴ تحلیل واریانس مربوط به مدل رگرسیونی هیجان‌خواهی با گرایش به اعتیاد

انحراف معیار پیش‌بینی		ضریب تبیین تصحیح‌شده		ضریب تبیین (R ²)	ضریب همبستگی (r)
۳/۲۷		۰/۲۹		۰/۳۱	۰/۴۵
سطح معنی‌داری	F	میانگین مربعات	درجه‌ی آزادی	مجموع مربعات	مدل
۰/۰۰۰	۱۸۰/۹۴	۲۳۱/۶۱	۱	۲۳۱/۶۱	رگرسیون
		۱/۲۸	۴۱۹	۴۸۹/۱۹	باقیمانده
نتیجه آزمون: رد فرض صفر		-	۴۲۰	۷۲۰/۸۱	کل

از آنجا که سطح معنی‌داری مدل موردنظر برابر با ۰/۰۰۰ شده است، مدل تأثیرگذاری هیجان‌خواهی بر پیش‌بینی نگرش به سمت اعتیاد در سطح احتمال ۵٪ معنی‌دار است. همچنین ضریب تبیین (R²) این مدل برابر با ۰/۳۲ شده است. این بدان معناست که ۳۲ درصد از تغییرات متغیر نگرش اعتیاد در بین معنادین شهر آمل توسط هیجان‌خواهی توجیه می‌شود و در نتیجه باید متغیرهای دیگری علاوه بر سبک هیجان‌خواهی در نظر گرفته شود تا نگرش آمادگی به اعتیاد در بین معنادین شهر به حداکثر برسد. همچنین بر اساس ضریب تبیین تصحیح‌شده، چنین برداشت می‌شود که رابطه‌ی هیجان‌خواهی و نگرش به سمت اعتیاد، مثبت و همجهت است و در نتیجه هیجان‌خواهی در آمادگی برای اعتیاد افراد نقش دارد.

جدول ۵ ضرایب پارامتر فرضیه اصلی مربوط به متغیر هیجان‌خواهی و تأثیر آن آمادگی اعتیاد

نتیجه آزمون	سطح معنی‌داری	t محاسبه‌شده	ضرایب	عنوان متغیر
رد فرض صفر	۰/۰۰	۱/۹۰	۴/۸۲	عرض از مبدأ
رد فرض صفر	۰/۰۰۰	۴/۸۱	۰/۴۲۵	سبک هیجان‌خواهی

بنابراین رابطه‌ی بین هیجان‌خواهی و پیش‌بینی گرایش به اعتیاد در بین معتادین، بر اساس آنالیز رگرسیون به صورت زیر خواهد بود:

$$Y = x_{0,425}$$

از رابطه‌ی فوق چنین می‌توان نتیجه‌گیری نمود که در ازای افزایش یک واحد سبک هیجان‌خواهی، به میزان ۰,۴۲۵ درصد بر نگرش و روی‌آوری به اعتیاد شدن و اعتیاد افزوده می‌شود.

جدول ۶ آزمون همبستگی بین صمیمیت اجتماعی و نگرش به اعتیاد با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون

		گرایش به اعتیاد	صمیمیت اجتماعی -
	پیرسون	۱	۰,۴۹۰-
صمیمیت اجتماعی	سطح معناداری		۰/۰۰۰

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود همبستگی منفی و معنی‌داری در سطح احتمال ۵٪ (۰,۴۹۰-) بین صمیمیت اجتماعی و گرایش به اعتیاد وجود دارد. ضریب همبستگی منفی بین این دو متغیر مؤید این است که با افزایش صمیمیت اجتماعی بین افراد معتاد، بر میزان گرایش به اعتیاد کاسته می‌شود. همچنین معنی‌دار شدن ضریب همبستگی مزبور در سطح احتمال ۵٪ به این معنی است که در ۹۵٪ حالات برآورد این دو متغیر، افزایش صمیمیت اجتماعی موجب کاهش گرایش به سمت مواد و اعتیاد در بین نمونه‌ی می‌شود.

همچنین برای آزمون تأثیر متغیر مستقل (پیش‌بینی) بر روی متغیر ملاک از آزمون خطی رگرسیون استفاده شده است. جدول (۷) تحلیل واریانس مربوط به مدل رگرسیونی متغیر صمیمیت اجتماعی و آمادگی اعتیاد

انحراف معیار پیش‌بینی		ضریب تبیین تصحیح‌شده		ضریب تبیین (R ²)	ضریب همبستگی (r)
۲/۳۱		۰/۲۳		۰/۳۲-	۰/۴۹۰-
سطح معنی‌داری	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	مدل
۰/۰۰۰	۱۳۲/۲۵	۹۲/۹۱	۱	۹۱/۵۱	رگرسیون
		۰/۷۶	۴۱۹	۲۸۱/۸۰	باقیمانده
نتیجه آزمون: رد فرض صفر		-	۴۲۰	۳۶۴/۸۱	کل

از آنجا که سطح معنی‌داری مدل مورد نظر برابر با ۰/۰۰۰ شده است، مدل تأثیرگذاری صمیمیت اجتماعی بر پیش‌بینی گرایش به اعتیاد در سطح احتمال ۵٪ معنی‌دار است. همچنین ضریب تبیین (R²) این مدل برابر با ۰/۳۲ شده است. این بدان معناست که ۳۲ درصد از تغییرات متغیر گرایش به اعتیاد توسط صمیمیت اجتماعی توجیه می‌شود و در نتیجه باید متغیرهای دیگری علاوه بر صمیمیت اجتماعی در نظر گرفته شود تا نگرش به اعتیاد و پیش‌بینی آن به حداکثر برسد. همچنین بر اساس ضریب تبیین تصحیح‌شده چنین برداشت می‌شود که رابطه‌ی بین صمیمیت اجتماعی و گرایش به اعتیاد مثبت و همجهت است.

جدول (۸) ضرایب پارامتر فرضیه‌ی اصلی مربوط به متغیر صمیمیت اجتماعی و گرایش به اعتیاد

نتیجه‌ی آزمون	سطح معنی‌داری	t محاسبه‌شده	ضرایب	عنوان متغیر
رد فرض صفر	۰/۰۰۰	۳/۸۴	۶/۹۹	عرض از مبدأ
رد فرض صفر	۰/۰۰۰	۳/۳۲	-۰/۳۵	صمیمیت اجتماعی

بنابراین رابطه‌ی میان صمیمیت اجتماعی و پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بر اساس آنالیز رگرسیون به‌صورت زیر خواهد بود: از رابطه‌ی فوق چنین می‌توان نتیجه‌گیری نمود که به ازای افزایش یک واحد صمیمیت اجتماعی، به میزان ۰/۳۵ از نگرش به اعتیاد کاسته می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

غم‌انگیزترین تراژدی انسان معاصر و از جمله مسائل اجتماعی جهان امروز که سلامت میلیون‌ها انسان را به شدت تهدید می‌کند، وابستگی به مواد مخدر است. در جامعه امروز ما، مواد مخدر در سیمای یک مسأله یا مشکل اجتماعی رخ نموده است. این آسیب اجتماعی تعداد زیادی از مردم را تحت تأثیر قرار داده و به طور روزافزونی در حال تعامل با سایر آسیب‌های اجتماعی و تبدیل شدن به یک تهدید شالوده و ساخت‌شکن است. (قنبری طلب و همکاران، ۱۳۹۴) عوامل متعددی در گرایش به سوءمصرف مواد مخدر نقش دارند که توجه همه جانبه به این پدیده حائز اهمیت است.

بطور کلی، در بررسی‌های صورت گرفته در تحقیقات داخلی (رستمی، ۱۳۹۶)، مشخص گردیده که میزان هیجان‌خواهی و صمیمیت اجتماعی به عنوان عوامل شخصیتی و روان‌شناسی، با رفتارهای پرخطر و سوء مصرف مواد رابطه داشته و از عوامل مهم در ایجاد و گرایش افراد به وابستگی‌اند.

شانور و همکاران (۲۰۱۴) مطرح کردند که بین صمیمیت و میزان مصرف مواد مخدر در جوانان رابطه معناداری دارد و مصرف و عدم مصرف مواد مخدر دوستان صمیمی در اعتیاد و عدم اعتیاد جوانان نقش دارد بنابراین صمیمیت اجتماعی عامل تعیین کننده به گرایش به مصرف مواد مخدر است. نتایج این تحقیقات با نتیجه تحقیق حاضر همسو است، بنابراین با توجه به نتایج حاصله پیشنهاد می‌شود که برای پیشگیری از اعتیاد، گروه‌های درمانی با رویکرد هیجان‌خواهی و صمیمیت اجتماعی در مرکز مشاوره ایجاد و به بازپرورین مشاوره و آموزش داده شود.

با توجه به تأثیر صمیمیت بین اعضای خانواده در کاهش گرایش به اعتیاد، پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های مدارس، مروج سلامت در مقاطع مختلف تحصیلی برای پیشگیری از اعتیاد ایجاد و به نقش صمیمیت و استقلال بین اعضاء خانواده و نحوه‌ی رشد آن‌ها توجه ویژه‌ای شود.

همچنین پیشنهاد می‌شود که در برنامه‌های آموزشی مراکز مشاوره و بازپروری، بر روی مهارت‌های ارتباطی و افزایش صمیمیت و خودآشنایی معنادان کار شود.

منابع

اسلامی، اصلی؛ رازقی، (۱۳۹۵). مطالعه کیفی علتهای تعارض در خانواده. فرهنگ تربیتی زنان و خانواده، ۱۰(۳۲).
چوپان حامد و همکاران؛ (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر کاهش هیجان خواهی در افراد وابسته به مواد مخدر.
رستمی، امیرمسعود؛ ساعد احمدی؛ (۱۳۹۶). روانشناسی اعتیاد بر اساس DSM-5. ناشر: علمزبان: نوبت چاپ: ۲.

عبدالعلی‌زاده، یوسف؛ عباس ابوالقاسمی، محمد نریمانی؛ (۱۳۹۹). بررسی اثر بخشی آموزش گروهی عوارض سوءمصرف مواد مخدر بر میزان سیستم های بازداری/فعال‌سازی رفتاری و نگرش به مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر. فصلنامه

- of Research and the Intersection with Intimate Partner Violence. *Journal of Women's Health* Vol. 30, No. 2
- Fernandez, J & etal (2020). Gender differences in unidirectional and bidirectional intimate partner violence in addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. Volume 46, - Issue 2
- Gold, A & etal (2020). Emotion regulation and motives for illicit drug use in opioid-dependent patients. *Cognitive Behavior Therapy*. Volume 49, Issue 1
- Miller, A & etal (2020) Emotion regulation difficulties as common and unique predictors of impulsive behaviors in university students. *Journal of American College Health*.
<https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1799804>
- Pallatino, C & etal (2021). The intersection of intimate partner violence and substance use among women with opioid use disorder. *Substance Abuse*. Volume 42, 2021 - Issue 2
- Rogers, A.H & etal (2021). Anxiety, depression, and opioid misuse among adults with chronic pain: the role of emotion dysregulation
- Shafikhani, M., Bagherian, F., & Shokri, O. (2018). The mediating role of time perspective in the relationship between general self-efficacy and the tendency toward substance abuse in female adolescents. *International Journal of Psychology (IPA)*, 12(1), 208-231.
- Shadur, J & etal (2014). Friendship Intimacy, Close Friend Drug Use, and Self-Medication in Adolescence. *J Soc Pers Relat*. 31(8): 997-1018.
- Zuckerman, M. & Kuhlman, DM. (2000) Personality and Risk-Taking: common biosocial factors. *Journal of personality*. 68(6), 999-1029.
- Zuckerman, M. (1979). Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal. New York: L. Erlbaum Associates.
- Xiaoqing, Z & etal (2021). The relationship between family intimacy and relapse tendency among people who use drugs: a moderated mediation model. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* volume 16, Article number: 48
- اعتیاد پڑوهی سوء مصرف مواد، سال چهاردهم، شماره ۵۵.
- غفاری، داریوش؛ مرادی، علی؛ (۱۳۹۵). عوامل مرتبط با بزهکاری نوجوانان با تأکید بر نقش خانواده در شهر کرمانشاه، زن و مطالعات خانواده. (۹) ۳۳، (۱۱۳ - ۱۳۹).
- قنبری طلب، محمد؛ فولادچنگ، محبوبه. (۱۳۹۴)؛ رابطه ی بین تاب آوری و نشاط ذهنی با آمادگی به اعتیاد دانشجویان. فصلنامه اعتیاد پڑوهی و سوء مصرف مواد. سال نهم، شماره ۳۴ ص ۱۰.
- چوپان حامد و همکاران؛ (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر کاهش هیجان خواهی در افراد وابسته به مواد مخدر.
- نیک‌منش، احسان؛ محسن دهقانی؛ مجتبی حبیبی؛ سگرآباد؛ صادق فلاح تفتی؛ سارا صلواتی؛ ۱۳۹۷. کارکرد خانواده و گرایش به سوء مصرف مواد در نوجوانان: نقش واسطه ای انسجام و آشفتگی هویت. خانواده پڑوهی، سال چهاردهم، شماره ۵۶.

Reference

- Aazami Y, Sohrabi F, Borjali A, Chopan H. The Effectiveness of Teaching Emotion Regulation Based on Gross Model in Reducing Impulsivity in Drug-Dependent People. *Q J Res Addict*. 2014; 8(30): 127-41.
- Compbell, J & etal (2021) Homicide, Suicide, and Drug Overdose: Review Abuse Treatment, Prevention, and Policy volume 16, Article number: 48

مقایسه تاب آوری و تجارب معنوی و سازگاری اجتماعی در بین مردان معتاد و عادی

دریا فیروزنیا^۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تجارب معنوی، تاب آوری و سازگاری اجتماعی در مردان معتاد و عادی انجام شد. آزمودنی های این پژوهش شامل دو گروه از مردان معتاد و غیر معتاد به تعداد ۱۰۰ نفر (۵۰ معتاد و ۵۰ عادی) بودند. نمونه های مورد پژوهش به روش نمونه گیری در دسترس که از لحاظ سنی، تحصیلات و وضعیت تاهل همتا بودند انتخاب شدند. به منظور جمع آوری داده ها از پرسشنامه های تجارب معنوی ترسی (۲۰۰۲)، پرسشنامه سازگاری بل (۱۹۴۵)، و پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون ۲۰۰۳ استفاده شد. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون تی مستقل تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد تفاوت معناداری بین تجارب معنوی، تاب آوری و سازگاری اجتماعی در بین دو گروه وجود داشت. بین تاب آوری در دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت و افراد عادی از تاب آوری بیشتری نسبت به افراد معتاد برخوردار بودند، بین سازگاری اجتماعی در دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت افراد عادی از سازگاری اجتماعی بیشتری برخوردار بودند.

واژه های کلیدی: تجارب معنوی، تاب آوری، سازگاری اجتماعی، معتاد

Compare resilience and spiritual experience and social adjustment among addicts and non-addicts

Darya Firouznia

Abstract

This study aimed to compare spiritual experiences, resilience and social adjustment in men addicted and normal. Subjects of this study consisted of two groups of men addicted and non-addicted (100) (50 addicted and 50 normal) Bvdnd.nmvnh sampling of the study in terms of age, education and marital status were matched. In order to collect data from questionnaires spiritual experiences fear (2002), Bell Adjustment Questionnaire (1945), and Connor and Davidson Resilience Scale (2003) were used. Data using multivariate analysis of variance and t-test were analyzed. The results showed a significant difference between spiritual experiences, resilience and social adjustment between the two groups.

Key word: Spiritual Experience- Resiliency- Social adjustment- Addicted

^۱ کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، دانشکده روانشناسی گروه روانشناسی، کرج، ایران

مقدمه

خداوند موجب آرامش روانی، معنادار نمودن حیات و غلبه بر ناامیدی است. بلکه نماز که سمبل و پایه اندیشه دینی است، موجب پیشگیری از انحرافات رفتاری - اجتماعی نیز می باشد (ابراهیمی و همکاران، سومین همایش مشاوره از دیدگاه اسلامی ۱۳۹۰).

تاب آوری^{۵۹} به عنوان یکی از سازه های اصلی شخصیت برای فهم انگیزش، هیجان و رفتار مفهوم سازی شده است. گارمزی و ماستن (۱۹۹۱) تاب آوری را «یک فرایند، توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز علی رغم شرایط تهدید کننده» تعریف نموده اند. در واقع تاب آوری سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (والر^{۶۰}، ۲۰۰۱). تاب آوری صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب ها یا شرایط تهدیدکننده نیست. بلکه فرد تاب آور، مشارکت کننده فعال و سازنده محیط پیرامونی خود است. تاب آوری قابلیت فرد در برابر برقراری تعادل زیستی - روانی - معنوی در مقابل شرایط مخاطره آمیز می باشد کونور و دیویدسون^{۶۱}، (۲۰۰۳). نوعی ترمیم خود، که با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی همراه است. از این رو نمی توان آن را معادل بهبودی دانست چون در بهبودی، فرد پیامدهای منفی و مشکلات هیجانی - عاطفی را تجربه می کند. کامپفر^{۶۲} (۱۹۹۹) معتقد است تاب آوری یا بازگشت به تعادل پایه است یا رسیدن به تعادلی سطح بالاتر (در شرایط تهدید کننده) و قاعدتاً باید موجبات سازگاری موفق در زندگی را فراهم آورد (جوکار، ۱۳۸۶). تاب آوری در اصلاح چنین تعریف می شود: نوعی حالت قابل توسعه در فرد بوده، که بر اساس آن قادر است در رویارویی با ناکامی ها، مصیبت ها و تعارض های زندگی حتی رویدادهای مثبت، پیشرفت ها و مسئولیت بیشتر به تلاش افزون تر ادامه دهد و برای دستیابی به موفقیت بیشتر، از پای ننشیند (نریمانی، ۱۳۹۰).

تحقیقات انجام شده در حوزه تاب آوری را می توان در دو گروه کلی طبقه بندی نمود. گروه اول به عوامل تعیین کننده تاب آوری و ویژگی های افراد تاب آور می

شیوع آسیب های رفتاری - اجتماعی در دهه های اخیر، یکی از معضلات روانی و اجتماعی است که نظر متخصصان علوم رفتاری را به خود معطوف کرده است. مصرف مواد و اعتیاد^{۵۵} یکی از معضلات و نگرانی های عمده جهان امروز است. از آنجایی که مصرف مواد و اعتیاد، اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد، تهدیدی جدی و نگران کننده است. وابستگی و سوء مصرف مواد به عنوان اختلالات مزمن و عود کننده با تأثیرات و پیش آیندهای زیستی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی در نظر گرفته می شود (والاس^{۵۶}، ۲۰۰۳؛ به نقل از حاجی علیزاده، بحرینیان، نظیری و مدرس غروی، ۱۳۸۷). در برخی از مطالعات (ویلز، بیر و ساندی^{۵۷}، ۲۰۰۳) از مذهب به عنوان سپری در مقابل وابستگی به مواد یاد شده است. مذهب از طریق برقراری یک نظم اخلاقی، تدارک فرصت هایی برای به دست آوردن شایستگی های یاد گرفته شده و تهیه قوانین اجتماعی، سوء مصرف مواد و بهبودی از آن را تحت تأثیر قرار می دهد (اسمیت^{۵۸}، ۲۰۰۳؛ به نقل از نریمانی، پور اسمعی، ۱۳۹۱).

در تبیین علل آسیب شناسی رفتاری - اجتماعی، مدل های مختلف بیولوژیکی، روانی، شناختی، روان پویایی و رفتار گرایی ارائه، و عوامل احتمالی مربوط مفهوم سازی شده است. یکی از منابع مهمی که اخیراً در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مورد تأکید متخصصان بهداشت روانی قرار گرفته، نقش نگرش، عملکرد و تجارب دینی - معنوی در خانواده و فرایند رشد است. بسیاری از متخصصان بالینی، این مسأله را مطرح کرده اند که عوامل مذهبی درونی اثرات اجتماعی، فرهنگی، ایدئولوژیکی، درون روانی و خانوادگی بر بهداشت و سلامت فیزیکی و روانی ایفا می کند. در اندیشه دینی، سلامت جسمی، روانی و اجتماعی، با نگرش توحیدی و توجه به معنویت ارتباط تنگاتنگی دارد. مطابق با این دیدگاه، نه تنها ذکر و یاد

59 . vesilliency

60 . Waller

61 . Davidson & Conner

62 . Kampfr

55 . addiction

56 . Wallace

57 . Wills , Year & Sandy

58 . Smith

کاهش مصرف الکل و کوکائین در گروه نمونه کمک می کند (صدری دمیرچی؛ محمدی، ۱۳۹۵).

تقریباً هر فرد معتاد به مواد مخدر، در سازگاری اجتماعی، دچار نوعی بی تعادلی است. 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. پژوهش ها نشان داده که سوء مصرف کنندگان، هنگام رویارویی با مسائل، مشکل های هیجانی شدیدتری (به طور مثال استرس بیشتری) تحمل می کنند و در نتیجه امکان استفاده از شیوه های حل مسئله کارآمد را از دست می دهند. بنابراین، قرار گرفتن در موقعیت های استرس زا و استفاده از شیوه های حل مسئله ناکارآمد و هیجان انگیز، موجب ایجاد چرخه بی معیوب، افزایش استرس و کاهش سازگاری اجتماعی می شود و در نهایت میزان بازگشت را در این افراد افزایش می دهد (صدری دمیرچی؛ محمدی، ۱۳۹۵).

سوء مصرف مواد مخدر و مسأله اعتیاد یکی از مهمترین مشکلات عصر حاضر است که با آسیب های بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی همراه است. اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. که پیامدهای ناخوشایند آن از مهمترین دغدغه های جوامع و یکی از ناگوارترین آسیب های اجتماعی است و مدت هاست که نظر متخصصین بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. مصرف طولانی مدت مواد مخدر یا ایجاد اعتیاد نه تنها تأثیر سوء در وضعیت اقتصادی و اجتماعی شخص مصرف کننده مواد یا ملت می گذارد، بلکه نقش تعیین کننده ای نیز روی روان و هیجانات افراد دارد. لذا تأثیرات مختلف مواد مخدر را بر فرد در اجتماع از یکسو و علل و عوامل مختلف فردی و اجتماعی تأثیرگذار به فرد را در سوق دادن او به سمت مصرف مواد مخدر از سوی دیگر را باید مورد بررسی و توجه قرار داد، و تلاش کرد تا با بهره جستن از رشته های مختلف دانش همانند روان شناسی و جامعه شناسی پاسخی را برای این پرسش یافت که چه باید کرد تا گرایش افراد به سمت مواد مخدر کاهش پیدا کند (ترینیداد و جانسون^{۶۶}، ۲۰۱۲).

مصرف کنندگان مواد هیجانات منفی و بی قراری را غیرقابل تحمل و مستأصل کننده توصیف می نمایند و نمی توانند این حالات هیجانی را بدون اتکاء به مواد مدیریت نمایند. آنها از خواص فیزیولوژیکی و روان شناختی مواد جهت تنظیم و تعدیل هیجانات منفی شان و

پردازند. دسته دوم پژوهش هایی است که فهم فرایند تاب آوری (اینکه چگونه تاب آوری موجبات سازگاری مؤثر با موقعیت های مخاطره آمیز را فراهم می آورد) را در دستور کار خود قرار داده اند (جوکار، ۱۳۸۹).

به نظر می رسد برخی عامل ها، همانند عاملی حمایت کننده در مقابل اعتیاد عمل می کنند. یکی از عامل های حمایت کننده فرد، دین داری و تجارب معنوی است، که در برخی از مطالعه ها آن را سپری در مقابل وابستگی به مواد می دانند. دین با برقراری نظم اخلاقی، ایجاد فرصت هایی برای به دست آوردن شایستگی ها و وضع قانون های اجتماعی، سوء مصرف مواد و فرایند بهبود فرد را، به نحوی مطلوب تحت تأثی قرار می دهد (اسمیت^{۶۳}، ۲۰۰۳). تاب آوری پاسخهای انعطاف پذیرانه در مواجهه با استرسهای روزانه می دهد. که بر روی گرایش به مصرف مواد مخدر اثر گذار است (جبریلی و همکاران، ۲۰۱۹). تکانشی بودن و ناسازگاری در تاب آوری در برابر مواد مخدر نقش دارد و مؤثر است (ژویو و همکاران، ۲۰۲۱). تاب آوری، بهداشت روانی معتادان را به واسطه افزایش عزت نفس، حمایت اجتماعی ادراک شده افزایش می دهد. (یانگ و همکاران، ۲۰۲۰). معنویت اسلامی که در عمل به عقاید و ارزشها و هنجارهای مذهبی مسلمانان نفوذ می کند در پیشگیری از اعتیاد و توانبخشی و درمانی و بهبودی معتادان مسلمان نقش دارد. (بن سعید و همکاران، ۲۰۲۱). امیدواری و تعالی خود و تاب آوری در بهبود معتادین نقش دارد. (راسو و همکاران، ۲۰۲۱).

رفتارها و عقاید دینی، تأثیر مثبتی در معنادار کردن زندگی دارد. رفتارهایی مانند توکل به خداوند، عبادت و زیارت می تواند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش های مثبت، موجب آرامش درونی فرد شود. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق به منبعی والا، امید به یاری خداوند در شرایط دشوار، بهره مندی از حمایت های اجتماعی و معنوی، همگی از روش هایی هستند که افراد با دارا بودن آنها می توانند در رویارویی با حوادث پرفشار زندگی، آسیب کمتری متحمل شوند. میلر، دیویس و گرین والد^{۶۴} (۲۰۰۰) نیز نشان دادند، نوجوانانی که دین دار نیستند و نمره های پایینی در اندازه گیری میزان فعالیت دینی به دست می آورند، در مقایسه با نوجوانان دارای سطح بالاتر فعالیت دینی، مصرف و سوء مصرف مواد بیشتری دارند. ریچارد، بل و کارلسون^{۶۵} (۲۰۰۰) در پژوهش خود نشان دادند که افزایش حضور در مکان های مذهبی، به

63. Smith

64. Miller, Davies, & Greenwald

65. Richard, Bell, & Carlson

66. Trinidad & Johnson

با استرس را نیاموزد، دچار مشکلات جدی تری خواهد شد. انتخاب راه های مقابله ای مناسب در برابر فشارهای روانی می تواند از تأثیر این فشارها بر سلامت جسمی و روان فرد بکاهد (رحیمی، ۲۰۱۰). علی رغم تمرکز سنتی بر عوامل خطرزا (بلیستین^{۷۴}، مورای^{۷۵}، لیتل^{۷۶}، ۲۰۰۵). اخیراً محققان از نقش عوامل مثبت و محافظت کننده در زندگی و تأثیر آن بر مصرف مواد در نوجوانان و جوانان آگاه شده اند (بریانت^{۷۷}، زیمرمن^{۷۸}، ۲۰۰۲). این تغییر به سمت عوامل محافظت کننده با رشد تحقیقات در حوزه تاب آوری همراه بوده است (کگلر^{۷۹}، امان^{۸۰}، وسلی^{۸۱}، ۲۰۰۵).

تاب آوری، توانایی مقاومت در برابر استرس و بازگشت به تعادل طبیعی پس از تجربه عوامل استرس زا تعریف می شود (زیمرمن، آرون کومار^{۸۲}، ۱۹۹۴). تاب آوری از مشکلات روان شناختی بین نوجوانان و جوانان جلوگیری کرده و آنها را در برابر تأثیرات روان شناختی رویدادهای مشکل زا مصون نگه می دارد (پین کو آرت^{۸۳}، ۲۰۰۹). شواهد نشان می دهد که افراد تاب آور به احتمال کمتری جذب رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد می شوند. در حیطه مطالعات آسیب شناسی اجتماعی، برخی مطالعات تجربی حاکی از این است که تقلیدات مذهبی و سبک زندگی همراه با معنویت، با پایین بودن میزان رفتارهای ضد اجتماعی مصرف الکل، اعتیاد، طلاق و خودکشی همبستگی دارد (کارسون^{۸۴}؛ آرنولد^{۸۵}، ۱۹۹۶).

معنویت اغلب بدین شکل تعریف می گردد: «باورها و اعمال شخصی که متأثر از ارتباط با خدا یا یک قدرت برتر در جهان است» (میسون^{۸۶}، سینگتون^{۸۷}، وبر^{۸۸}، ۲۰۰۷). نوجوانانی که به اهمیت نقش مذهب در زندگی شان پی برده اند و در فعالیت های مذهبی شرکت می کنند، از احتمال کمتری جهت ورود به رفتارهای پرخطر مانند سیگار کشیدن، مصرف الکل، و روابط جنسی

دستیابی به ثبات هیجانی استفاده می نمایند (عزیزی، میرزایی و شمس، ۱۳۸۹). هنگامی که فرد برای مصرف مواد از سوی همسالان تحت فشار قرار می گیرد، مدیریت مؤثر هیجان ها خطر سوء مصرف مواد را کاهش می دهد. توانایی مدیریت هیجان ها باعث می شود که فرد در موقعیت هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله ای مناسب استفاده کند (ترینیداد و جانسون، ۲۰۱۲).

اعتیاد با واژه «وابستگی به مواد» در کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)^{۶۷} و طبقه بندی آماری بین المللی اختلالات و مشکلات مرتبط با سلامت (ICD10)^{۶۸} مترادف است. هر دو طبقه بندی، اعتیاد را هنگامی که یک فرد بر روی رفتار مصرف مواد خود کنترل ندارد و با وجود عواقب منفی به رفتار مصرف مواد خود ادامه می دهد و برای مصرف مواد انگیزه بالا دارد تشخیص گذاری می کنند (برادیزا، استاسیویز و پاس^{۶۹}، ۲۰۰۶). اختلالات مصرف مواد در طیف گسترده ای از شدت رخ می دهند، از خفیف تا شدید. مشخصه اصلی وابستگی به مواد از علائم شناختی، رفتاری و روان شناختی است که باعث می شود علی رغم مشکلات موجود در زمینه مواد، فرد به مصرف آن ادامه دهد (رحیمی، ۲۰۱۰).

در زمینه وابستگی به مواد، عوامل گوناگون روان شناسی، اجتماعی، خانوادگی و زیست شناسی در گیر هستند (مجید، کولدر و استرود^{۷۰}، ۲۰۰۹، فرانکوویس^{۷۱}، اوریاکومب و تیکنول^{۷۲}، ۲۰۰۰). معتاد عبارت است از شخصی که در نتیجه استعمال متمادی دارو یا مواد مخدر در بدن حالت متناوب اکتسابی ایجاد شده، به طوریکه استعمال مکرر آن موجب کاسته شدن تدریجی اثرات آن می گردد. در واقع یافته ها نشان داده اند که اعتیاد با شاخص های اجتماعی جوامع، به خصوص تنش های موجود در آن، در ارتباط است (ترینیداد و جانسون^{۷۳}، ۲۰۰۲). در واقع وجود استرس ها و فشارهای اجتماعی، سلامت روانی انسان را به خطر می اندازد و او را به سمت اختلالات روانی و انجام رفتارهای پر خطر مانند سوء مصرف مواد مخدر سوق می دهد. بنابراین در صورتی که فرد راه صحیح مقابله

74 . Blitstein. JL

75 . Murray. DM

76 . Lytle. LA

77 . Bryant. AL

78 . Zimmerman. MA

79 . Kegler. MC

80 . Aman. RF

81 . Vesley. SK

82 . Arunkumar. R

83 . Pinqart. M

84 . Carson. VB

85 . Arnold. EN

86 . Mason. M

87 . Singleton. A

88 . Webber. R

67 . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

68 . [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems](#)

69 . Bradyza, Astasyvyz & Pass

70 . Koldr & Astrud

71 . Frankubs

72 . Avryakumb & Tyknol

73 . Trinidad & Johnson.

یافته کسی است که صفت ها و ویژگی های گوناگون او با هم در ارتباطند. در عین حال که سازگاری کامل وجود ندارد، ولی سازگاری مطلوب احتمالاً هنگامی رخ می دهد که بین آنچه فرد راجع به خود می اندیشد با آنچه دیگران درباره او می اندیشند، توافق منطقی وجود داشته باشد (شعاری نژاد، ۱۳۹۰).

باتوجه به موارد مطرح شده در پژوهش پیش رو پژوهشگر درصدد بر خواهد آمد تا مقایسه ای بین افراد معتاد و عادی در مورد تاب آوری و تجارب معنوی و سازگاری اجتماعی انجام دهد، تا به این سؤال پاسخ دهد که آیا بین تاب آوری و تجارب معنوی و سازگاری اجتماعی در افراد معتاد و عادی تفاوت وجود دارد؟

روش

روش پژوهش به صورت پس رویدادی یا علی مقایسه ای است که این روش برای اولین بار توسط چاپین^{۹۴} در سال (۱۹۳۷) و بعدها توسط گرین وود^{۹۵} (۱۹۴۵) به طور گسترده ای مورد استفاده قرار گرفت. پس رویدادی از نظر معنی عبارت از آنچه بعدها انجام می شود. در تحقیقات اجتماعی و تعلیم و تربیت، پس رویدادی مترادف بعد از وقوع، گذشته نگر، از معلول به علت و علی- مقایسه ای به کار برده شده است. پس رویدادی به پژوهش هایی گفته می شود از آنها احتمال روابط علت و معلولی از طریق مشاهده یک موقعیت مورد پژوهش قرار می دهد و عوامل علیه موجود را در زمان گذشته جستجو می کنند (دلاور، ۱۳۹۰).

بطور کلی هدف از روش تحقیق علی- مقایسه ای، یافتن علت های احتمالی یک الگوی رفتاری است. بدین منظور، آزمودنی هایی که دارای رفتار مورد مطالعه هستند با آزمودنی هایی که این رفتار در آنها مشاهده نمی شود، مقایسه می شوند. این روش را غالباً پژوهش "پس رویدادی" می نامند، زیرا اشاره به مواردی دارد که در آنها علت از پیش رخ داده است و مطالعه آن در حال حاضر از طریق اثری که بر متغیری دیگر که معلول خوانده می شود گذارده و بر جا مانده است، امکان دارد (دلاور، ۱۳۹۰).

بنابراین این پژوهش از لحاظ هدف جز تحقیقات کاربردی محسوب می شود و از لحاظ شیوه جمع آوری داده ها از نوع پژوهش های توصیفی (غیر آزمایشی) و از لحاظ اینکه به مقایسه متغیرها می پردازد از نوع پژوهش های علی - مقایسه ایی یا پس رویدادی است.

پرخطر برخوردارند. با توجه به نقش مذهب و احاطه آن بر همه شئون زندگی انسان مذهب در بازداري فرد از گرایش به مواد مخدر نقش تعیین کننده ای دارد. در این راستا پژوهش ها نشان داده اند که داشتن نگرش ها و باورهای مذهبی و اعمال معنوی با کاهش استرس های روان شناختی و پیشگیری از رفتارهای پرخطری همچون سیگارکشیدن، مصرف الکل و مواد همراه است. همچنین مطالعات نشان داده اند 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. نه تنها در حوزه درمان اعتیاد، بلکه در درمان بسیاری از مشکلات روان شناختی و جسمی، همه روزه به شمار افرادی که باور دارند معنویت راه درمان روان رنجوری ها و درماندگی های روحی آنها می باشد. (سیگل^{۸۹}، سنا^{۹۰}، ۲۰۱۲).

میلر، دیویس و گرینوالد^{۹۱} (۲۰۰۰) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که نوجوانانی که دین دار نیستند و نمرات پایین در اندازه گیری میزان فعالیت دینی به دست می آورند در مقایسه با نوجوانان دارای سطح بالاتر فعالیت دینی، مصرف و سوء مصرف مواد بیشتری دارند (نریمانی، پور اسمعی، ۱۳۹۱). هم مذهب و هم معنویت در گرایش به اعتیاد نقش دارند و همان طور که گفته شد به عقیده کینگ هوش معنوی میانجی تأثیرات معنویت و ترکیبی از معنویت و هوش است. به طور مثال هوش معنوی به ما اجازه می دهد که تا آنجایی که ممکن است موقعیت را تغییر و یا بهتر کرد و در واقع به ما اجازه می دهد که ما موقعیتی را اداره کنیم (کینگ^{۹۲}، ۲۰۰۸؛ به نقل از نریمانی، پور اسمعی، ۱۳۹۱).

منظور از سازگاری، رابطه ای است که میان فرد و محیط او، به ویژه محیط اجتماعی وجود دارد و به او امکان می دهد تا نیازها و انگیزه های خود را پاسخ گوید. فرد زمانی از سازگاری بهره مند است که بتواند میان خود و محیط اجتماعی اش رابطه ای سالم برقرار و انگیزه های خود را ارضا کند، در غیر این صورت او را ناسازگار قلمداد می کنیم. در واقع سازگاری با محیط، مهارتی است که باید آموخته شود و کیفیت آن مانند سایر آموخته ها به میزان علاقه و کوشش فرد برای یادگیری بستگی دارد. (اتکینسون، اتکینسون و هیلگارد^{۹۳}، ۲۰۰۳، به نقل از رفیعی، ۱۳۸۹). فرد خوب سازگار

89 . Siegle. LJ

90 .Senna. JJ

91 .Miller, Davis and Grynvald

92 . KiNG. DB

93 .Atkinson and Hilgard

94 Chapin

95 Green wood

جامعه، نمونه، روش نمونه گیری پژوهش

جامعه مورد پژوهش در این مطالعه عبارت است از مردان سوء مصرف کننده مواد (معتاد) ساکن شهر صفادشت که در اردیبهشت ماه ۱۳۹۶ به مراکز بازتوانی و ترک اعتیاد مراجعه کردند، و افراد عادی که از میان آشنایان، دوستان و وابستگان به این مراکز انتخاب شدند.

نمونه: از نظر دلور (۱۳۸۵) پژوهش های علی-مقایسه ای در دو گروه ۳۰ نفر است ولی بخاطر امکان ریزش، در این پژوهش حجم نمونه ۱۰۰ نفر می باشد که ۵۰ نفر از آنها را مردان سوء مصرف مواد و ۵۰ نفر افراد عادی تشکیل می دهد، ۵۰ نفر از معتادان تحت درمان سرپایی در مراکز ترک اعتیاد در صفادشت که حاضر به همکاری بودند، با روش نمونه گیری در دسترس که به صورت خود معرف پرونده تشکیل داده بودند انتخاب شدند. لازم به ذکر است که این ۵۰ نفر بعد از انتخاب و کسب رضایت و انجام مصاحبه به عنوان افراد در حال مصرف انتخاب شده اند. در نهایت، برای انتخاب گروه غیر معتاد از بین افرادی که سابقه سوء مصرف نداشتند ۵۰ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. این دو گروه از نظر جنس، سن، تحصیلات و وضعیت تاهل در یک گروه همتا قرار گرفتند.

ملاحظات اخلاقی

- چون پژوهش در محیط مراکز بازتوانی و ترک اعتیاد انجام می شود، سعی شد با شرایط کاری و زمان بندی پرسنل و افراد مراجعه کننده، تداخل پیدا نکند. آزمودنی ها آزاد بودند نام و مشخصات خود را یادداشت نموده و یا از نوشتن خودداری نمایند. تفسیر نتایج نیز به صورت کاملاً خصوصی صورت گرفت و از ذکر نام آزمودنی ها بهر دلیلی خودداری گردید ولی در پایان کار می توان نتایج را به صورت خصوصی در صورت تمایل گروه نمونه در اختیار آنها قرار داد.

ابزار پژوهش**۱- پرسشنامه تاب آوری**

این پرسشنامه را کونور و دیدیسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی های روان سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مرجعه کنندگان به بخش مراقبت های اولیه، بیماران سرپایی روان پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر، و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به

خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیر تاب آور در گروه های بالینی و غیر بالینی بوده، و می تواند در موقعیت های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسشنامه تاب آوری کونور و دیدیسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می شود. **نمره گذاری:** نمره گذاری گزینه ها در مقیاس تاب آوری کونور - دیدیسون بدین شرح است: کاملاً نادرست: ۰؛ به ندرت: ۱؛ گاهی درست: ۲؛ اغلب درست: ۳؛ همیشه درست: ۴؛ بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب آوری بیشتر آزمودنی است. **اعتبار خارجی:** کونور و دیدیسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش باز آزمایی در یک فاصله ۴ هفته ای ۰/۸۷ بوده است. **اعتبار ایرانی:** این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کونور و دیدیسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است. **روایی خارجی:** نمرات مقیاس تاب آوری کونور و دیدیسون با نمرات سرسختی کویاسا همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب پذیری نسبت به استرس شیهان همبستگی منفی معناداری داشتند، که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است (دیدیسون، ۲۰۰۳). **روایی ایرانی:** برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر عبارت با نمره کل محاسبه و سپس از روش تحلیل عامل بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز عبارت ۳، ضریب های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس عبارات مقیاس به روش مولفه های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی عبارت، دو شاخص KMO برابر ۰/۸۷ و مقدار خی دو در آزمون کرویلت بارتلت برابر ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل را نشان دادند (محمدی، ۱۳۸۶).

۲- پرسشنامه تجارب معنوی

این پرسشنامه اولین بار توسط اندروود و ترسی (۲۰۰۲) برای تهیه یک ابزار چند بعدی از معنویت ساخته شد تا بتواند به طور مؤثری در مطالعات سلامت که حیطه های متفاوتی از مذهب و معنویت را مورد بررسی قرار می دهند، مورد استفاده واقع شود. این پرسشنامه در تحقیقاتی که در هاروارد و سایر مراکز صورت گرفته به کار رفته است تا تأثیر دیدگاه مذهبی و معنوی را در افراد ارزیابی کند (Kass J. QUIZ)). در این پرسشنامه سه سری خودآزمایی در مورد ارتباط

معنویت و سلامت مورد استفاده قرار گرفته است: بخش اول تجربه معنوی؛ بخش دوم از احساس فرد از رفاه و بهبود کیفیت زندگی سؤال می شود؛ بخش سوم بار استرس و واکنش فرد را نسبت به وقایع می سنجد. در این پرسشنامه پاسخ به سؤالات به روش لیکرت درجه بندی شده است. برای تجزیه و تحلیل پاسخ ها در چارچوب سه بخش فوق پاسخ به سؤالات طبقه بندی شده است. بدین ترتیب که میانگین پاسخ به سؤالات ۱ تا ۶ روی هم رفته به عنوان شاخص معنوی و مذهبی و میانگین پاسخ های ۷ تا ۱۸ به عنوان درجه مذهبی بودن میانگین سؤالات ۱۹ تا ۵۰ درجه بندی رفاه و بهبود کیفیت زندگی تعریف شده است. میانگین سؤالات ۵۱ تا ۵۳ درجه بندی استرس و واکنش در برابر آن میانگین پاسخ به سؤالات ۵۴ تا ۵۸ علاقه به درمان توسط پزشک مذهبی معنوی و بالاخره میانگین پاسخ به سؤالات ۵۹ تا ۶۴ به عنوان اعتقاد به تأثیرگذاری معنویت در درمان تعریف شده است (حسنی المدنی و همکاران، ۱۳۹۲). اعتبار و روایی پرسشنامه: آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر است با ۰/۷۸ است و نتیجه بازآزمایی مقیاس حاضر ۰/۸ است. نتیجه باز آزمایی نشان داد که در فاصله دو تا سه هفته ۰/۹۶ بود. مطالعه تنیگان و همکاران^{۹۶} (۲۰۰۲) که به بررسی سوء مصرف کنندگان مواد می پرداخت نشان دهنده ضریب همبستگی ۰/۸۵ برای باز آزمایی و آلفای کرونباخ ۰/۸۶ برای اجرای نخست و ۰/۹۰ برای اجرای دوم مقیاس است.

۳- پرسشنامه سازگاری بل

بل در زمینه سازگاری، تلاش های گسترده ای را انجام داده و از جمله افراد سرشناسی است که در این رابطه کارهای تحقیقی زیادی را به انجام رسانده و مقالات متعددی را به رشته تحریر درآورده است، که از جمله آنها اعتباریابی بعضی از ابزارهای اندازه گیری است که در سال ۱۹۴۵ او به همراه همکارش آلتوس نوشته شده است. در پژوهش یاد شده از فرم بزرگسالان استفاده شده است. این فرم پنج سطح اندازه گیری جداگانه سازگاری شخصی و اجتماعی را در بر می گیرد. که عبارتند از: الف- سازگاری در خانه: نمرات سطح بالای افراد در این سطح، نشانگر عدم سازگاری مطلوب با محیط خانه است و نمرات پایین از سازگاری مطلوب در خانه حکایت دارد. ب- سازگاری تندرستی: نمرات بالا در این سطح از سازگاری نامطلوب سلامتی سخن می گوید و نمرات پایین معرف سازگاری رضایت بخش است. ج- سازگاری اجتماعی: نمره بالا نشانگر دوری و کناره گیری از تماس ها اجتماعی و تسلیم در برابر آن معرفی می شوند و افرادی که نمره کم احراز کرده اند،

96. Teneagan et all

در تماس های اجتماعی حالت پرخاشگری دارند. د- سازگاری عاطفی: افراد با نمره بالا از نظر عاطفی بی ثباتی نشان می دهند و اشخاص با نمره کم از ثبات عاطفی برخوردارند. ه- سازگاری شغلی: افرادی که موفق به دریافت نمرات کم شوند، از مشاغل خود رضایت دارند و آنها که نمرات بالا به دست آورده اند از مشاغل خود ناراضی اند (بل، ۱۹۶۱). قابل ذکر است که در این پژوهش از سه سازگاری در خانه، سازگاری تندرستی، سازگاری عاطفی استفاده شده است. اعتبار و روایی پرسشنامه: اعتبار هر یک از پنج قسمت پرسشنامه و کل نمرات آن در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

این ضرایب به وسیله روش همبستگی موارد فرد - زوج و استفاده از فرمول پیشگویی اسپیرمن - براون تعیین شده است. آزمودنی ها عبارت بودند از زنان و مردان شاغل در محدوده سنی بین ۲۳ تا ۲۸ سال. روایی پرسشنامه از دو راه به دست آمده است. نخست، عبارات هر یک از بخش های پرسشنامه، در محدوده ای انتخاب شدند که اختلاف آنها، بین پنجاه درصد بالایی و پایینی در توزیع نمرات بزرگسالان مشهود باشد. بنابراین در این فرم پرسشنامه، تنها مواردی آورده شده اند که تمایز صریح این دو گروه کاملاً متفاوت را نشان می دهد. دوم این که، پرسشنامه در نتیجه تلاش های متخصصین مشاوره با بزرگسالان، مبنی بر انتخاب گروه هایی از افراد، به دست آمده است که در محدوده بسیار خوب و بسیار ضعیف سازگاری، سازگاری داشته اند و همچنین تعیین حدودی که پرسشنامه می تواند در بین آنها تمایز ایجاد کند.

جدول شماره ۱

اعتبار	سازگاری	اعتبار	سازگاری
۰/۹۱	عاطفی	۰/۹۱	در خانه
۰/۸۵	شغلی	۰/۸۱	تندرستی
۰/۹۴	مجموع نمرات	۰/۸۸	اجتماعی

روش اجرای پژوهش

برای نیل به هدف پژوهش، پرسشنامه های تاب آوری، تجارب معنوی و سازگاری اجتماعی اجرا شد. کلیه مردان سوء مصرف کننده مواد (معتاد) و مردان عادی صفادشت بعنوان جامعه آماری تعیین و از روش نمونه گیری در دسترس ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر مردان معتاد، ۵۰ نفر مردان عادی) بعنوان حجم نمونه انتخاب شدند. برای جمع آوری اطلاعات به اجرای پرسشنامه ها پرداخته و قبل از پاسخ گویی به سوالات برای آزمودنی ها توضیح داده شد که پاسخ ها کاملاً محرمانه است. و پس از جمع آوری پرسشنامه در صورت تمایل آزمودنی ها نتایج در اختیار آنها قرار داده خواهد شد. بعد از نمره گذاری، کد گذاری و محاسبه نمرات پرسشنامه ها از نرم افزار spss برای استخراج داده ها و تجزیه و تحلیل آماری استفاده شد.

یافته ها

به منظور شناخت بهتر ماهیت گروهی که در این پژوهش مورد مطالعه قرار گرفته و آشنایی بیشتر با متغیرهای این پژوهش، قبل از آنکه داده های تجربی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار بگیرد لازم است این داده ها توصیف شوند. در پژوهش حاضر ۱۰۰ نفر از مردان، (۵۰ نفر افراد وابسته به مواد مخدر)، (۵۰ نفر افراد به هنجار) با هدف مقایسه تجارب معنوی، تاب آوری و امید به زندگی مورد بررسی قرار گرفته اند که نتایج به صورت جداول زیر ارائه می گردد.

جدول ۱-۴: توزیع فراوانی و درصد گروه نمونه به تفکیک گروه

گروه	فراوانی	درصد
افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد	۵۰	۵۰٪
افراد به هنجار	۵۰	۵۰٪
کل	۱۰۰	۱۰۰٪

همانطور که از جدول ۱-۴ مشاهده می شود از کل ۱۰۰ آزمودنی در این پژوهش، ۵۰ نفر (۵۰ درصد) مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد و ۵۰ نفر مردان به هنجار (۵۰ درصد) تشکیل داده اند. که هر دو گروه تعداد برابری را در این پژوهش دارند. نمودار ۱-۴ نیز گویای این مطلب است.

ابتدا به منظور بررسی فرض اصلی پژوهش یعنی مقایسه تجارب معنوی، تاب آوری و سازگاری اجتماعی در بین افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد مخدر و افراد به هنجار از روش تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. قبل از انجام این تحلیل، به بررسی مفروضه های این آزمون پرداختیم.

جدول: آزمون لوین همسانی واریانس خطاها

شاخص	F	DF1	DF2	P
تجارب معنوی	۰/۱۶	۱	۸۴	۰/۶۸
تاب آوری	۱/۴۳	۱	۸۴	۰/۲۳
سازگاری اجتماعی	۱/۵	۱	۸۴	۰/۱۵

*P<0.05

در بررسی فرض همگنی ماتریسهای واریانس - کوواریانس، با توجه به معنادار نبودن این آزمون و بالا بودن P محاسبه شده برای تجارب معنوی و تاب آوری و سازگاری اجتماعی از ۰/۰۵ می توان نتیجه گرفت که داده ها فرض همگنی ماتریسهای واریانس - کوواریانس را زیر سوال نبرده اند و از طرفی معناداری آزمون لوین جهت برابری واریانس ها برای هر سه متغیر یکسان ارزیابی می شود و دلیلی بر ناهمگنی واریانس ها وجود ندارد، لذا میتوان از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شود.

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) جهت مقایسه تجارب معنوی، تاب آوری و سازگاری اجتماعی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد مخدر و افراد به هنجار، در جداول ذیل نشان داده شده است.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه تجارب معنوی ، تاب آوری و سازگاری اجتماعی در دو گروه از افراد

شاخص های چند متغیری	Value	F	Df	Erorr df	sig
اثر پیلایی	۰/۱۱	۳/۴۵a	۳	۸۲	۰/۰۲
لامبدای ویلکز	۰/۸۸	۳/۴۵a	۳	۸۲	۰/۰۲
اثر هوتلینگ	۰/۱۲	۳/۴۵a	۳	۸۲	۰/۰۲
بزرگترین ریشه ی روی	۰/۱۲	۳/۴۵a	۳	۸۲	۰/۰۲

با توجه به نتایج جدول ملاحظه می گردد که مقدار لامبدای ویلکز و سطح معناداری مربوط به آن کمتر از ۰/۰۱ است ، بنابراین میتوان نتیجه گرفت که تفاوتی بین گروهها وجود دارد

جدول خلاصه تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه تجارب معنوی ، امید به زندگی و تاب آوری در دو گروه (df=1)

منابع تغییر	Ss	Df	Ms	f	sig
بین گروهی تجارب معنوی	۰/۱۲	۱	۰/۱۲	۰/۰۰	۰/۹۹
بین گروهی تاب آوری	۱۳۱۲/۷۴	۱	۱۳۱۲/۷۴	۵/۵۴	**۰/۰۲
بین گروهی سازگاری اجتماعی	۵۹۶۱/۱۱	۱	۵۹۶۱/۱۱	۶/۰۳	**۰/۰۱
خطای تجارب معنوی	۱۴۰۰۹/۲۰	۸۴	۱۶۶/۷۷		
خطای تاب آوری	۱۹۸۷۶/۱۴	۸۴	۲۳۶/۶۲		
خطای سازگاری اجتماعی	۸۲۹۷۱/۷۶	۸۴	۹۸۷/۷۵		
کل تجارب معنوی	۲۵۲۵۱۹	۸۶			
کل تاب آوری	۵۵۳۵۰۰	۸۶			
کل سازگاری اجتماعی	۲۶۵۳۱۴۸	۸۶			

با توجه به جدول نتایج تحلیل واریانس چند متغیره بین گروهی یک طرفه برای بررسی تفاوت های دو گروه افراد مبتلا به مصرف مواد مخدر و افراد به هنجار در تجارب معنوی ، تاب آوری و سازگاری اجتماعی انجام شد. ۳ متغیر وابسته به کار رفت : تجارب معنوی ، تاب آوری ، سازگاری اجتماعی ، متغیر مستقل : دو گروه افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد مخدر و افراد به هنجار بود. آزمون مفروضه اول برای بررسی بهنجاری ، خطی بودن ، پرت های تک متغیره و چند متغیره ، همگنی ماتریس های واریانس - کوواریانس و هم خطی چند متغیره انجام شد و هیچ نوع تخطی جدی مشاهده نشد. تفاوت معناداری بین دو گروه از افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد مخدر و افراد به هنجار از لحاظ متغیرهای وابسته ترکیب شده وجود داشت . $wikls\ Lambdsda = 0/11$ و $p = 0/02$ و $f(3,82)=3/45$. وقتی نتایج متغیر های

وابسته به طور جداگانه در نظر گرفته شد، تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۵ در متغیرهای وابسته تاب آوری و سازگاری اجتماعی وجود داشت، اما در متغیر تجارب معنوی تفاوتی وجود نداشت.

جدول نتایج آزمون T برای مقایسه دو گروه (افراد معتاد و افراد به هنجار) در تجارب معنوی

مقیاس	افراد معتاد		غیر معتاد			df	t	sig
	M	SD	M	SD	M			
تجارب معنوی	۵۱/۵۱	۱۳/۷۸	۵۲/۵۹	۱۲/۶۴	۹۴	۰/۴	۰/۶۹	

با توجه به جدول آزمون T نمونه های مستقل برای مقایسه نمرات تجارب معنوی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد به هنجار انجام شد. و با توجه به برقراری مفروضه همسانی واریانس ها برای متغیر تجارب معنوی، t محاسبه شده در شرایط همگنی واریانس ها از لحاظ آماری معنادار نیست. به عبارتی بین دو گروه (مردان معتاد و عادی) از لحاظ تجارب معنوی تفاوتی وجود ندارد هر دو گروه از میانگین برابری برخوردار هستند.

جدول نتایج آزمون T برای مقایسه دو گروه (افراد معتاد و افراد به هنجار) در متغیر تاب آوری

مقیاس	افراد معتاد		افراد غیر معتاد			df	t	sig
	M	SD	M	SD	M			
تاب آوری	۷۵/۱۵	۱۶/۷۵	۸۲/۴۴	۱۳/۳۵	۹۰	۲/۳۱	۰/۰۲	

با توجه به جدول آزمون T نمونه های مستقل برای مقایسه نمرات تاب آوری افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد به هنجار انجام شد. و با توجه به برقراری مفروضه همسانی واریانس ها برای متغیر تاب آوری، t محاسبه شده در شرایط همگنی واریانس ها از لحاظ آماری معنادار است. به عبارتی بین دو گروه (مردان معتاد و عادی) از لحاظ تاب آوری تفاوتی معناداری وجود دارد، با توجه به میانگین ها مشاهده می شود که مردان معتاد از تاب آوری کمتری نسبت به مردان عادی برخوردار هستند.

جدول نتایج آزمون T برای مقایسه دو گروه (افراد معتاد و افراد به هنجار) در متغیر سازگاری اجتماعی

مقیاس	افراد معتاد		افراد به هنجار			df	t	sig
	M	SD	M	SD	M			
سازگاری اجتماعی	۱۶۴/۷۶	۳۷/۵۹	۱۷۹/۳۴	۲۴/۵۳	۹۱	۲/۲۰	۰/۰۳	

با توجه به جدول آزمون T نمونه های مستقل برای مقایسه نمرات سازگاری اجتماعی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد به هنجار انجام شد. و با توجه به برقراری مفروضه همسانی واریانس ها برای متغیر سازگاری اجتماعی، t محاسبه شده در شرایط همگنی واریانس ها از لحاظ آماری معنادار است. به عبارتی بین دو گروه (افراد معتاد و عادی) از لحاظ سازگاری اجتماعی تفاوتی معناداری وجود دارد، با توجه به میانگین ها مشاهده می شود که مردان معتاد از سازگاری اجتماعی کمتری نسبت به مردان عادی برخوردار هستند.

بحث و نتیجه گیری

میرفت که بین دو گروه از لحاظ تجارب معنوی تفاوت وجود داشته باشد اما این گونه نشد و پژوهشی که با این فرض همسو باشد یافت نشد. کریمی، بهرامی (۱۳۹۰)؛ (۱۳۹۱) در تحقیقی که انجام دادند وجود تفاوت بین صفات شخصیتی، تاب آوری و معنویت در افراد معتاد و غیرمعتاد را نشان داده اند؛ اما میزان اهمیت این متغیرها در پیشبینی مصرف مواد و عضویت در گروه معتاد و غیرمعتاد نامشخص است. نتیجه این پژوهش نشان داد که عضویت در گروه های معتاد و غیر معتاد را می توان از طریق مؤلفه های شخصیتی، معنویت و تاب آوری پیش بینی کرد. نمرات بالاتر در معنویت و مسئولیت پذیری، احتمال عضویت فرد در گروه غیرمعتاد را افزایش می دهد. محمدی و همکاران در سال (۱۳۹۳) نشان دادند افرادی که احتمال سوء مصرف در آن ها بالا بوده میزان تاب آوری در آنان پایین بوده است. که این یافته با یافته پژوهش حاضر همسو می باشد. همچنین تاب آوری با ویژگی های دیگر روانشناختی از جمله همدلی، شادمانی و سازگاری و شیوه های مقابله ای موثر با تنهایی همراه است. (مصطفایی، ۱۳۹۴). در تبیین این یافته می توان گفت خدا و دین و معنویت از عوامل کلیدی در پیش گیری و درمان سوء مصرف مواد مخدر است. زیرا مذهب نقش بسیار قوی در خود کنترلی دارد و می تواند بر سلامت فرد و رفتار اجتماعی مناسب تأثیر گذار باشد (مک کالو، ۲۰۱۴). مطالعات نیز نشان می دهد که نیازهای معنوی با سلامت جسمانی ارتباط متقابل داشته و روند بهبود بیماران را تسریع می نماید. معتادانی که برنامه های درمانی را به مدت طولانی ادامه می دهند سطوح بالاتری از معنویت را نشان می دهند، نتایج نشان می دهد افرادی که نسبت به درمان اقدام نموده اند در دوران نقاهت اعتقادات مذهبی قوی تری نسبت به قبل دارند و با حمایت اجتماعی و ارتقاء سطح ایمان و مذهب سطح استرس و اضطراب آنها پایین می آید (پارینی، ۲۰۱۶). نتایج مربوط به تاب آوری نشان می دهد از نظر سطح تاب آوری بین افراد غیر معتاد و افراد معتاد تفاوت معناداری مشاهده می شود. بدین معنی که از نظر سطح تاب آوری افراد غیر معتاد به طور معنی داری در سطح بالاتری از گروه معتادان قرار دارند. افرادی کم تاب آورترند در شرایط سخت به میزان کمتری به اختلالات دچار می شوند و یا در صورت مواجهه با موقعیت های دشوار و استرس زا سریع تر به حالت اولیه برمیگردند و از انعطاف پذیری بیشتری برخوردارند، این افراد کمتر مستعد مصرف یا سوء مصرف مواد هستند. این یافته با یافته های باکزر و همکاران (۲۰۰۳)، کومو و همکاران (۲۰۰۸)، فردریکسون (۲۰۰۸) و دونانو و همکاران (۲۰۰۷)

به منظور مقایسه تجارب معنوی، تاب آوری و سازگاری اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد و افراد به هنجار از آزمون واریانس چند متغیره استفاده شد. نتایجی که از داده های حاصل از ۱۰۰ آزمودنی به دست آمد نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه از افراد معتاد و افراد به هنجار از لحاظ متغیرهای وابسته ترکیب شده (تاب آوری، سازگاری اجتماعی) وجود داشت. طبق دیدگاه وجودی در روان شناسی، افرادی بهتر می توانند با موقعیت ها کنار آیند که به دنبال یافتن معنی در زندگی بوده و از هر موقعیتی معنا را استنباط کنند. تسه و همکاران (۲۰۱۱) معتقدند که معنویت به زندگی افراد معنا می بخشد و یک منبع مقابله ای در شرایط سخت زندگی برای آنها فراهم می آورد (هاشمی، ۱۳۹۳). امروزه اعتیاد یک بیماری زیستی - روانی - اجتماعی قلمداد می شود و عوامل متعددی در گرایش به سوء مصرف مواد مخدر موثر است. این عوامل در تعامل با یکدیگر منجر به سوء مصرف و سپس وابستگی به مواد می شوند، زیرا در صورت تنیده ای در پیدایش اعتیاد موثرند. پژوهش های اخیر، بر عوامل خطر ساز و سبب شناسی چند گانه اعتیاد متمرکز شده است. و گرچه بر عوامل اجتماعی در گرایش به مواد مخدر، تأکید بسیار می شود اما سوء مصرف این مواد می تواند با فرا آیندهای زیستی و روان شناختی نیز ارتباط جدی داشته باشد (سرگلزی، بلالی و آزاد، ۲۰۱۲). سازگاری به هماهنگی بین فرد و محیط اشاره دارد که البته میزان این هماهنگی به توانایی های بالقوه فرد اشاره و خصوصیات محیط بستگی دارد. یک شخص زمانی از سازگاری برخوردار است که به گونه ای مناسب و منطقی با محیط در تماس باشد، به طوری که نسبتاً شاد و کار آمد زندگی کند و تا اندازه ای دارای احساس اجتماعی باشد. از نگاه دیگر، سازگاری یک اصطلاح فراگیر و کلی است، که شامل رابطه فرد و محیط می شود و از طریق آن نیازهای مطابق با انتظارات اجتماعی برآورده می شوند. فرآیند سازگاری دارای یک زنجیره توالی همگانی است که از گونه های جانوران ساده تا پیچیده دیده می شود (نادری، ۱۳۸۸).

نتایجی که از داده های حاصل از ۱۰۰ آزمودنی بدست آمد نشان می دهد که بین تجارب معنوی در دو گروه از مردان (معتاد - غیر معتاد) تفاوت معناداری وجود ندارد. افراد غیر معتاد و معتاد دارای نمرات یکسانی هستند. در تبیین این یافته باید گفت گرچه انتظار

از گرایش به سمت مصرف مواد جلوگیری کنند. این یافته می توان گفت دینداری از طریق مکانیسم های متعددی می تواند موجب افزایش تاب آوری شود ، افراد دیندار با پیروی از دستورات و آموزه های دینی ، زندگی جهت دار و هدفمندی را در پیش گرفته (محمدی و دادخواه ، ۱۳۸۰ به نقل از بردستانی ، ۱۳۸۱) و در مواجهه با مشکلات و ناکامی ها ، منبع معنوی نیرومندی را در اختیار دارند که تحمل مشکلات را برای آنها آسان کرده و مانع از کجروی و انحراف از هنجارهای اجتماعی شده

و زندگی آینده وی لطمه می زند . اعتیاد نیز می تواند نوعی بیماری یا آسیب دیدگی شمرده شود که امید و سازگاری اجتماعی فرد را تهدید کرده و آینده فرد را تحت تاثیر قرار می دهد . از این رو پژوهش ها نشان می دهند ؛ علی رغم تغییر الگوی ذهنی ، در مردم در سطوح عالی و خاص نسبت به معتادان و مصرف کنندگان مواد مخدر ، اعتماد چندانی ندارند(کرمی و اعتمادی فرد ، ۱۳۸۹). در تبیین این یافته می توان گفت با توجه به اینکه یک فرد معتاد در جامعه ، پایین تر بودن میزان سازگاری اجتماعی در وی به دور از ذهن نیست. بنابراین باید برای افزایش امید به زندگی و سازگاری اجتماعی شرایط زندگی وی را تغییر داد، اما فرد معتادی که قصد تغییر وضعیت زندگی خود را دارد تا سازگاری و امید به زندگی افزایش یابد، دقیقا به علت همین پایین بودن سازگاری اجتماعی با مشکل روبه رو می شود. تاثیر معنادرمانی در بهبود افرادی که در حال گذراندن دوره های سختی از زندگی خود هستند ، ثابت شده است و محققان بسیاری در پژوهش های خود از این روش درمان بهره برده اند. این درمان برای دوره های متفاوت زندگی از جمله دوره سخت افسردگی در افراد سالمند مقیم آسایشگاه (نقی پور و رسولی ، ۱۳۸۷)، شرایط خاص افراد الکلی و بیماران سرطانی به کار رفته و برای ارتقای کیفیت زندگی این افراد مفید بوده است. میتوانیم نتیجه بگیریم که سلامت روانی افراد معتاد با سلامت روانی افراد غیر معتاد تفاوت دارد. هنگامی که دارو به بدن فرد معتاد نمی رسد یا به اصطلاح فرد معتاد دچار محرومیت میشود . علاوه بر نشانه های جسمانی ، علائم عدم تعادل روانی از خود نشان می دهد. شاید ویژگی بارز این حالت پرخاشگری ، تکانشگری و روابط بین فردی مختل او باشد. اضطراب و افسردگی نیز جزء پیامد های اصلی شناخته شده اعتیاد یا وابستگی دارویی هستند و خود زنجیره ای از اختلالات دیگر را بوجود می آورند. با توجه به این مطلب میتوان گفت که اصولا وابستگی روانی مقدم بر

همخوان است. این یافته ها با پژوهش های گلدشتاین و همکاران ۲۰۱۵ ، مومنی و همکاران ۱۳۹۲ و خسرو شاهی و خانجانی ، ۱۳۹۲ همسو می باشد. نان نیز نشان دادند افراد وابسته به مواد دارای تاب آوری پایین هستند و در برخورد با عوامل تنش زا دچار مشکل می شوند. بر این اساس می توان بحث نمود که چرا افراد وابسته به مواد تاب آوری پایین تری نسبت به افراد عادی دارند. در تبیین این یافته ها می توان گفت، پژوهش های اخیر در مورد تاب آوری عواملی مختلفی را نشان می دهد که از افراد در مقابل تاثیرات منفی موقعیت های زندگی محافظت می کند که این محافظت ها می توانند افراد را

و به سازگاری آن ها کمک می کند (به نقل از سرچ زاده و همکاران ، ۱۳۸۷) آن ها برای رفتار و اعمال خود معیارهای واضح و روشنی در اختیار دارند که عمل به آن موجب رضایت از زندگی و افزایش اعتماد به نفس و عزت نفس می گردد که خود از عناصر مهم و تاثیر گذار بر تاب آوری هستند بهرامی احسان ، ۱۳۸۱). بنابراین ، دینداری از یک طرف موجب می شود رفتار فرد تایید اجتماعی را در پی داشته باشد و از طرف دیگر موجب افزایش منابع روان شناختی نظیر عزت نفس ، رضایت از خود اعتمادی شود (لین و همکاران ، ۱۹۹۹ به نقل از موسیک و همکاران ، ۲۰۰۳). علاوه بر این توکل به خداوند و واگذاری نتایج امور به او ، موجب کاهش اضطراب ، ترس و سایر عواطف منفی شده و سازگاری روانشناختی فرد را افزایش می دهد و باعث می شود تا او از شیوه های مناسب تری برای مواجهه با مشکلات و مسائل استفاده کند. بنابراین ، وجود رابطه بین دینداری و تاب آوری منطقی به نظر می رسد و میتواند ناشی از تاثیر دینداری در ارتقا تاب آوری باشد. (جمشیدی ، ۱۳۹۲). نتایج مربوط به سازگاری اجتماعی نشان می دهد از نظر سطح سازگاری اجتماعی بین افراد غیر معتاد و افراد معتاد تفاوت معناداری مشاهده می شود . بدین معنی که از نظر سطح سازگاری اجتماعی افراد غیر معتاد به طور معنی داری در سطح بالاتری از گروه معتادان قرار دارند پژوهش ها در زمینه سازگاری و تفاوت آن در دو گروه از مردان معتاد و عادی بسیار محدود و ناقص است. شاید بتوان عنوان کرد که تاکنون پژوهشی به طور مستقیم این مفهوم را در دو گروه بررسی نکرده است. همیشه افرادی در جامعه وجود دارند که سازگاری اجتماعی در آنان پایین تر از سایرین است. زندگی توام با بیماری یا آسیب دیدگی شدید ، غیر قابل پیش بینی و نامطلوب است این نوع زندگی پر از خطرهایی است که متوجه خود انگاره شخص است و همچنین به عزت نفس ، احساس آزادی ، فعالیت های روزمره ، راحتی جسمی

انجام دهند. به درمانگران حیطة اعتیاد نیز پیشنهاد می‌شود به تقویت ایمان و باورهای مذهبی در درمانجویان توجه نمایند توانایی‌های کنترل و تنظیم هیجان‌ات و تجارب معنوی و تاب آوری می‌تواند به عنوان یک سپر دفاعی در برابر اعتیاد مطرح باشد و می‌تواند با پرورش چنین ویژگی‌هایی در رهایی افراد معتاد از اعتیادشان مدد رساند. بنابراین، بر اساس یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که روان‌درمان‌گراها، متخصصان ترک اعتیاد و نهادهای مسئول می‌توانند با تقویت توانایی‌های هیجانی و معنوی، به کاهش وابستگی به مواد و افزایش ترک مواد، کمک کنند. کارشناسان بهداشت به ویژه کارشناسانی که با مشکل اعتیاد سرو کار دارند، لازم است بر نقش معنویت و سازگاری و پرورش و ارتقای تاب آوری توجه داشته باشند. معنادرمانی می‌تواند موجب افزایش امید به زندگی و افزایش سازگاری افراد گوناگون در رویایی با شرایط دشوار شود. معنادرمانی که اعتیاد خود را ترک کرده‌اند. ممکن است به دلیل دیدگاه جامعه نسبت به آن‌ها و عوامل دیگر امید خود را از دست بدهند بنابراین پیشنهاد می‌شود برای بهبود شرایط ارفادی که در برابر چنین مشکلاتی قرار می‌گیرند از معنا درمانی استفاده شود.

در نهایت، می‌توان گفت که با توجه به بالا بودن شیوع میزان اعتیاد در جامعه، پیشنهاد می‌شود با ایجاد مراکز آموزشهای مهارت زندگی، گسترش مراکز مشاوره خانواده، ایجاد مراکز و کلاس‌های آموزشی، فرهنگی و هنری از گسترش این معضل جلوگیری کرد،

منابع

ابراهیمی، امرالله؛ و همکاران (۱۳۹۰). بررسی نقش تاریخچه و تجارب مذهبی - معنوی در پیش‌گیری از آسیب‌های رفتاری - اجتماعی

تأثیر اعتیاد بر جسم است (رجبی مقدم، ۱۳۹۱). ستوده ناورودی (۱۳۹۱) معتقد است باورهای مذهبی در تمام جنبه‌های زندگی روان‌شناختی بشر، تأثیرات به‌سزایی دارد و تقویت این باورها باعث افزایش امید به زندگی، سازگاری، کاهش خشم و اعتیاد می‌شود. یافته‌های پژوهش بر اهمیت باورهای مذهبی، سازگاری، خشم و تأثیر آن بر سلامت روانی افراد وابسته به مواد و عادی تأکید دارد. علاوه بر این به نظر می‌رسد یکی از عوامل عمده‌ای که سبب گرایش افراد به اعتیاد می‌شود مسئله استرس، فرار از استرس و پناه بردن به دامن اعتیاد می‌باشد. بطوریکه استرس می‌تواند عاملی برای گرایش افراد به سمت اعتیاد شود، بنابراین استرس تعادل روانی فرد را به هم می‌زند و باعث بروز اختلالات روانی می‌شود. پس احتمال اینکه افراد معتاد از نظر روانی از وضعیت بدتری برخوردار باشند به علت وجود استرس‌ها زیاد در زندگی آنها بیشتر است و از سطح تحمل کمتری نسبت به مسائل خود برخوردارند

به طور کلی بر پایه یافته‌های پژوهش حاضر که نشان می‌دهد افراد معتاد نسبت به افراد غیر معتاد از سلامت جسمانی و روانی کمتری برخوردارند به نظر می‌رسد آموزش شیوه‌های صحیح مقابله با تنیدگی و افزایش تاب آوری در برابر مسائل، به مردانی در سنینی که آمادگی ابتلا به این اختلال سوء مصرف مواد در آنان بیشتر است و در پیشگیری از بروز این قبیل بیماری‌ها که به علت استرس و تنیدگی بوجود می‌آیند موثر باشد. همچنین آموزش مردم آمیزی، مهارت‌های ارتباطی موثر و انعطاف‌پذیری و مهارت‌های لازم در مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی می‌تواند موثر بوده و می‌تواند در آینده آنها را در برابر تنیدگی ایمن سازد. برنامه ریزی صحیح جهت حمایت ویژه از افراد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد و فراهم کردن شرایط برای کاهش تنیدگی ادراک شده و متناسب نمودن وظایف محوله می‌تواند از ایجاد چنین اختلالی جلوگیری کند (کریمی، ۱۳۹۰). با توجه به نتایج این پژوهش، ملزم به ارتقاء توانمندی‌های افراد مبتلا به اختلال مواد مخدر برای ارائه تجارب معنوی هستیم. در این راستا، ضرورت آموزش مهارت‌های مراقبت‌های معنوی مورد توجه قرار می‌گیرد. با توجه به اینکه اعتقادات مذهبی می‌تواند در پیش‌گیری و درمان اعتیاد موثر باشد و به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آزمایشی و طولی در خصوص تدوین برنامه‌های درمانی مبتنی بر معنویت و دینداری

دختران جوان. سومین همایش مشاوره از دیدگاه اسلامی؛ جوان و آرامش روان. صص ۴۷-۵۱.

اتکینسون و همکاران. (۲۰۰۳). زمینه روانشناسی هیلگارد. ترجمه: رفیعی، حسن (۱۳۹۳). تهران: انتشارات ارجمند.

بهداری خسروشاهی، جعفر؛ هاشمی نصرت آباد، تورج؛ بیرامی، منصور (۱۳۸۹). رابطه سبک های دلبستگی و تاب آوری با گرایش به مصرف مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال چهارم، شماره چهاردهم، صص ۱۷-۳۰.

جوکار، بهرام. (۱۳۹۳). نقش واسطه ای تاب آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی. روان شناسی معاصر، (۱۳۸۶)، شماره دوم.

شعاری نژاد، علی اکبر (۱۳۹۰). نگاهی نو به روانشناسی آموختن یا روانشناسی تغییر رفتار. جلد اول. چاپ اول. تهران: چاپخش.

عزیزی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده؛ شمس، جمال (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، مجله پژوهشی حکیم، دوره سیزدهم، شماره اول، صص ۱۱-۱۸.

نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین سرسختی روانشناختی و تاب آوری با فرسودگی شغلی. فصلنامه فراسوی مدیریت، سال دوم شماره (۸)، صص ۹۲-۷۵.

References

Treatment and Recovery. Journal of Islamic, vol 59, No 1.

Blitstein JL, Murray DM, Lytle LA, Birnbaum AS, Perry CL. Predictors of violent behavior in an early adolescent cohort: Similarities and differences across genders. **Health Educ Behav** V 2005; 32(2): 175-94#

Carson. VB & Arnold. EN (۲۰۰۹). Mental health nursing. **The Nurse – Patient Journal Wb Sanders Company.**#

Fredrickson, BL., Tugade, M.M., Waugh, CE., & Larkin, GR. (2003). A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2002. **Journal of Personality and Social Psychology**, 84(2), 365-376.#

Bensaid, B & et al (2021). An Islamic Spiritual Alternative to Addiction

Fredrickson, BL., Tugade, M.M., Waugh, CE., & Larkin, GR. (2003). A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2002. **Journal of Personality and Social Psychology**, 84(2), 365-376.#

Garmezy, N, & Masten, A.S. (1991). The protective role of competence indicators in children at risk. In E.M. Cummings, A.L. Greene, & K.H. Karraker (Eds.), *Life-span developmental psychology: perspectives on stress and coping.*#

Jebraeili, H & et al (2019). Mediating role of resilience and tendency to addiction regarding the effect of gender on

substance use. *Journal of Research and Health*, vol3, No 3, Pages: 236- 245

McCullough. M. E and Willoughby. B. L . (۲۰۱۴). "Religion, Self-Regulation, and Self-Control: **Associations, Explanations , and Implications**". *Psychological Bulletin*, **135, 69 93#**

Mason M, Singleton A, Webber R. *The Internationaljournal of chikdren's spirituality* 2007; 12: 149-63. - Modern man in search of a soul. Juny,c.G. London: routledge and kegan paul. 1933.#

Pardini. D. A, Plante. T. G, Sherman . A, Stump. J .E. (۲۰۱۶). Religious faith and spirituality in substance abuserecovery. *Journal of Substance Abuse Treatment*,**19, 347-354**

#Rahimi C. **Personality traits and likelihood of opioids using**. The Fifth Seminar of College Student's Mental Health. Iran-Tehran. 2010.

#Salehi Fadardi, j., Azad, H., Nemati, A. (2010). The relationship between resilience, motivational structure, and substance use. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 5(2): 1956-1960.

#Siegle L, Senna J. **Juvenile delinquency: Theory, practice and law**. 6th. Ed. Paol Alto: West Publishing Company.1997

.#Trinidad, D. R., & Johnson, C. A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32, 95-105

Yang C, Zhou Y and Xia M (2020) How Resilience Promotes Mental Health of Patients With DSM-5 Substance Use Disorder? The Mediation Roles of Positive Affect, Self-Esteem, and Perceived Social Support. *Front. Psychiatry* 11:588968. doi: 10.3389/fpsy.2020.588968

#Zimmerman MA, Arunkumar R. Resiliency research: Implications for schools and policy (**Society for Research in Child Development Social Policy Report**), 1994.

Zhou,R & etal(2021). The Mediating Roles of Impulsiveness and Maladjustment in the Association of Psychological Resilience with Drug Addiction during Isolated Detoxification. *Substance Use & Misuse Journal*, Volume 56, Issue 10

پیش بینی گرایش به مصرف سیگار بر اساس سبک های دلبستگی و صمیمیت خانواده
فرزانه محمدی پیهانی^۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی پیش بینی گرایش به مصرف سیگار بر اساس سبک های دلبستگی و صمیمیت خانواده می باشد. روش تحقیق توصیفی- همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد تهران مرکزی در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ که حجم آنها طبق آخرین آمار در سال مذکور مجموعاً ۲۸۱ نفر می بود. بر اساس روش نمونه گیری تصادفی خوشه‌ای، ۱۶۲ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل سه پرسش-نامه سبک های دلبستگی، صمیمیت خانواده و گرایش به مصرف سیگار بود. برای تجزیه و تحلیل از روش های آماری توصیفی و آمار استنباطی (رگرسیون چند متغیره) استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که سبک های دلبستگی و صمیمیت خانواده توانایی پیش بینی اعتیاد به سیگار دانشجویان را دارد. نتایج همچنین نشان داد که ابعاد صمیمیت (دو بعد نزدیکی عاطفی در قالب مهر، از خود گذشتگی) توانایی پیش بینی گرایش به مصرف سیگار دانشجویان را دارد اما بعد رضایت توانایی پیش بینی گرایش به مصرف سیگار را ندارد. نتایج نیز نشان داد که دو بعد سبک های دلبستگی (اجتنابی و دوسوگرا) توانایی پیش بینی اعتیاد به سیگار دانشجویان را دارد اما بعد سبک دلبستگی ایمن توانایی پیش بینی گرایش به مصرف سیگار را ندارد.

کلید واژه: سیگار، سبک دلبستگی، صمیمیت خانواده

Prediction of tendency to smoke based on attachment styles and family intimacy

Farzaneh Mohamadi Peyhaneh

Abstract

The purpose of this study is to predict the tendency to smoke based on attachment styles and family intimacy.

The research method is descriptive-correlation. The statistical population of the study included all undergraduate and graduate students of the Faculty of Psychology and Educational Sciences of the Central Azad University of Tehran in the academic year of 1997-98, whose volume according to the latest statistics in that year was a total of 281 people. Based on cluster random sampling method, 162 people were selected as the sample. Data collection tools included three questionnaires: attachment styles, family intimacy and smoking tendency. Descriptive statistics and inferential statistics (multivariate regression) were used for analysis. Findings showed that family attachment styles and intimacy have the ability to predict students' smoking addiction. The results also showed that the dimensions of intimacy (two dimensions of emotional closeness in the form of love, self-sacrifice) have the ability to predict students' tendency to smoke, but the satisfaction

dimension does not have the ability to predict the tendency to smoke. The results also showed

that two dimensions of attachment styles (avoidant and ambivalent) have the ability to

predict students' smoking, but the dimension of safe attachment style does not have the ability to predict the tendency to smoke.

Key words: smoking, attachment styles, family intimacy

^۱ کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، دانشکده روانشناسی گروه روانشناسی، تهران، ایران

مقدمه

(۳۵۸ نفر) در حال حاضر از محصولات تنباکو استفاده نمی کنند. از کسانی که در حال حاضر از محصولات تنباکو استفاده می کنند ۵۴/۵ درصد (۹۰ درصد) مرد بودند، ۸۴/۸ درصد (۱۴۰ نفر) دانشجویان کارشناسی بودند و ۶۶/۷ درصد (۱۱۰ نفر) بین دوازده سال سن داشتند. برای افراد مبتلا به توتون و تنباکو ۲۳/۵٪ (۳۸ نفر) در گروه دل‌بستگی ایمن، ۲۷/۸٪ (۴۵ نفر) در گروه دل‌بستگی اجتناب ناپذیر بودند، ۳۰/۲٪ (۴۹ نفر) در گروه دل‌بستگی ترسناک و اجتناب ناپذیر بودند، و ۱۸/۵٪ ($n = 30$) در گروه دل‌بستگی مشغول بودند. تجزیه و تحلیل *Chi Square* نشان داد که سبک دل‌بستگی به طور معنی داری ($p < 0.01$) در بین مصرف کنندگان دخانیات متفاوت است و امکان پیشگیری از شروع سیگار از طریق ایجاد یک سبک دل‌بستگی ایمن وجود دارد. مرادزاده کر و قدرتی (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی «تحلیل تماتیک مصرف سیگار در بین دانشجویان» پرداختند. در نهایت به این نتایج رسیدند اصلی ترین عواملی که یک دانشجو را به عنوان الگوی رفتار صحیح به سمت سیگار سوق می دهد: ۱. ارتباط با افراد معتاد ۲. مشکلات خانوادگی ۳. شکست های بزرگ در زندگی و ۴. عدم آگاهی می باشد. شوهانی و شوهانی (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان «پیش بینی گرایش به سوء مصرف مواد بر اساس ویژگی های شخصیتی در نوجوانان سنین ۱۴-۱۲ سال ایرانی» نشان دادند که رتبه بندی ابعاد ویژگی های شخصیتی، در گرایش نوجوانان به اعتیاد به ترتیب اهمیت شامل متغیر روان نژندی، توافق-پذیری، تجربه پذیری، برونگرایی و وظیفه شناسی است. بین ویژگی های شخصیتی روان نژندی، برونگرایی، تجربه پذیری و توافق پذیری با گرایش به

امروزه مصرف سیگار یکی از چالش های سلامت جهانی و یکی از عوامل خطر مرگ هم در کشورهای پیشرفته و هم در کشورهای در حال توسعه به شمار می رود. مصرف سیگار در واقع نوعی وابستگی روحی و روانی در فرد ایجاد می کند که بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی عبارت است از بروز حالتی روانی و گهگاه جسمانی که در نتیجه اثرهای متقابل دارو و یا مواد مخدر و موجود زنده بر یکدیگر ایجاد می گردد و توسط واکنش های رفتاری و امثال آن مشخص می شود. سیگار یکی از مهمترین علل بروز بیماری های تنفسی قلبی، عروقی و سرطان ها است و شایعترین عامل قابل پیشگیری مرگ و میر در جهان می باشد (ترقی جاه، حمدیه و یعقوبی، ۱۳۸۹). کولینس (۲۰۰۹) در پژوهشی نشان داد که ۹۰ درصد دانشجویان دانشگاه های آمریکا که در ایام تحصیل سیگار مصرف می کردند، پس از فارغ التحصیلی نتوانسته اند آن را ترک کنند. اغلب فارغ التحصیلان بر خلاف آنچه اغلب دانشجویان می گویند، معتقدند و باور دارند که ترک سیگار پس از فارغ التحصیلی از دانشگاه سخت است.

پارکر^{۹۸} و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی به این نتایج دست یافتند که دشواری در بازشناسی هیان ها و نارسایی در برقراری رابطه عاطفی با دیگران منجر به سوء مصرف مواد در افراد می شوند. آگاهی از حالت های هیجانی به طور وسیع با الکلیسم از طریق تسهیل در اجتناب از مصرف آن مرتبط است. ویسه^{۹۹} و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی با عنوان «استفاده از تنباکو و سبک های دل‌بستگی» نشان دادند که ۶۸/۵٪

98. Parker

99. Wise

کند(براتی، رضایی و کریم زاده، ۱۳۹۷). از طرف دیگر دلبستگی یکی از برجسته ترین مفاهیم روان شناسی معاصر است. این مفهوم به فرایند شکل گیری و قطع شدن پیوندهای عاطفی اشاره دارد. بالبی با استفاده از دستاوردهای کردارشناسی نظریه‌های سبیرنتیک و اطلاعات، روانکاو، روان‌شناسی تجربی، نظریه‌های یادگیری، روان‌پزشکی و رشته‌های مرتبط پایه‌های نظری و سرفصل‌های اصلی نظریه دلبستگی را در مجموعه‌ی سه جلدی معروف خود «دلبستگی و فقدان» (۱۹۷۹، ۱۹۸۰، و ۱۹۸۲) ارایه نمود. مفهوم محوری و اصلی این نظریه به توضیح و تشریح این نکته می‌پردازد که چگونه فرد از نظر هیجانی، نسبت به شخصی که وظیفه‌ی مراقبت و نگهداری از وی را بر عهده دارد، دل بسته می‌شود و نیز چگونه هنگامی که از این شخص جدا می‌شود دچار تنش می‌شود. این نظریه، تاثیرات گسترده و عمیقی روی مطالعات تحول افراد بر جای گذاشته و کاربردهای فراوانی در زمینه‌های مختلف روانشناسی و روان پزشکی داشته است (میرهاشمی و نیک‌خو، ۱۳۸۶، ص ۷۶). خانواده در جوامع کنونی در حال تغییر و گذار از سنتی به مدرن و از گسترده به هسته‌ای است و کارکردهایش هم در حال از دست رفتن است. اما اینها لطمه جدی به خانواده نزده، آنچه به خانواده آسیب می‌زند، از دست دادن کارکردها یا تغییر ساخت به معنای هسته‌ای شدن خانواده نیست زیرا خانواده آنچنان اثر منفی نداشته است. مهمترین تغییر، تغییر در مناسبات و روابط است، هم رابطه درون خانواده و هم رابطه بیرون خانواده. رابطه والدین با هم، رابطه والدین با فرزندان، رابطه خانواده با خانواده‌های جدیدی که بوجود می‌آیند (لیونگ و همکاران، ۲۰۰۴). صمیمیت یکی از نیازهای واقعی انسان است که بر مبنای نیاز تکاملی انسان برای دلبستگی شکل می‌گیرد. نیاز به صمیمیت به دنبال پختگی، بلوغ، تمایز یافتگی مطرح می‌شود و شکل پیشرفته‌تری از نیاز به ارتباط و تماس محسوب

سوء مصرف مواد رابطه و همبستگی معناداری وجود دارد، ولی بین ویژگی شخصیتی وظیفه شناسی و گرایش به سوء مصرف مواد رابطه‌ای یافت نشد. مداحی (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی «زمینه‌ها و عوامل اعتیاد به سیگار در میان دانشجویان دانشگاه یزد» پرداخت. مقوله‌های اصلی به دست آمده عبارت است از: تعاملات ناکارآمد خانوادگی، وابستگی و پذیرش، مخاطره قضاوت منفی، شرایط سوق‌دهنده مصرف سیگار، تجربه اولین سیگار بازیابی دلبستگی و تعاملات، شکست عشقی و التیام، خانه دانشجویی، بستری برای بی‌هنجاری و طغیان، خوابگاه شرایطی تسهیل‌گر، مشکلات روانی و ویژگی‌های شخصیتی، شکست تحصیلی مواجه با عینیتی گزنده، سیگار عامل تخریب چندبعدی، فراغت انفعالی.

نسل جوان یک کشور اصلی‌ترین نیروی انسانی و سرمایه آن کشور است. با توجه به گسترده‌ی جمعیت جوانان در هرم جمعیتی کشور، اهمیت سلامت جوانان در وضعیت سلامت سنین بعدی، آسیب پذیری جوانان و گرایش آن‌ها به رفتارهای پرخطر و گسترش نگران کننده مصرف سیگار، الکل و مخدرها در میان آنان، اهمیت بررسی پیشگیری از اعتیاد به سیگار بیشتر روشن می‌گردد. بررسی عوامل مؤثر بر آسیب جوانان به ویژه دانشجویان از گرایش آن‌ها به مواد مخدر چون سیگار و غیره از اهداف و اولویت‌های ویژه آن کشور است. بدیهی است که کشورها به مطالعات و تحقیق و پژوهش‌های زیادی نیازمند است تا به سطح کشورهای پیشرفته نائل آید. لذا با توجه به اینکه عواملی چون وضعیت اقتصادی، باورها، فرهنگ و مذهب و چگونگی تربیت فرزند در گرایش فرزندان به سیگار نقش ویژه‌ای دارد و نیاز به تحقیق بیشتر در این زمینه حس می‌شود، همین امر ضرورت انجام این تحقیق را ایجاب می‌کند؛ که پژوهشگر با استفاده از نتایج پژوهش به دست آمده و انتشاران در بین جامعه و مخصوصاً خانواده‌ها زمینه آگاهی و مراقبت از آسیب‌ها و مشکلات آتی را که گریبان‌گیر جوانان و خانواده است را فراهم می‌-

می‌شود. صمیمیت مستلزم تبادل احساسات عمیق و افکار خصوصی شخصی است. یکی از عوامل حائز اهمیت در زمینه بهبود روابط اعضای خانواده صمیمیت است. واضح است که سلامت و سعادت خانواده به وجود ارتباطات سالم و صمیمیت و مولفه های آن از جمله صمیمیت عاطفی، صمیمیت روانشناختی و غیره، وابسته است. صمیمیت می‌تواند منجر به ارتقای خانواده و بهبود عملکرد خانواده در زمینه نقش ها، حل مساله و ابراز عواطف گردد. امروزه خانواده درمانگران معتقدند که صمیمیت زناشویی به عنوان منبع نظام خانواده یا حتی بخشی از نیروهای احیای خانواده است و زن و شوهرها بیش از گذشته نیازمند ارضای نیازهای عاطفی- روانی خویش به ویژه نیاز به صمیمیت هستند، زیرا همه مشارکتهای، صمیمانه حوادثی را در بین دارند که منجر به نزدیکی، گرمی و امنیت می‌شوند (میرزایی، ۱۳۸۹). بنابر این پژوهشگر در این پژوهش با این مساله مواجه است که آیا اعتیاد به سیگار بر اساس سبک های دلبستگی و صمیمیت خانواده قابل پیش بینی است؟

روش

روش پژوهش از نظر هدف کاربردی است و از نظر نحوه گردآوری داده‌ها، توصیفی- همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد تهران مرکزی در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ می‌باشد که بر اساس آخرین آمار، ۲۸۱ بود. براساس جدول مورگان تعداد ۱۶۲ نفر به صورت تصادفی خوشه ایی انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده ها عبارت بود از: **پرسشنامه سبک‌های دلبستگی**: اولین ابزار به کار رفته در این پژوهش پرسشنامه سبک‌های دلبستگی کولینز و رید (۱۹۹۰) است. این مقیاس شامل خودارزیابی از مهارت های ایجاد روابط و خودتوصیفی شیوه ی شکل دهی روابط دلبستگی نسبت به چهره های دلبستگی نزدیک است و مشتمل بر ۱۸ داده می‌باشد که از طریق علامت گذاری

روی یک مقیاس ۵ درجه ای (از نوع لیکرت) سنجیده می‌شود. این پرسشنامه شامل ابعاد (سبک دلبستگی ایمن، سبک دلبستگی اجتنابی، دلبستگی دو سوگرا/اضطرابی) می‌باشد. کولینز و رید (۱۹۹۰)، به نقل از پاکدامن، (۱۳۸۰) نشان دادند که زیر مقیاسهای نزدیک بودن، وابستگی و اضطراب در فاصله زمانی ۲ ماه و حتی در طول ۸ ماه پایدار ماندند. در پژوهش کولینز و رید (۱۹۹۰) با توجه به این که مقادیر آلفای کرونباخ در تمامی موارد مساوی یا بیش از ۰/۸۰ است آزمون از اعتبار بالایی برخوردار است. از سوی دیگر در پژوهش پاکدامن (۱۳۸۰) میزان اعتبار آزمون با استفاده از آزمون مجدد بصورت همبستگی بین این دو اجرا مشخص شده است. این پرسشنامه (RAAS) در مورد ۱۰۰ دختر و پسر کلاس دوم دبیرستان که بطور تصادفی انتخاب شده بودند اجرا گردید. نتایج حاصل از دوبار اجرای این پرسشنامه با فاصله زمانی یک ماه از یکدیگر بیانگر آن بود که این آزمون در سطح ۰/۹۵ دارای اعتبار است. **پرسشنامه صمیمیت**: «مقیاس صمیمیت» توسط واکر و تامپسون در سال ۱۹۸۳ تهیه شده است. این پرسشنامه یک ابزار ۱۷ سوالی است که برای سنجیدن مهر و صمیمیت تدوین شده است. این مقیاس جزئی از یک ابزار بزرگتر است که چندین بعد صمیمیت را در بر می‌گیرد اما توسط تهیه کنندگان آن (الکسیس جی. واکر و لیندا تامپسون) به صورت مقیاس مستقلی گزارش شده است. این مقیاس توسط ثنائی در سال ۱۳۷۹ ترجمه شده است. صمیمیت توجه و اهمیت اعضای خانواده برای یکدیگر تعریف شده است و عوامل نزدیکی عاطفی در قالب مهر، از خود گذشتگی و رضایت را شامل می‌شود احساسی است مبنی بر این که رابطه مهم باز توام با عزت همبستگی و تعهد متقابل است. این پرسشنامه توسط واکر و تامپسون (۱۹۸۳) برای تعیین میزان اعتبار مورد ارزیابی قرار گرفت و ضریب پایایی کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. این مقیاس توسط ثنائی (۱۳۷۹) ترجمه شد. برای تعیین روایی محتوی و صوری ابتدا پرسش نامه توسط ۱۵ نفر از اساتید مشاوره و ۱۵ نفر زوج بررسی شده و روایی صوری و محتوی آن تأیید

همکاران (۲۰۰۰) روایی و پایایی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش رجبی (۱۳۸۵) برای بررسی روایی سازه مقیاس نگرش نسبت به سیار کشیدن از روش تحلیل مولفه های اصلی (چرخش واریمکس) و برای بررسی پایایی آن از آلفای کرونباخ بهره گرفته شد. با استفاده از روش تحلیل مولفه های اصلی، چهار عامل برای پرسشنامه استخراج شد. نتایج آزمون کرونباخ در جدول زیر ارائه شده است

شد. (اعتمادی، ۱۳۸۴). هم چنین خزاعی (۱۳۸۶) در پایان نامه کارشناسی ارشد خود از طریق اجرای همزمان با پرسش نامه باگاروزی و برآورد ضریب همبستگی آن ها ۸۲ درصد محاسبه کرده است و در سطح ۰/۰۱ معنی دار بود که نشان دهنده روایی ملاکی برای این مقیاس است. اعتمادی در پایان نامه دکتری روی ۱۰۰ زن و شوهر در اصفهان که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند اجرا کرد. ضریب پایایی کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد و حاکی از پایایی قابل قبول پرسش نامه بود. خزاعی (۱۳۸۶) نیز پایایی کل را ۰/۸۵ به دست آورد. **پرسشنامه گرایش به مصرف به سیگار:**

پرسشنامه گرایش به مصرف سیگار توسط شور و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شده است. این پرسشنامه با هدف ارزیابی نگرش افراد نسبت به سیگار کشیدن از ابعاد مختلف (رابطه با فرد سیگاری، محیط بدون دود و سالم، دیدگاه و محدودیت نسبت به قوانین سیگار کشیدن) طراحی شده است و شامل ۱۷ گویه می باشد و بر مبنای طیف ۵ تایی لیکرت طراحی می شود. در پژوهش شور و

آلفای کرونباخ(رجبی، ۱۳۸۵)	آلفای کرونباخ(شور و همکاران، ۱۳۸۵)	بعد
۰/۸۴	۰/۸۶	رابطه با فرد سیگاری
۰/۷۹	۰/۸۳	محیط بدون دود و سالم
۰/۷۵	۰/۸۰	دیدگاه و محدودیت نسبت به قوانین سیگار کشیدن
٪۷۲	۰/۸۳	کل

در این پژوهش نیز از آلفای کرونباخ برای ضریب پایایی استفاده شد. بدین منظور یک نمونه اولیه شامل ۳۰ پرسشنامه پیش آزمون گردید و سپس با استفاده از داده های به دست آمده از این پرسشنامه ها و به کمک نرم افزار آماری Spss میزان ضریب پایایی برای متغیرهای - سبک های دل بستگی، صمیمیت و اعتیاد به سیگار - به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۹۳، ۰/۷۹، برآورد گردید که مبین سطح مطلوب پایایی این پرسشنامه ها بود. در ادامه ضریب آلفای کرونباخ ابعاد متغیرها نیز آورده شده است:

جدول (۱): ضریب پایایی پرسشنامه سبک های دل بستگی

آلفای کرونباخ	بعد
۰/۸۸	سبک دلبستگی ایمن
۰/۹۱	سبک دلبستگی اجتنابی
۰/۸۵	دلبستگی دو سوگرا / اضطرابی
۰/۸۹	کل

جدول (۲): ضریب پایایی پرسشنامه صمیمیت

آلفای کرونباخ	بعد
۰/۹۰	نزدیکی عاطفی در قالب مهر
۰/۸۹	از خود گذشتگی
۰/۹۱	رضایت
۰/۹۳	کل

جدول (۳): ضریب پایایی پرسشنامه اعتیاد به سیگار

آلفای کرونباخ	بعد
۰/۸۶	رابطه با فرد سیگاری
۰/۸۸	محیط بدون دود و سالم
۰/۷۶	دیدگاه و محدودیت نسبت به قوانین سیگار کشیدن
۰/۷۸	کل

یافته ها

به منظور بررسی تأثیری که هر یک از متغیرهای سبک های دلبستگی و صمیمیت خانواده بر اعتیاد به سیگار دارد، از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شده است.

جدول شماره (۴): خلاصه مدل

مدل	R	R ²	R ² تعدیل شده	تخمین خطای باقیمانده
۱	۰/۴۵۲	۰/۲۰۴	۰/۱۹۴	۰/۹۵۶

مقدار R نشان دهنده رابطه بین دو متغیر است. در این پژوهش مقدار آن ۰/۴۵۲ می باشد که با توجه به مقدار استاندارد (۰/۳۰ ضعیف، ۰/۵۰ متوسط، ۰/۷۵ خوب)، متوسط ارزیابی می شود. حال در گام بعد باید ببینیم که اصلی ترین بخش تحقیق یعنی پیش بینی رفتار وابسته چگونه است که با ضریب تعیین (R²) نشان داده می شود که با

مقدار استاندارد $Hair(2001)$ ، $(0/19 = ضعیف، 0/33 = متوسط، 0/67)$ مقایسه می‌شود. اما (R^2) ، حجم نمونه را در نظر نمی‌گیرد. بنابر این شاخص بهتری به نام (R^2) تعدیل شده وجود دارد که با فرمولی که در آن df (درجه آزادی) وجود دارد، تعدیل شده است. یعنی حجم نمونه در آن تأثیرگذار شده است، بنابر این، این شاخص شاخص بهتری برای پیش‌بینی رفتار وابسته است. این (R^2) تعدیل شده با سه مقدار مقایسه می‌شود، با توجه به اینکه تنها یک متغیر است، اگر چه با توجه به مقدار استاندارد، تقریباً متوسط ارزیابی می‌شود، که با سه مقدار هینسیلییر (2011) ، $(0/12 = ضعیف، 0/19 = متوسط و 0/35 = قوی)$ مقایسه می‌شود که با توجه به این سه مقدار، مقدار متوسط می‌باشد. تخمین خطای باقیمانده: این خطا به شرح زیر به دست می‌آید $(e^2 = 1 - R^2)$. یعنی متغیرهایی وجود داشته‌اند که ما آنها را در مدل (به عنوان مستقل) وارد نکردیم. اگر خطا زیاد باشد، یعنی (R^2) پایین است، الان چون (R^2) ، $0/20$ می‌باشد، یعنی متغیرهای مستقل به درستی انتخاب شده است و در صورتی که میزان خطا پایین باشد، یعنی (R^2) بالا است و متغیرهای مستقل به درستی انتخاب نشده است.

جدول شماره (۵): آنووا

مدل	جمع مجنورات	درجه آزادی	میانگین مجنورات	F	معنی داری
رگرسیون	۳۷/۳۰۲	۲	۱۸/۶۵۱		
باقیمانده	۱۴۵/۵۸۶	۱۵۹	۰/۹۱۶	۳۶۹/۲۰	۰/۰۰۰
کل	۵۴۱/۶۳۳	۳۸۳			

آنووا همان نقش برازش را در مدل معادلات ساختاری را دارد و با شاخصی به نام F سنجیده می‌شود. این شاخص به ما می‌گوید که آیا مدل ما، برازش مناسبی دارد یا خیر. برای اینکه ببینیم که F خوب است یا بد، باید به دنبال سطح معناداری رفت. در این سوال، چون سطح معناداری کمتر از $0/5$ است، بنابر این ضریب F به احتمال $0/99$ معنادار است، یعنی مدل رگرسیون ما، مدل مناسبی است و برازش خوبی است.

جدول شماره (۶): ضریب تأثیر ابعاد «سبک های دل بستگی و صمیمیت خانواده» بر میزان اعتیاد به سیگار دانشجویان

مدل	B	خطای استاندارد	Beta	T	معنی داری
ثابت	۲/۴۵۸	۰/۴۷۴		۵/۱۸۲	۰/۰۰۰
صمیمیت	-۰/۳۳۸	۰/۰۷۱	-۰/۳۴۲	۰۴/۷۶۴	۰/۰۰۰
سبک های دل بستگی	۰/۴۵۶	۰/۱۳۳	۰/۲۴۵	۳/۴۱۵	۰/۰۰۱

جهت بررسی اینکه کدامیک از مؤلفه های سبک های دل بستگی و صمیمیت خانواده، توانایی پیش بینی اعتیاد به سیگار را دارند، از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج بدست آمده از جدول شماره (۶) حاکی از آن است که از میان همه ی عوامل، هر دو متغیر؛ صمیمیت با ضریب بتای، $-0/34$ و سبک دل بستگی با ضریب بتای، $0/24$ به

عنوان متغیرهای پیش بین، معیار ورود به معادله نهایی رگرسیون برای توضیح تغییرات اعتیاد به سیگار (متغیر ملاک)، را دارا هستند.

جدول (۷) پیش بینی اعتیاد به سیگار بر اساس ابعاد سبک‌های دل‌بستگی (سبک دل‌بستگی ایمن، سبک دل‌بستگی اجتنابی، دل‌بستگی دو سوگرا/اضطرابی)

مدل	R	R ²	R ² تعدیل شده	تخمین خطای باقیمانده
۱	۰/۳۹۳	۰/۱۵۴	۰/۱۳۸	۰/۹۸۹

مقدار R نشان دهنده رابطه بین دو متغیر است. در این پژوهش مقدار آن ۰/۳۹۳ می باشد که با توجه به مقدار استاندارد (۰/۳۰ ضعیف، ۰/۵۰ متوسط، ۰/۷۵ خوب)، ضعیف ارزیابی می‌شود.

حال در گام بعد باید ببینیم که اصلی‌ترین بخش تحقیق یعنی پیش‌بینی رفتار وابسته چگونه است که با ضریب تعیین (R²) نشان داده می‌شود که با مقدار استاندارد Hair (۲۰۰۱)، (۰/۱۹ = ضعیف، ۰/۳۳ = متوسط، ۰/۶۷) مقایسه می‌شود. اما (R²)، حجم نمونه را در نظر نمی‌گیرد. بنابراین این شاخص بهتری به نام (R²) تعدیل شده وجود دارد که با فرمولی که در آن df (درجه آزادی) وجود دارد، تعدیل شده است. یعنی حجم نمونه در آن تأثیرگذار شده است، بنابراین این شاخص شاخص بهتری برای پیش‌بینی رفتار وابسته است. این (R²) تعدیل شده با سه مقدار مقایسه می‌شود، با توجه به اینکه تنها یک متغیر است، اگر چه با توجه به مقدار استاندارد، تقریباً متوسط ارزیابی می‌شود، که با سه مقدار هینسلیبر (۲۰۱۱)، (۰/۱۲ = ضعیف، ۰/۱۹ = متوسط و ۰/۳۵ = قوی) مقایسه می‌شود که با توجه به این سه مقدار، مقدار متوسط می‌باشد. تخمین خطای باقیمانده: این خطا به شرح زیر به دست می‌آید (1-R² = e²). یعنی متغیرهایی وجود داشته‌اند که ما آنها را در مدل (به عنوان مستقل) وارد نکردیم. اگر خطا زیاد باشد، یعنی (R²) پایین است، الان چون (R²)، ۰/۳۹ می باشد، یعنی متغیرهای مستقل به درستی انتخاب شده است و در صورتی که میزان خطا پایین باشد، یعنی (R²) بالا است و متغیرهای مستقل به درستی انتخاب نشده است.

جدول شماره (۸): آنووا

مدل	جمع مجنورات	درجه آزادی	میانگین مجنورات	F	معنی داری
رگرسیون	۲۸/۱۹۳	۳	۹/۳۹۸		
باقیمانده	۱۵۴/۶۹۵	۱۵۸	۰/۹۷۹	۹/۵۹۹	۰/۰۰۰
کل	۱۸۲/۸۸۸	۱۶۱			

متغیر وابسته: اعتیاد به سیگار

متغیر پیش بین: ابعاد سبک های دل‌بستگی

آنووا همان نقش برآزش را در مدل معادلات ساختاری را دارد و با شاخصی به نام F سنجیده می‌شود. این شاخص به ما می‌گوید که آیا مدل ما، برآزش مناسبی دارد یا خیر. برای اینکه ببینیم که F خوب است یا بد، باید به دنیال سطح معناداری رفت. در این سوال، چون سطح معناداری کمتر از ۰/۵ است، بنابراین این ضریب F به احتمال ۰/۹۹ معنادار است، یعنی مدل رگرسیون ما، مدل مناسبی است و برآزش خوبی است.

جدول شماره (۹): ضریب تأثیر ابعاد «سبک های دلبستگی» بر میزان اعتیاد به سیگار دانشجویان

مدل	B	خطای استاندارد	Beta	T	معنی داری
	۱/۴۳۳	۰/۴۱۲		۳/۴۷۸	۰/۰۰۱
ثابت					
۱	-۰/۰۴۶	۰/۰۸۱	-۰/۰۴۴	-۰/۵۶۴	۰/۵۷۳
سبک دلبستگی ایمن					
	۰/۲۰۲	۰/۰۸۱	۰/۲۰۹	۲/۵۱۳	۰/۰۱۳
سبک دلبستگی اجتنابی					
	۰/۲۶۲	۰/۰۸۸	۰/۲۴۰	۲/۹۸۴	۰/۰۰۳
سبک دلبستگی دوسوگرا					

جهت بررسی اینکه کدامیک از مؤلفه های سبک های دلبستگی، توانایی پیش بینی اعتیاد به سیگار را دارند، از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج بدست آمده از جدول شماره (۹-۱۳) حاکی از آن است که از میان تمامی عوامل، دو بعد؛ سبک دلبستگی اجتنابی با ضریب بتای، ۰/۲۰۹ و سبک دلبستگی دوسوگرا با ضریب بتای، ۰/۲۴۰ به عنوان متغیرهای پیش بین، معیار ورود به معادله نهایی رگرسیون برای توضیح تغییرات اعتیاد به سیگار (متغیر ملاک)، را دارا هستند.

جدول (۱۰): اعتیاد به سیگار بر اساس ابعاد صمیمیت خانواده (نزدیکی عاطفی در قالب مهر، از خود گذشتگی و رضایت) قابل پیش بینی است.

جدول شماره (۱۱): خلاصه مدل

مدل	R	R ²	R ² تعدیل شده	تخمین خطای باقیمانده
۱	۰/۴۵۱	۰/۲۰۴	۰/۱۸۹	۰/۹۶۰

مقدار R نشان دهنده رابطه بین دو متغیر است. در این پژوهش مقدار آن ۰/۴۵۱ می باشد که با توجه به مقدار استاندارد (۰/۳۰ ضعیف، ۰/۵۰ متوسط، ۰/۷۵ خوب)، متوسط ارزیابی می شود. حال در گام بعد ببینیم که اصلی ترین بخش تحقیق یعنی پیش بینی رفتار وابسته چگونه است که با ضریب تعیین (R²) نشان داده می شود که با مقدار استاندارد Hair (۲۰۰۱)، (۰/۱۹ = ضعیف، ۰/۳۳ = متوسط، ۰/۶۷) مقایسه می شود. اما (R²)، حجم نمونه را در نظر نمی گیرد. بنابر این شاخص بهتری به نام (R²) تعدیل شده وجود دارد که با فرمولی که در آن df (درجه آزادی) وجود دارد، تعدیل شده است. یعنی حجم نمونه در آن تأثیرگذار شده است، بنابر این، این شاخص شاخص بهتری برای پیش بینی رفتار وابسته است. این (R²) تعدیل شده با سه مقدار مقایسه می شود، با توجه به اینکه تنها یک متغیر است، اگر چه با توجه به مقدار استاندارد، تقریباً متوسط ارزیابی می شود، که با سه مقدار هینسلییر (۲۰۱۱)،

($0/12 =$ ضعیف، $0/19 =$ متوسط و $0/35 =$ قوی) مقایسه می شود که با توجه به این سه مقدار، مقدار متوسط می باشد. تخمین خطای باقیمانده: این خطا به شرح زیر به دست می آید ($1-R^2 = e^2$). یعنی متغیرهایی وجود داشته اند که ما آنها را در مدل (به عنوان مستقل) وارد نکردیم. اگر خطا زیاد باشد، یعنی (R^2) پایین است، الان چون (R^2)، $0/451$ می باشد، یعنی متغیرهای مستقل به درستی انتخاب شده است و در صورتی که میزان خطا پایین باشد، یعنی (R^2) بالا است و متغیرهای مستقل به درستی انتخاب نشده است.

جدول شماره (۱۲): آنووا

مدل	جمع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری
	۳۷/۲۵۹	۳	۱۲/۴۲۰		
۱	۱۴۵/۶۲۹	۱۵۸	۰/۹۲۲	۴۷۵/۱۳	۰/۰۰۰
	۱۸۲/۸۸۸	۱۶۱			

متغیر وابسته: اعتیاد به سیگار

متغیر پیش بین: ابعاد صمیمیت خانواده

آنووا همان نقش برآزش را در مدل معادلات ساختاری را دارد و با شاخصی به نام F سنجیده می شود. این شاخص به ما می گوید که آیا مدل ما، برآزش مناسبی دارد یا خیر. برای اینکه ببینیم که F خوب است یا بد، باید به دنبال سطح معناداری رفت. در این سوال، چون سطح معناداری کمتر از $0/5$ است، بنابر این ضریب F به احتمال $0/99$ معنادار است، یعنی مدل رگرسیون ما، مدل مناسبی است و برآزش خوبی است.

جدول شماره (۱۳): ضریب تأثیر ابعاد «صمیمیت خانواده» بر میزان اعتیاد به سیگار دانشجویان

مدل	B	خطای استاندارد	Beta	T	معنی داری
	۳/۸۱۵	۰/۲۲۲		۱۷/۲۰۳	۰/۰۰۰
۱	-۰/۲۳۹	۰/۰۶۴	-۰/۳۲۸	-۳/۷۴۳	۰/۰۰۰
	۰/۱۴۹	۰/۱۰۲	۰/۱۵۰	۱/۴۵۶	۰/۱۴۷
	-۰/۲۲۷	۰/۰۷۳	-۰/۳۰۳	-۳/۱۰۲	۰/۰۰۲

جهت بررسی اینکه کدامیک از مولفه های صمیمیت خانواده، توانایی پیش بینی اعتیاد به سیگار را دارند، از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج بدست آمده از جدول شماره (۱۶-۴) حاکی از آن است که از میان همه ی عوامل، دو بعد؛ نزدیکی عاطفی در قالب مهر با ضریب بتای، $-0/328$ و رضایت با ضریب بتای، $-0/303$ به عنوان

متغیرهای پیش بین، معیار ورود به معادله نهایی رگرسیون برای توضیح تغییرات اعتیاد به سیگار (متغیر ملاک)، را دارا هستند.

نتیجه گیری

یافته پژوهش حاضر نشان داد که سبک های دلبستگی و صمیمیت خانواده تأثیر معنی داری دارد. نتایج با یافته های پیشین همخوانی و مطابقت دارد. در همین زمینه نتایج پژوهش با یافته های درخشانی (۱۳۹۱) همخوانی و مطابقت دارد که در پژوهشی به این نتایج دست یافت که بین گرایش به اعتیاد و وضعیت خانوادگی، محیط فرهنگی و اجتماعی، وضعیت شغلی و اقتصادی و همچنین میزان پای بندی افراد به اعتقادات مذهبی رابطه معناداری وجود داشت و بنابراین کلیه فرضیه های پژوهش تأیید شدند. نتایج نیز همراستا با یافته های زمانی قره نژاد نوغانی (۱۳۹۰) می باشد که در پژوهشی نشان داد که بین عامل های خانواده، مدرسه، مذهب و همسالان و آمادگی گرایش به اعتیاد در دانش آموزان دختر رابطه معنادار وجود دارد و این عامل ها می توانند گرایش به اعتیاد را پیش بینی کنند که بین آمادگی گرایش به اعتیاد و رابطه صمیمی با والدین، پرخطر بودن خانواده، کنترل و نظارت والدین، تنش و ناسازگاری در خانواده، صمیمیت در خانواده، مصرف سیگار در خانواده رابطه معنی داری وجود دارد. نتایج نیز با یافته های ویسه و همکاران (۲۰۱۷) همخوانی و مطابقت دارد که در پژوهشی نشان دادند که سبک دلبستگی به طور معنی داری ($p < 0.001$) در بین مصرف کنندگان دخانیات متفاوت است و امکان پیشگیری از شروع سیگار از طریق ایجاد یک سبک دلبستگی ایمن وجود دارد. بی توجهی والدین به نوجوانان در گرایش آنان به اعتیاد، تأثیر زیادی دارد. برخی از والدین، اطاعت بی چون و چرا را از فرزندان می خواهند و بر فرزندان خویش برچسب بی کفایتی می زنند. آنان با این کار، فرزندان خود را در برابر گرایش به مواد مخدر آسیب پذیر می سازند. بنابراین، هر قدر نیازهای عاطفی، جسمی و روانی جوانان از سوی والدین برآورده شود، از گرایش آنان

به اعتیاد جلوگیری خواهد شد. همچنین می توان گفت که به اعتقاد روان شناسان، اختلالات روانی افراد ناشی از کمبود محبت در بیشتر موارد به شکل هایی همچون ضعف اعتماد به نفس، خجالت و تمایل به تقلید کورکورانه، نیاز به جلب توجه و خودنمایی از طریق روش های نامطلوب مانند گرایش به مصرف سیگار ظاهر می شود؛ برای نمونه در زمینه های انحرافی «بسیاری از صاحب نظران در مسأله بزهکاری، کمبود محبت در خانواده ها را ریشه اصلی جرم و انحراف دانسته اند. یافته پژوهش حاضر نشان داد که ابعاد سبک های دلبستگی (سبک دلبستگی اجتنابی، دلبستگی دو سوگرا/اضطرابی) تأثیر مثبت و معنی داری دارد اما سبک دلبستگی ایمن تأثیر معنی داری ندارد. نتایج با یافته های پیشین همخوانی و مطابقت دارد. در همین زمینه نتایج پژوهش با یافته های درخشانی (۱۳۹۱) همخوانی و مطابقت دارد که در پژوهشی به این نتایج دست یافت که بین گرایش به اعتیاد و وضعیت خانوادگی، محیط فرهنگی و اجتماعی، وضعیت شغلی و اقتصادی و همچنین میزان پای بندی افراد به اعتقادات مذهبی رابطه معناداری وجود داشت و بنابراین کلیه فرضیه های پژوهش تأیید شدند. نتایج نیز همراستا با یافته های زمانی قره نژاد نوغانی (۱۳۹۰) می باشد که در پژوهشی نشان داد که بین عامل های خانواده، مدرسه، مذهب و همسالان و آمادگی گرایش به اعتیاد در دانش آموزان دختر رابطه معنادار وجود دارد و این عامل ها می توانند گرایش به اعتیاد را پیش بینی کنند که بین آمادگی گرایش به اعتیاد و رابطه صمیمی با والدین، پرخطر بودن خانواده، کنترل و نظارت والدین، تنش و ناسازگاری در خانواده، صمیمیت در خانواده، مصرف سیگار در خانواده رابطه معنی داری وجود دارد. اما نتایج با یافته های ویسه و همکاران (۲۰۱۷) همخوانی و مطابقت ندارد که در پژوهشی نشان دادند که سبک دلبستگی به طور معنی داری ($p < 0.001$) در بین

مصرف کنندگان دخانیات متفاوت است و امکان پیشگیری از شروع سیگار از طریق ایجاد یک سبک دلبستگی ایمن وجود دارد. کیفیت دلبستگی ناایمن حاکی از نالیمنی دلبستگی در رابطه با خداوند هم هست. بر این دلبسته اساس فردی ناایمن، خود را از حمایت خداوند در موقعیت‌های تنش‌زایی بهره می‌داند. با توجه به این که رفتارهای خطر در واقع، بی‌توجهی فرد به سلامت روحی و جسمی خود و دیگران را می‌رساند، می‌توان نوع نگرش فرد به خود و دیگران را زیربنای آن دانست. روابط کودک با مراقبان اولیه (مظاهر دلبستگی) موجب می‌شود تا او الگوهای فعال یا نماینده‌های درونی خود و دیگران را ایجاد کند که روی مدیریت عاطفه، رفتار و افکار او تأثیر می‌گذارد و نوع نگاه او به خود و دیگران را تعیین می‌کند. افراد دلبسته‌ی ایمن خود را قابل پذیرش و ارزشمند می‌دانند اما آن‌هایی که انگاره‌های دلبستگی غیرپاسخ‌گو و متناقض دارند، خود را غیرقابل پذیرش و بی‌ارزش ارزیابی می‌کنند. افراد دارای سبک دلبستگی اجتنابی تصویر مثبت از خود و تصویر منفی از دیگران می‌سازند چرا که پیشینه‌ی دلبستگی‌شان به آنان آموخته است که نباید روی کمک و حمایت دیگران حساب کنند. این افراد تمایلی به نزدیک شدن به دیگران نشان نمی‌دهند و به طور اجباری فاصله‌ی خود را از آنان حفظ می‌کنند تا از افکار پریشان کننده در امان باشند. افراد دارای سبک دلبستگی اضطرابی-دوسوگرا نیز به طور اجباری تمایل به مجاورت با دیگران دارند و به شدت نسبت به نشانه‌های طرد و ترک شدن حساس‌اند. این افراد تصویر منفی از خود و تصویر مثبت از دیگران دارند و این امر باعث می‌شود که آن‌ها تمایل بیشتری به استفاده از سیگار و اعتیاد به سیگار داشته باشند. یافته پژوهش حاضر نشان داد که ابعاد صمیمیت خانواده (نزدیکی عاطفی در قالب مهر، از خود گذشتگی) تأثیر منفی و معکوسی دارد اما رضایت تأثیر معنی‌داری ندارد. نتایج با یافته‌های پیشین همخوانی و مطابقت دارد.

○ در همین زمینه نتایج پژوهش با یافته‌های درخشانی (۱۳۹۱) همخوانی و مطابقت دارد که در پژوهشی به این نتایج دست یافت که بین گرایش به اعتیاد و وضعیت خانوادگی، محیط فرهنگی و اجتماعی، وضعیت شغلی و اقتصادی و همچنین میزان پای بندی افراد به اعتقادات مذهبی رابطه معناداری وجود داشت و بنابراین کلیه فرضیه‌های پژوهش تأیید شدند. نتایج نیز همراستا با یافته‌های زمانی قره‌نژاد نوغانی (۱۳۹۰) می‌باشد که در پژوهشی نشان داد که بین عامل‌های خانواده، مدرسه، مذهب و همسالان و آمادگی گرایش به اعتیاد در دانش آموزان دختر رابطه معنادار وجود دارد و این عامل‌ها می‌توانند گرایش به اعتیاد را پیش بینی کنند که بین آمادگی گرایش به اعتیاد و رابطه صمیمی با والدین، پرخطر بودن خانواده، کنترل و نظارت والدین، تنش و ناسازگاری در خانواده، صمیمیت در خانواده، مصرف سیگار در خانواده رابطه معنی داری وجود دارد. یکی از عواملی که باعث گرایش فرزندان به سیگار می‌شود، اعتیاد اعضای خانواده به ویژه والدین است. روابط داخلی خانواده، بستگی زیادی به کنش‌های متقابل پدر در خانواده دارد. با اعتیاد پدر، معمولاً بر رفتارهای مخفی‌کاری حاکم می‌شود و غیبت‌های مکرر اتفاق می‌افتد؛ در نتیجه فضای دروغ‌گویی و شک و تردید بر روابط اعضای خانواده حاکم می‌شود و محیط داخلی خانواده، متشنج و پُرسنیز می‌گردد. افرادی که در چنین خانواده معنادی زندگی می‌کنند، ترس و قبح معتاد شدن در آنان از بین می‌رود. عادی شدن مصرف مواد، موجب سهولت گرایش دیگر اعضا به مصرف مواد مخدر می‌شود. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که بسیاری از معتادان در خانواده، افراد معتادی از قبیل پدر، مادر، پدربزرگ و... داشته‌اند که از او تأثیر پذیرفته‌اند بنابراین بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود: یکی از علل اصلی گرایش به سیگار در این مطالعه، وجود افراد سیگاری در خانواده و در بین دوستان بود لذا بایستی اقدامات لازم به‌خصوص

افزایش آموزش‌های رسمی و اطلاع‌رسانی عمومی از طریق رسانه‌های جمعی را در دستور کار قرار داد تا سطح آگاهی جامعه را در زمینه زیان‌های سیگار بالا برد. باید با برگ‌زاري، همایش‌ها، سمینارها و کلاس‌های آموزشی به‌ویژه در روز جهانی بدون دخانیات و توزیع جزوه‌های آموزشی و بروشور در میان اساتید کارکنان و دانشجویان، آنان را تشویق و ترغیب نمود تا هم خودشان از سیگار کشیدن پرهیز کنند و هم با تبیین بیشتر زیان‌های سیگار محیط‌عاری از سیگار فراهم‌گردد. افسردگی، طلاق والدین، معاشرت با افراد ناباب، تمایل به سیگار کشیدن و... بیشترین تأثیر را در گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و شیوع مصرف سیگار دارد. بنابراین پیشنهاد می‌شود با ایجاد مراکز آموزش مهارت‌های زندگی، گسترش مراکز مشاوره خانواده، ایجاد مراکز و کلاس‌های آموزش هنری، فرهنگی و فنی و حرفه‌ای از گسترش این معضل جلوگیری شود. پیشنهاد بعدی، فراهم آوردن زمینه‌های تحقیقاتی در مورد بررسی علل گرایش کودکان و جوانان به سیگار جهت پیش‌گیری از اعتیاد به آن

است. مفیدترین و ثمربخش‌ترین نهاد اجتماعی، برای دورنگ‌داشتن جوانان از اعتیاد، خانواده است. دولت باید نسبت به آموزش دادن خانواده‌ها، اقدامات لازم را به عمل آورد. به این منظور باید برنامه‌های آموزشی به وسیله رسانه‌های گروهی اعم از رادیو، تلویزیون، سینما و مطبوعات، تدوین و مضرات و پیامدهای منفی آسیب‌های اجتماعی اعلام شود. همچنین رسانه می‌تواند با ترسیم الگوهای رفتاری صحیح با در نظر گرفتن مقتضیات زمانی، مکانی و فرهنگی، براساس آموزه‌های دینی، نظام کنترل درونی را در افراد تقویت کند تا نگرش افراد را از سنین پایین نسبت به سیگار و موارد مخدر آماده سازد. آموزش‌های خانواده در نحوه برخورد با نوجوانان، آموزش در سطح مدارس، افزایش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی بین نوجوانان در سطح جامعه، توجه پزشکی خانواده‌ها به اختلالاتی نظیر اختلالات بیش‌فعالی، افسردگی و اضطراب نوجوانان از مهم‌ترین راه‌کارهای پیش‌گیری از شیوع اعتیاد در سطح جامعه است و در تشخیص زودرس این اختلالات در نوجوانان بسیار اهمیت دارد.

منابع

براتی، هادی؛ رضایی، فاطمه؛ کریم‌زاده، حبیب‌الله (۱۳۹۷). پیش‌بینی گرایش به سیگار بر اساس متغیرهای شیوه‌های فرزندپروری و سبک زندگی در دانشجویان پسر دانشگاه آزاد اسلامی خمینی شهر، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۹(۱): ۸۱-۹۰.

پاکدامن، شهلا (۱۳۸۰). بررسی ارتباط بین دلبستگی و جامعه‌طلبی در نوجوانی، پایان‌نامه دکترای روانشناسی، دانشگاه تهران.

ترقی‌جاه، صدیقه؛ حمدیه، مصطفی؛ یعقوبی، نرگس (۱۳۸۹). عوامل پیش‌بینی‌کننده مصرف سیگار و قلیان در دانشجویان دانشگاه‌های دولتی. پژوهش در پزشکی، ۳۴ (۴): ۲۴۹-۲۵۶.

درخشانی، سیاوش (۱۳۹۱). آسیب‌شناسی اعتیاد و بررسی عوامل اجتماعی موثر بر گرایش مردان به اعتیاد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.

زمانی قره‌نژاد نوغانی، سارا (۱۳۹۰). بررسی عوامل موثر بر آمادگی گرایش به اعتیاد در دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های دولتی شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.

شوهانی، معصومه و شوهانی، فاطمه (۱۳۹۶). پیش‌بینی گرایش به سوءمصرف مواد بر اساس ویژگی‌های شخصیتی در نوجوانان سنین ۱۴-۱۲ سال ایرانی، کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت، مشهد، موسسه آموزش عالی شانندیز.

مراذزاده کر، اسماعیل و قدرتی، شفیعه (۱۳۹۶). تحلیل تماتیک مصرف سیگار در بین دانشجویان، کنفرانس سالانه پژوهش در علوم انسانی و مطالعات اجتماعی، تهران، پژوهشکده مدیریت و توسعه پژوهشگاه فرهنگ و هنر.

مداحی، جواد (۱۳۹۴). زمینه ها و عوامل اعتیاد به سیگار در میان دانشجویان دانشگاه یزد، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه یزد.

میرهاشمی، مالک و نیک خو، محمدرضا (۱۳۸۶). سبک‌های دلبستگی و محرومیت های ارتباطی، نشریه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار) (روانشناسی کاربردی)، ۲(۵): ۷۵-۸۸.

References

Collins, W.A. (2009). Relationships and development during adolescence: Interpersonal adaptation to individual change. **Personal Relationships**, 4, 1-14.

Leong, L. F., Kao, M-C, E., & Lee, S. H. (2004). The relationship between family dynamics and career interests among Chinese Americans and European Americans. **Journal of Career Assessment**, 12(2), 65-78.

Parker, J.D., Taylor, R.N., Eastabrook, J.M., Schell, S.L. & Wood, L.M. (2015). Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. **Personality and individual differences**, 45, 174-180.

Wise MH1, Weierbach F1, Cao Y1, Phillips K1. (2017). Tobacco Use and Attachment Style in

Appalachia, **Issues Ment Health Nurs**, 38(7):562-569.

