

نقش سلامت معنوی، خودکارآمدی، و استعداد اعتیاد برای پیش بینی افراد معتاد و غیر معتاد

زهره امیرافضلی^۱، محمود شیرازی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۷/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۴/۱۳

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش سلامت معنوی، خودکارآمدی، و استعداد اعتیاد برای پیش بینی افراد معتاد و غیر معتاد شهرستان جیرفت بود. **روش:** مطالعه حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش تمامی معتادان مرد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد سرپایی و افراد مرد غیر معتاد شهرستان جیرفت در سال ۱۳۹۴ بودند. روش نمونه گیری به ترتیب تصادفی ساده و در دسترس بود که ۱۳۶ نفر معتاد و ۱۴۷ نفر غیرمعتاد به عنوان نمونه انتخاب شدند. **یافته‌ها:** نتایج رگرسیون لجستیک نشان داد که هر سه متغیر سلامت معنوی ($P < 0/04$)، خودکارآمدی ($P < 0/001$) و استعداد به اعتیاد ($P < 0/03$) توانستند بطور معناداری دو گروه را از هم تفکیک کنند. **نتیجه گیری:** بنابراین در کنار روش‌های معمول ترک، آموزش سلامت معنوی و دینداری و آموزش خودکارآمدی به ویژه در افراد مستعد اعتیاد می‌تواند در کاهش وابستگی به اعتیاد نقش ایفا کند.

کلیدواژه‌ها: استعداد اعتیاد، سلامت معنوی، خودکارآمدی

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران، پست الکترونیک:

mshirazi@edpsy.usb.ac.ir

مقدمه

جوامع بشری همواره با مشکلات و آسیب‌های بسیاری مواجه هستند. آسیب‌های اجتماعی بخش قابل توجهی از امور و سرمایه‌ها را به خود اختصاص می‌دهند و توجه به آن‌ها منجر به پیشگیری و همچنین درمان آسیب‌ها می‌شود. اعتیاد یکی آسیب‌های مهم اجتماعی است که جامعه همواره با آن درگیر است (نقیب السادات و قانع، ۱۳۹۱). اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر به مثابه یک مساله اجتماعی، پدیده‌ای است که همراه با آن توانایی جامعه در سازمان‌یابی و حفظ نظم موجود از بین می‌رود، عملکرد بهنجار حیات اجتماعی مختل می‌گردد و باعث دگرگونی‌های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی یک اجتماع می‌شود (قنبری طلب و فولادچنگ، ۱۳۹۴). استفاده از مواد مخدر در گذشته صرفاً به بزرگسالان محدود می‌شد ولی در اوایل دهه ۱۹۷۰ استفاده از مواد مخدر ناگهان در میان جوانان و نوجوانان شایع گردید (ستوده، ۱۳۸۵). مصرف مواد یک پدیده رشدی است که به صورت خطی از اوایل نوجوانی تا اوایل جوانی افزایش می‌یابد (زینالی، وحدت و عیسوی، ۱۳۸۷). افزایش روزافزون شمار معتادان، مسأله اعتیاد را در کشور به بحرانی ملی تبدیل کرده است؛ آنچه در این میان توجه برانگیز و بسیار تکان‌دهنده است، پایین آمدن میانگین سن اعتیاد و افزایش گرایش جوانان، نوجوانان و دانشجویان به سوء مصرف مواد است که زمینه‌ساز سرعت انتقال و گسترش ابعاد پدیده اعتیاد است (جوادی، رفیعی، آقابخشی، عسکری و عبدی زرین، ۱۳۹۰). آمارها نشان می‌دهند که حدود ۱۶ درصد از معتادین ایران کمتر از ۱۹ سال سن دارند و ۲۸ درصد آن‌ها بین ۲۰ تا ۲۴ سالگی به اعتیاد روی می‌آورند (کشوری، ۱۳۸۸). قبل از اینکه فرد مصرف مواد را آغاز نماید ابتدا، بستری برای ظهورش فراهم می‌گردد، به این زمینه و آمادگی حاصل از این زمینه استعداد اعتیاد می‌گویند. نظریه استعداد بیان می‌کند که برخی افراد مستعد اعتیاد هستند و اگر در معرض آن قرار گیرند، معتاد می‌شوند اما اگر کسی استعداد نداشته باشد، معتاد نمی‌شود (گندروا و گندروا، ۱۹۷۰). ممکن است اوج تجلی استعداد اعتیاد در طی زندگی، اولیل نوجوانی تا اوایل جوانی باشد (وحدت و

زینالی، ۱۳۸۸). فرانک، نیف، ویفنباچ، چانسیک، هاتزینگر و مایر^۱ و همکاران (۲۰۰۳) با اشاره به رشد ایجاد این آمادگی در طی دوران زندگی، بیان می‌کنند که افراد مستعد اعتیاد ممکن است دارای عوامل خطر روانشناختی متفاوتی باشند. آن‌ها دریافتند که در اعتیاد عوامل خطر محیطی، در دسترس قرار گرفتن را تسهیل می‌نماید اما عوامل خطر روان‌شناختی احتمال رشد وابستگی به اعتیاد را افزایش می‌دهند (مینوی و صالحی، ۱۳۸۲).

یکی از عواملی که ارتباط نزدیکی با مصرف مواد و استعداد اعتیاد دارد خودکارآمدی است. خودکارآمدی بالا باعث افزایش تلاش، پشتکار و انگیزش فرد می‌شود و از مؤثرترین عوامل تعیین‌کننده عملکرد افراد به ویژه در کنترل، پایش و پیگیری برنامه‌های درمانی مددجویان وابسته به مواد مخدر است (حبیبی، صالح مقدم، طلایی، ابراهیم‌زاده، کریمی موفقی، ۱۳۹۰). خودکارآمدی اعتقاد فرد است که فرد به واسطه آن می‌تواند رفتار لازم برای رسیدن به یک هدف مورد نظر را به طور موفقیت‌آمیزی اجرا کند. چهار منبع اصلی داوری شخص درباره خودکارآمدی عبارتند از: تجربیات موفق قبلی، تشویق و ترغیب کلامی، تجربه‌های جانیشینی و انگیزختگی فیزیولوژیکی (کمالی، ۱۳۸۴). در رابطه با تأثیر خودکارآمدی بر ترک دخانیات مطالعه‌ای با یک ماه پیگیری نشان داد که، خودکارآمدی اولین عامل پیش‌بینی‌کننده ترک سیگار است (بدر و مودی، ۲۰۰۵). نتایج پژوهش نارگینگ، رایت، پیرسون، فری، تمپلین و آندرسما^۳ (۲۰۰۶) بر روی ۶۴ جوان ۱۶ تا ۲۵ ساله نشان داد که خودکارآمدی معتادان می‌تواند ۴۷ درصد از واریانس مصرف الکل و ۶۹ درصد مصرف ماری‌جوآنا را پیش‌بینی کند. همچنین، در کسب حمایت‌های اجتماعی برای تغییر نیز مؤثر است. استرلینگ، دیومند، مالن، پالونن، فورد و مک آلستر^۴ (۲۰۰۷) مطالعه‌ای را تحت عنوان خودکارآمدی، اعتقادات و توجهات مرتبط با سیگار در شهر تگزاس انجام دادند که در این مطالعه مشخص شد خودکارآمدی

1. Franke, Neef, Weiffenbach, Gansicke, Hautzinge, & Maier
2. Badr & Moody

3. Naar-King, Wright, Parsons, Frey, Templin, & Ondersma
4. Sterling, Diamond, Mullen, Pallonen, Ford, & McAlister

به طور مستقیم بر روی توجهات نسبت به سیگار اثر داشته و می‌تواند به عنوان یک راهکار مفید در پیشگیری از مصرف سیگار و همچنین در ترک سیگار به کار برده شود. احتمال می‌رود مؤثرترین درمان‌ها برای اعتیاد به مواد، درمان‌هایی باشد که خودکارآمدی را افزایش می‌دهند (مارک^۱، ۲۰۰۸).

در پژوهش ابوالقاسمی، پورکرد و نریمانی (۱۳۸۸) نیز نشان داده شد مهارت‌های اجتماعی و خودکارآمدی عمومی با گرایش به مصرف مواد در نوجوانان رابطه دارد. پژوهش دولان، مارتینو و روزنو^۲ (۲۰۰۸) نشان داد خودکارآمدی ضعیف زمینه‌ی سوءمصرف مواد را در دانش‌آموزان فراهم می‌سازد. همچنین، موس و موس^۳ (۲۰۰۶) در پژوهشی دریافتند که خودکارآمدی از پیش‌بینی‌کننده‌های مصرف الکل است. براساس نظر بندورا^۴، رفتار سوءمصرف مواد از یک سو به وسیله الگوبرداری، تقلید و تقویت در حوزه‌ی روابط بین‌فردی آموخته می‌شود و از سوی دیگر تحت تأثیر عوامل درون فردی همچون خودکارآمدی و باورهای فردی قرار می‌گیرد (بندورا، ۱۹۹۳). نتایج یافته‌های رضوی نعمت‌اللهی، حسینی فرد و شمس‌الدینی لری (۲۰۱۲) نشان داد که بین افراد وابسته به مواد افیونی، افراد وابسته به مواد محرک و افراد عادی در میزان خودکارآمدی تفاوت وجود دارد. افراد وابسته به مواد در مقایسه با افراد عادی و افراد وابسته به مواد محرک از خودکارآمدی پایین‌تری برخوردارند. خسروشاهی بهادری و خانجانی (۲۰۱۳) به این نتیجه دست یافتند که راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار، راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و خودکارآمدی توان پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد را دارند. نتایج پژوهش افشاری، باباخانی، احمدی و شمس‌الدینی لری (۲۰۱۶) نشان داد که بین افراد وابسته به مواد افیونی و غیروابسته در متغیر خودکارآمدی تفاوت وجود دارد به عبارت دیگر افراد غیروابسته به مواد افیونی از خودکارآمدی بالاتری نسبت به افراد وابسته به مواد افیونی برخوردار هستند. یکی دیگر از عوامل پیش‌بینی‌کننده استعداد اعتیاد، سلامت معنوی است که در برخی از مطالعات (ویلز، بیر و ساندی^۵، ۲۰۰۳) از آن به عنوان سپری در مقابل وابستگی به مواد

1. Mark
2. Dollan, Martino & Rohseno
3. Ckellar, Ilgen, & Moos

4. Bandura
5. Wills, Year, & Sandy

یاد شده است. دین از طریق برقراری یک نظم، تدارک فرصت‌هایی برای به دست آوردن شایستگی‌های یاد گرفته شده و تهیه قوانین اجتماعی سوء مصرف مواد و بهبودی از آن را تحت تاثیر قرار می‌دهد (ویلز و همکاران، ۲۰۰۳). اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان، در چند دهه گذشته به صورت روز افزون توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. پیشرفت علم روانشناسی از یک سو و ماهیت پویا و پیچیده جوامع نوین بشری از سوی دیگر، باعث شده نیازهای معنوی بشر در برابر نیازهای مادی قد علم کنند و اهمیت بیشتری بیابند. چنین به نظر می‌رسد که مردم جهان، امروز بیش از پیش به معنویت و مسائل معنوی گرایش دارند (پرنده، ایزدی، عبادی و قنبری، ۱۳۹۰). سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان است که ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود. سلامت معنوی، یکپارچگی تمامیت فرد را تعیین می‌کند (رضایی، سید فاطمی و حسینی، ۱۳۸۷). میلر، دیویس و گرینوالد^۱ (۲۰۰۳) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که نوجوانانی که دیندار نیستند و نمرات پایینی در اندازه‌گیری میزان فعالیت دینی به دست می‌آورند در مقایسه با نوجوانان دارای سطح بالاتر فعالیت دینی، مصرف و سوء مصرف مواد بیشتری دارند. در این راستا پژوهش‌ها نشان دادند که داشتن نگرش‌ها و باورهای مذهبی و اعمال معنوی با کاهش استرس‌های روان‌شناختی و پیش‌گیری از رفتارهایی پرخطر همچون سیگار کشیدن و مصرف مواد همراه است (مراویجلیا^۲، ۱۹۹۹). توریانو^۳ و همکاران (۲۰۱۲) به این نتیجه رسیدند که باورهای مذهبی در پیشگیری به اعتیاد به مواد مخدر مؤثر است. گومز، آندراد، ایزبکی، آلمریا، اولویر (۲۰۱۳) دریافتند که برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی تعهد مذهبی می‌تواند در پیشگیری از سوء مصرف مواد مؤثر باشد. ندیمی (۲۰۱۵) در پژوهش خود به این نتیجه

دست یافت که مذهب و نهادهای مذهبی می‌توانند مصرف مواد و بهبودی آن را از طریق برقراری یک نظم اخلاقی تحت تأثیر قرار دهند. مسأله اساسی پژوهش حاضر بررسی این مطلب است که آیا سلامت معنوی، خودکارآمدی، و استعداد اعتیاد می‌توانند تمیزدهنده‌ی افراد معتاد و غیرمعتاد باشند؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری عبارت بود از: معتادان مرد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد سرپایی شهرستان جیرفت در سال ۱۳۹۴. همچنین جامعه‌ی غیرمعتاد عبارت بود از: مردان غیر معتاد شهرستان جیرفت که به لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی مشابه گروه اول بودند. نحوه‌ی نمونه‌گیری به این صورت بود که: از میان ۹ مرکز ترک اعتیاد شهرستان جیرفت، ۵ مرکز، به صورت تصادفی انتخاب شد و پس از هماهنگی‌های لازم با مراکز مربوطه و جلب رضایت مراجعان، از هر مرکز ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. همچنین، برای انتخاب افراد غیرمعتاد، ۱۵۰ نفر از مردان غیرمعتاد از مناطق چهارگانه بصورت در دسترس انتخاب شدند. چهارده پرسشنامه در افراد معتاد و سه پرسشنامه در افراد غیرمعتاد ناقص پر شده بود که در تحلیل مورد استفاده قرار نگرفت و در نهایت ۱۳۶ نفر معتاد و ۱۴۷ نفر غیرمعتاد بعنوان نمونه مورد بررسی قرار گرفتند. در متغیر سن در گروه معتاد و غیرمعتاد به ترتیب تعداد ۲۴ نفر (۱۷/۶٪) و ۴۴ نفر (۲۹/۹٪) دارای سن ۲۰-۱۵ سال؛ ۶۹ نفر (۵۰/۷٪) و ۶۷ نفر (۴۵/۶٪) ۲۶-۳۶ سال؛ ۲۵ نفر (۱۸/۴٪) و ۲۶ نفر (۱۷/۷٪) ۳۷-۴۷ سال؛ ۱۸ نفر (۱۳/۲٪) و ۱۰ نفر (۶/۸٪) ۴۸-۵۸ سال داشتند. همچنین در سطح تحصیلات در گروه معتاد و غیرمعتاد به ترتیب تعداد ۲ نفر (۱/۵٪) و ۱ نفر (۰/۷٪) بی‌سواد؛ ۱۹ نفر (۱۴/۰۳٪) و ۱ نفر (۰/۷٪) ابتدایی؛ ۴۰ نفر (۲۹/۴٪) و ۱۲ نفر (۸/۲٪) سیکل؛ ۵۲ نفر (۳۸/۲٪) و ۴۱ نفر (۲۷/۹٪) دیپلم؛ ۱۱ نفر (۸/۱٪) و ۳۱ نفر (۲۱/۱٪) فوق دیپلم؛ ۱۲ نفر (۸/۸٪) و ۵۲ نفر (۳۵/۴٪) لیسانس؛ و در گروه غیرمعتاد ۹ نفر (۳/۲٪) فوق لیسانس بودند.

ابزار

۱. مقیاس آمادگی به اعتیاد: این مقیاس را وید و بوچر^۱ (۱۹۹۲) ساخته‌اند و تلاش‌هایی برای تعیین روایی آن در کشور ایران صورت گرفته که حاصل آن مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد است که زرگر (۱۳۸۵) با توجه به وضعیت روانی-اجتماعی جامعه ایرانی ساخته است. این مقیاس از دو عامل تشکیل شده و ۳۶ ماده به اضافه ۵ ماده‌ی دروغ‌سنج دارد. نمره‌گذاری سؤال روی یک پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) انجام می‌گیرد. برای بررسی روایی این مقیاس از دو روش استفاده شد. در روایی ملاکی، این مقیاس دو گروه معتاد و غیرمعتاد را به خوبی از یکدیگر تمیز داده است. در روایی همگرا، نمرات مقیاس رابطه‌ی معنادار ۰/۴۵ را با مقیاس ۲۵ ماده‌ای فهرست علائم بالینی نشان داد. اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شده که در حد مطلوب است (زرگر، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر میزان اعتبار آزمون با آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد. جهت بررسی روایی از همبستگی هر گویه با نمره کل استفاده شد که دامنه ضرایب از ۰/۴۲ تا ۰/۷۰ بود. دو نمونه از سؤالات عبارتند از: رفاقت با افرادی که مواد مصرف می‌کنند اشکالی ندارد؛ و مواد مخدر خواص مفیدی هم دارند.

۲. پرسش‌نامه سلامت معنوی: این پرسش‌نامه‌ی ۲۰ گویه‌ای توسط پولوتزین و الیسون^۲ (۱۹۸۲) طراحی شده است. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت شش گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) بوده و نمره کل سلامت معنوی جمع نمرات سه بعد شناخت، کنش و عواطف می‌باشد. دامنه‌ی نمرات بین ۲۰ تا ۱۲۰ است. در سؤالات منفی، نمره‌گذاری به شکل معکوس انجام شده است. سطح سلامت معنوی به سه گروه سلامت معنوی پایین (۲۰ تا ۴۰)، متوسط (۴۱ تا ۹۹)، و بالا (۱۰۰ تا ۱۲۰) تقسیم شدند. اعتبار و روایی این ابزار در مطالعه فاطمی (۱۳۸۵) با آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تایید شده است.

۳. مقیاس خودکارآمدی: این مقیاس توسط شرر (۱۹۸۲) ساخته شده که شامل ۱۷ ماده است. این مقیاس برای اندازه‌گیری خودکارآمدی که اختصاص به موفقیت خاصی از رفتار نداشته باشد، ساخته شده است. در حقیقت این مقیاس انتظارات خودکارآمدی افراد را در

سه سطح میل به آغازگری رفتار، میل به تلاش برای تکمیل رفتار، و مقاومت آن‌ها در رویارویی با موانع می‌سنجد. نمره‌گذاری این مقیاس براساس مقیاس لیکرت است. شرر (۱۹۸۲) آلفای کرونباخ را برای مقیاس خود ۰/۸۳ گزارش کرده است (اصغرنژاد، ۱۳۸۵).

یافته‌ها

جهت بررسی نقش پیش‌بینی کنندگی سلامت معنوی، خودکارآمدی و استعداد اعتیاد در تمیز دو گروه معتاد و غیرمعتاد می‌بایستی از تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شود. لیکن ابتدا می‌بایستی همتایی گروه‌ها با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی بررسی شد. میانگین سنی گروه معتاد ۳۴/۴۶ سال و گروه غیرمعتاد ۱۰۳۳ بود که نتایج آزمون t مستقل حکایت از برابری میانگین سنی گروه‌ها داشت ($t=1/50, P>0/05$). همچنین نتایج آزمون مجذور خی دو متغیری حکایت از همتایی گروه‌ها بر اساس تحصیلات داشت ($P>0/05, \chi^2=3/12$ مجذور خی). بنابراین رگرسیون لجستیک به شرح زیر انجام شد.

جدول ۱: خلاصه‌ی مدل رگرسیون تعلق گروهی براساس سلامت معنوی، خودکارآمدی، و استعداد اعتیاد

الگاریتم درست‌نمایی	ضریب تعیین کاکس و اسنل	ضریب تعیین نیجل کرک
۳۴۵/۸۰	۰/۱۵	۰/۲۰

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود مقادیر هر دو آماره مربوط به ضریب تعیین پزودو (۰/۱۵ و ۰/۲۰) بوده که نشان می‌دهد پیش‌بینی کننده‌ها توانسته‌اند بین ۰/۱۵ تا ۰/۲۰ درصد از تغییرات وضعیت استعداد به اعتیاد را تبیین کنند. همچنین آزمون اومنی‌بوس نشان داد که برازش مدل قابل قبول و معنادار است ($P<0/001, \chi^2=46/08$ مجذور خی). درصد صحیح تفکیک کنندگی متغیرهای پیش‌بینی کننده در تفکیک دو گروه معتاد و بهنجار در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی صحت پیش‌بینی متغیرهای پیش‌بینی کننده در تفکیک گروهی

گروه‌ها	وابسته به مواد	غیر وابسته به مواد	درصد صحیح
وابسته به مواد	۸۹	۴۷	۶۵/۴
غیر وابسته به مواد	۳۹	۱۰۸	۷۳/۵
کل	۱۲۸	۱۵۵	۶۹/۶

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود ۸۹ نفر از افراد وابسته به مواد (۶۵/۴٪) و ۱۰۸ نفر از افراد غیر وابسته به مواد (۷۳/۵٪) به درستی به گروه‌های خود اختصاص یافته‌اند به گونه‌ای که در مجموع پیش‌بینی‌کننده‌ها با صحت ۶۹/۶٪ توانسته‌اند افراد را با صحت به گروه‌های خود تخصیص دهند. جدول ضرایب رگرسیون گروه‌بندی را بر اساس متغیرهای سلامت معنوی، خودکارآمدی و استعداد به اعتیاد ارائه کرده است.

جدول ۳: جدول ضرایب رگرسیون تفکیک گروهی بر اساس متغیرهای سلامت معنوی، خودکارآمدی و استعداد به اعتیاد

متغیرها	B	انحراف استاندارد	آماره والد	معناداری	EXP
سلامت معنوی	۰/۰۱	۰/۰۰۹	۴/۱۴	۰/۰۴	۱/۰۱
خودکارآمدی	۰/۰۶	۰/۰۱	۱۴/۹۷	۰/۰۰۱	۱/۰۶
استعداد به اعتیاد	۰/۰۲	۰/۰۱	۳/۱۸	۰/۰۳	۱/۰۳

با توجه به جدول ۳ مقیاس سلامت معنوی ($P < ۰/۰۵$)، خودکارآمدی ($P < ۰/۰۰۱$) و استعداد به اعتیاد ($P < ۰/۰۵$) قابلیت پیش‌بینی وابستگی به مواد را دارا هستند. بنابراین طبق نتایج، پاسخ‌دهندگان که از سطح سلامت معنوی و خودکارآمدی بالاتری برخوردار بوده‌اند به ترتیب به میزان ۱/۰۱ و ۱/۰۶ کمتر به مواد وابسته می‌شوند و پاسخ‌دهندگان که از سطح استعداد به اعتیاد بالاتری برخوردار بوده‌اند به میزان ۱/۰۳ بیشتر به مواد وابسته می‌شوند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی نقش پیش‌بینی‌کننده سلامت معنوی و خودکارآمدی در استعداد به اعتیاد در افراد معتاد و غیرمعتاد بود. نتایج رگرسیون لجستیک نشان داد که متغیرهای سلامت معنوی، خودکارآمدی و استعداد به اعتیاد قادرند تغییرات متغیر وابسته یعنی رفتار وابستگی به مواد را پیش‌بینی کنند. این نتیجه با نتایج مراویجلیا (۱۹۹۹)، میلر و همکاران (۲۰۰۳)، والتن، بلو، بینقم و چرماک^۱ (۲۰۰۳)، موس و موس (۲۰۰۶)، استرلینگ و همکاران (۲۰۰۷)، دولان و همکاران (۲۰۰۸)، ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۸)، ابراهیم،

کمار و ابوسماح^۱ (۲۰۱۱) رضوی نعمت‌اللهی و همکاران (۲۰۱۲)، توریانو، شون، ویتمن و همکاران (۲۰۱۲)، خسروشاهی بهادری و خانجانی (۲۰۱۳)، گومز و همکاران (۲۰۱۳)، ندیمی (۲۰۱۵) و افشاری و همکاران (۲۰۱۶) هم‌خوانی دارد.

استرلینگ و همکاران (۲۰۰۷) مطالعه‌ای را تحت عنوان خودکارآمدی، اعتقادات و توجهات مرتبط با سیگار در شهر تگزاس انجام دادند، در این مطالعه مشخص شد که خودکارآمدی به طور مستقیم بر روی توجهات نسبت به سیگار اثر داشته و می‌تواند به عنوان یک راهکار مفید در پیشگیری از مصرف سیگار و همچنین در ترک سیگار به کار رفته شود. احتمال می‌رود مؤثرترین درمان‌ها برای اعتیاد به مواد، درمان‌هایی باشد که خودکارآمدی بالا یا خودتنظیمی، خودکارآمدی را افزایش می‌دهند (مارک، ۲۰۰۸). نتایج یافته‌های رضوی نعمت‌اللهی و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان داد که بین افراد وابسته به مواد افیونی، افراد وابسته به مواد محرک و افراد عادی در میزان خودکارآمدی تفاوت معناداری وجود دارد. افراد وابسته به مواد و افراد وابسته به مواد محرک در مقایسه با افراد عادی از خودکارآمدی پایین‌تری برخوردار هستند. خسروشاهی بهادری و خانجانی (۲۰۱۳) به این نتیجه دست یافتند که راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار، راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و خودکارآمدی توان پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد را دارند. نتایج پژوهش افشاری و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد که بین افراد وابسته به مواد افیونی و غیر وابسته در متغیر خودکارآمدی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر افراد غیر وابسته به مواد افیونی از خودکارآمدی بالاتری نسبت به افراد وابسته به مواد افیونی برخوردار هستند. میلر و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که نوجوانانی که دیندار نیستند و نمرات پایینی در اندازه‌گیری میزان فعالیت دینی به دست می‌آورند در مقایسه با نوجوانان دارای سطح بالاتر فعالیت دینی، مصرف و سوءمصرف مواد بیشتری را دارند. در این راستا پژوهش‌ها نشان دادند که داشتن نگرش‌ها و باورهای مذهبی و اعمال معنوی با کاهش استرس‌های روان‌شناختی و پیش‌گیری از رفتارهایی پرخطری همچون سیگار کشیدن و مصرف مواد همراه است (مراویجلیا، ۱۹۹۹). توریانو، شون، ویتمن و همکاران

(۲۰۱۲) به این نتیجه دست یافتند که باورهای مذهبی در پیشگیری به اعتیاد به مواد مخدر مؤثر است. گومز و همکاران (۲۰۱۳) دریافتند که برنامه‌های پیشگیرانه و درمانی تعهد مذهبی می‌تواند در پیشگیری از سوء مصرف مواد مؤثر باشد. ندیمی (۲۰۱۵) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که مذهب و نهادهای مذهبی می‌توانند مصرف مواد و بهبودی آن را از طریق برقراری یک نظم اخلاقی تحت تأثیر قرار دهند.

تبیینی که می‌توان ارائه نمود این است که زیر بنای سلامت معنوی دینداری است و دینداری یک عامل حمایت کننده از فرد در مقابل رفتارهای پرخطر از قبیل استعمال سیگار، مصرف الکل و ماری‌جوانا و استفاده از کوکائین است (براون، پارکز و زیمرمن^۱، ۲۰۰۱). مذهب می‌تواند مصرف مواد و بهبودی از آن را از طریق برقراری یک نظم اخلاقی تحت تأثیر قرار دهد. مذهب به تسهیل تجربه معنوی کمک می‌کند. تجربه معنوی می‌تواند تعهدات اخلاقی را تحکیم بخشد که این موضوع به نوبه‌ی خود مانع از مصرف الکل و سایر مواد می‌شود. همچنین مذهب می‌تواند سیستم معنایی شامل هدف‌دار بودن زندگی، احساس خودارزشمندی و خود را شایسته‌ی احترام دانستن را شکل دهد. این سیستم معنایی می‌تواند مانع از خطر پذیری و رفتار هیجان‌خواهی شود که این نیز می‌تواند منجر به احتمال کاهش مصرف مواد گردد (اسمیت^۲، ۲۰۰۳). بنابراین می‌توان این گونه نتیجه گرفت که چنانچه فرد دارای سلامت معنوی بالاتری باشد، به تبع آن معنایی که به خود و جهان اطرافش می‌دهد با احساس ارزشمندی و هدفمندی همراه است از این رو احتمال کمتری وجود دارد که به اقداماتی نظیر مصرف مواد دست بزند زیرا به احساس ارزشمند بودن وی آسیب می‌زند یا مانع رسیدن وی به اهدافش می‌شود. از سوی دیگر باورهای شناختی افراد متدین نظیر اعتقاد به این که خداوند در سختی‌ها به انسان کمک می‌کند و یا این که خدا او را مسئول رفتار خویش قرار داده، بر واکنش فرد در مقابله با فشار روانی تأثیر می‌گذارد علاوه بر این خودکارآمدی پایین سبب گرایش بیشتر به سمت مواد مخدر می‌شود و با مصرف مواد مخدر و ابتلاء به بیماری‌های روانی رابطه‌ی معکوس دارد. افرادی که به دلیل احساس ناکارآمدی خود در امور زندگی در رسیدن به اهداف مورد نظر مغلوب

می‌شوند احساس ناکامی می‌کنند و برای رهایی از این رنج و فراموشی موقت مسأله به مصرف مواد پناه می‌برند. این مطالب بیان‌کننده این است در افرادی که دارای مهارت اجتماعی ضعیف و خودکارآمدی پایین هستند، این تمایل وجود دارد که از مصرف مواد برای مقابله با مشکلات استفاده کنند.

از محدودیت‌های پژوهش، محدود بودن جامعه آماری به مراکز ترک اعتیاد شهرستان جیرفت بوده لذا در تعمیم نتایج باید احتیاط نمود.

بنابراین پیشنهاد می‌گردد با آموزش مستمر مهارت‌ها و تدارک برنامه‌ها در قالب کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزشی مرتبط با باور خودکارآمدی و سلامت معنوی می‌توان به ارتقاء سطح این دو متغیر و همچنین سلامت روان افراد کمک نمود.

منابع

ابوالقاسمی، عباس؛ پورکرد، مهدی؛ و نریمانی، احمد (۱۳۸۸). ارتباط مهارت‌های اجتماعی و خودکارآمدی با گرایش به مصرف مواد در نوجوانان، *مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی سبزوار*، ۴(۱۶)، ۸۸-۱۸۱.

اصغر نژاد، طاهره؛ خداپناهی، محمدکریم؛ و حیدری، محمود (۱۳۸۵). بررسی رابطه‌ی باورهای خودکارآمدی، مسند مهارت‌گذاری با موفقیت تحصیلی، *مجله روانشناسی*، ۸(۳۱)، ۲۶-۲۱۸.

شمس‌الدینی لری، سلوی؛ احمدی، آرمیندخت؛ باباخانی، نرگس؛ و افشاری، مریم (۱۳۹۵). مقایسه میزان حرمت خود، خودکارآمدی و خودتنظیمی در افراد وابسته به مواد افیونی، مواد محرک و افراد عادی. *مجله پزشکی قانونی ایران*، ۲۲(۱)، ۱۵-۲۲.

پرنده، اکرم؛ ایزدی، احمد؛ عبادی، عباس؛ و قنبری، مجتبی (۱۳۹۰). رابطه هوش معنوی و تعهد سازمانی در مدیران پرستاری بیمارستان‌های نظامی، *فصلنامه روان‌شناسی نظامی*، ۲(۶)، ۶۹-۷۸.

جوادی، رحم‌خدا؛ آقابخش، حبیب؛ رفیعی، حسن؛ عسگری، علی؛ معمار، احمد؛ و عبدی زرین، سهراب (۱۳۹۰). رابطه کارکرد خانواده با تاب‌آوری در برابر مصرف مواد. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۱۱(۴۱)، ۴۴-۴۲۱.

حبیبی، رحیم؛ صالح مقدم، امیررضا؛ طلایی، علی؛ ابراهیم‌زاده، سعید؛ و کریمی مونتقی، حسین (۱۳۹۱). بررسی تأثیر آموزش حل مسأله تعدیل شده با رویکرد خانواده محور، بر میزان عزت نفس مددجویان وابسته به مواد مخدر، *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۵۵(۱)، ۹-۵۲.

خسروشاهی بهادری، جعفر؛ و خانجانی، زینب (۲۰۱۳). ارتباط راهبردهای مقابله‌ای و خودکارآمدی با گرایش به سوء مصرف مواد در دانشجویان. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۴(۳)، ۸۰-۹۰.
رضایی، محبوبه؛ سید فاطمی، نعیمه؛ و حسینی، فاطمه (۱۳۸۷). سلامت معنوی بیماران در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمیایی درمانی، مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه تهران (حیات)، ۱۴(۳ و ۴)، ۹-۳۳.

رضوی نعمت‌اللهی، ویدا؛ حسینی فرد، سید مهدی؛ و شمس‌الدینی لری، سلوی (۱۳۹۱). مقایسه افراد وابسته به مواد افیونی، مواد محرک و افراد عادی در میزان خودکارآمدی و خودتنظیمی رفتاری. فصلنامه تحقیقات روانشناسی، ۴(۱۵)، ۸۱-۹۳.

زرگر، یداله (۱۳۸۵). ساخت مقیاس ایرانی آمادگی اعتیاد، دومین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران، تهران.

زینالی، علی؛ وحدت، رقیه؛ و عیسوی، محسن (۱۳۸۷). زمینه‌های مستعدکننده پیش‌اعتیادی معتادان بهبودیافته، مجله‌ی روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی، ۱۳(۵۲)، ۷۱-۹.

زینالی، علی؛ و وحدت رقیه (۱۳۸۸). رواسازی پرسش‌نامه استعداد اعتیاد ویراست دانشجویان، گزارش طرح پژوهشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوی.

ستوده، هدایت الله (۱۳۸۵). آسیب‌شناسی اجتماعی تهران: آوای نور.

سیدفاطمی، نعیمه؛ رضایی، محبوبه؛ گیوری، اعظم؛ و حسینی، فاطمه (۱۳۸۵). اثر دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان، فصلنامه پایش، ۵(۴)، ۲۹۵-۳۰۴.

طارمیان، فرهاد (۱۳۸۰). سوء مصرف مواد در جوانان، تهران: انتشارات بعثت.

قنبری طلب، محمد؛ و فولادچنگ، محبوبه (۱۳۹۴). رابطه بین تاب‌آوری و نشاط ذهنی با استعداد اعتیاد دانشجویان، فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۹(۳۴)، ۹-۲۲.

کشوری، احمد (۱۳۸۸). اعتیاد از میکده تا ماتمکده، تهران: انتشارات سمیع.

کمالی، محمود (۱۳۸۴). بررسی نقش کارآمدی معلم، منابع اطلاعات خودکارآمدی و ویژگی شخصی در خودکارآمدی ریاضی و عملکرد ریاضی دانش آموزان پایه سوم راهنمایی شهر یزد، پایان نامه دکترا، دانشگاه تربیت معلم.

مینویی، محمود؛ و صالحی، مهدیه (۱۳۸۲). بررسی عملی بودن، اعتبار، روایی و هنجاریابی آزمون‌های AAS، APS، و MAC-R. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱(۳)، ۷۷-۱۰۸.

ندیمی، محسن (۱۳۹۴). نقش مذهب و نهادهای مذهبی در پیشگیری از سوء مصرف مواد. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۲(۶)، ۶۳-۹۰.

نقیب‌السادات، سیدرضا؛ و قانع، مهسا (۱۳۹۱). بررسی رابطه بهره‌برداری از فناوری‌های نوین ارتباطی و گرایش به اعتیاد در جوانان، فصلنامه جامعه‌شناسی مطالعات جوانان، ۲(۵)، ۲۸-۱۱۳.

Badr, H.E.; & Moody, P.M. (2005). Self-Efficacy: A Predictor for Smoking Cessation Contemplators in Kuwaiti Adults. *International journal of behavioral*, 12(4), 273-7.

Bandura, A. (1993). Cognitive processes in mediating behavioral change. *Journal of personality and social psychology*, 35, 125-39.

Brown, T.; Parks, G.S.; Zimmerman, R.S.; & Phillips, C.M. (2001). The role of religion in predicting adolescent alcohol use and problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 695- 705.

Dolan, S.L.; Martin, R.A.; & Rohsenow, D.J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors*, 33, 675-88.

Franke, P.; Neef, D.; Weiffenbach, O.; Gansicke, M.; Hautzinger, M.; & Maier, W. (2003). Psychiatric comorbidity in risk groups of opioid addiction: A comparison between opioid dependent and non-opioid dependent prisoners, *Journal of Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 71(1), 37-44.

Gendreau, P.; & Gendreau, L.P. (1970). The "addiction-prone" personality: A study of Canadian heroin addicts. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 2(1), 18-25.

Ibrahim, F.; Kumar, N.; & Abu Samah, B. (2011). Self-efficacy and relapsed addiction tendency, *Social sciences*, 6, 277 -82.

Gomes F.C.; de Andrade A.G.; Izbicki R.; Moreira Almeida A.; Oliveira L.G. (2013). Religion as a protective factor against drug use among Brazilian university students: a national survey. *Revista brasileira de psiquiatria*, 35(1), 29-37.

Maisto, S.A.; Connors, G.J.; & Zywiak, W.H. (2000). Alcohol treatment, changes in coping skills, self-efficacy, and levels of alcohol use and related problems 1 year following treatment initiation. *Psychology of addictive behaviors*, 14(3), 257-66.

Mark, A.L. (2008). Weight redacting for treatment of obesity –associated hypertension Nuance and challenges. *Current Hypertension Report*, 9, 368-72.

Meraviglia, M.G. (1999). Critical analysis of spirituality and its empirical indicators, Prayer and meaning in life. *Journal of Holist nursing*, 17(1), 18-33.

Merrill, R.M.; Folsom, J.A.; & Christopherson, S.S. (2005). The influence of family religiosity on adolescent substance use according to religious preference. *Social Behavior and Personality*, 33(8), 821-36.

Miller, L.; Davies, M.; & Greenwald, N.W. (2003). Relationship between family religiosity and substance use and abuse among adolescents in the national comorbidity survey. *Journal of the American academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1190-7.

Moos, R.H.; & Moos, B.S. (2006). Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*, 101(2), 212-22.

Naar-King, S.; Wright, K.; Parsons, J.T.; Frey, M.; Templin, T.; & Ondersma, S. (2006). Tran's theoretical Model and substance use in HIV-positive youth. *AIDS Care*, 18(7), 839-45.

Nonnemaker, J.M.; McNeely, C.A.; & Blum, R.W. (2003). Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behavior: Evidence from the

- National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Social Science and Medicine*, 57(11), 2049-54.
- Paloutzian, R.; Ellison, C. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. D. Perlman D. *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. In: Peplau New York: John Wiley and Sons, 224-35.
- Ramo, D.E.; Anderson, K.G.; Tate, S.R.; Brown, S.A. (2005). Characteristics of relapse to substance use in comorbid adolescents, *Addictive Behaviors*, 30, 1811–23.
- Sherer, M.; Maddux, J.E.; Mercandante, B.; Prentice- Dunn, S.; Jacobs, B.; & Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scales: Construction and validation Psychological Reports. *Annual meeting of the southeastern association*, 150.
- Smith, C. (2003). Theorizing religious effects among American adolescents, *Journal for the scientific study of religion*; 42, 17-30.
- Sterling, K.L.; Diamond, P.M.; Mullen, P.D.; Pallonen, U.; Ford, K.H.; & McAlister, A. (2007). Smoking-related self-efficacy, belief and intention: assessing factorial validity and structure AL relationships in 9th-12th grade current smokers in Texas, *Addictive Behaviors*, 32(9), 1863–76.
- Turiano, N.A.; Whiteman, S.D.; Hampson, S.E.; Roberts, B.W.; & Mroczek, D.K. (2012). Personality and substance use in midlife: Conscientiousness as a moderator and the effects of trait change. *Journal of research in personality*, 46, 295–305.
- Walton, M.A.; Blow, F.C.; Bingham, C.R.; & Chermack, S.T. (2003). Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. *Addictive behaviors*, 28(4), 627-42. DOI: 10.1016/S0306-4603(01)00284-2.
- Weed, N.; Butcher, N.J.; McKenna, T.; & Ben-Porath, Y. (1992). New measures for assessing alcohol and other drug problems with the MMPI-2: The APS and AAS. *Journal of Personality Assessment*, 58, 389-404.
- Wills, T.A.; & Year, M.A.; & Sandy, J. (2003). Buffering effects of religiosity for adolescent substance use, *Psychology of Addictive Behaviors*; 17(1), 24-31.