

مقایسه تاب‌آوری، سبک‌های هویتی، معنویت و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد معتاد، غیر معتاد و بهبود یافته

سیدعلی حسینی‌المدنی^۱، حسن احدی^۲، یوسف کریمی^۳، هادی بهرامی^۴، آمنه معاضدیان^۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۲/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۱/۰۱

چکیده

هدف: هدف از انجام این پژوهش مقایسه تاب‌آوری، سبک‌های هویتی، معنویت و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد معتاد، غیرمعتاد و بهبودیافته بود. **روش:** در این مطالعه علی‌مقایسه‌ای، تعداد ۳۰ نفر معتاد، ۳۰ نفر غیرمعتاد و ۳۰ نفر معتاد بهبودیافته به روش نمونه‌گیری در دسترس در سال ۱۳۹۰ که متعلق به جمعیت خیریه تولد دوباره در تهران بودند، انتخاب شدند. همه شرکت‌کنندگان پرسش‌نامه‌های تاب‌آوری، سبک‌های هویت برزونسکی، معنویت و حمایت اجتماعی ادراک شده را تکمیل کردند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که در سبک هویتی اطلاعاتی، افراد غیرمعتاد به طور معنی‌داری دارای نمرات بالاتری نسبت به افراد معتاد و افراد بهبود یافته‌اند. در سبک هویتی هنجاری، گروه غیرمعتاد به طور معناداری دارای سطح بالاتری نسبت به گروه معتاد و گروه بهبود یافته هستند. در مقایسه سبک هویت سردرگم/اجتنابی، افراد غیرمعتاد به طور معنی‌داری دارای نمرات پایین‌تری نسبت به معتادان هستند. نتایج حاصل از مقایسه تاب‌آوری در چهار گروه نشان داد که افراد غیرمعتاد به طور معناداری دارای تاب‌آوری بالاتر نسبت به گروه‌های معتاد و بهبودیافته هستند. همچنین افراد بهبود یافته نیز نسبت به معتادین به طور معنی‌داری دارای تاب‌آوری بالاتری بودند. در مقایسه مولفه معنویت، افراد غیرمعتاد و افراد بهبودیافته به طور معناداری دارای نمرات بالاتری نسبت به افراد معتادند. در مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده، افراد غیرمعتاد و بهبودیافته نسبت به افراد معتاد به طور معناداری دارای سطوح بالاتری هستند. **نتیجه‌گیری:** حضور در گروه‌های NA، دریافت حمایت اجتماعی و مشارکت در فرایند ترک مواد باعث افزایش تاب‌آوری در معتادان بهبودیافته شده است. همچنین هویت یک مولفه فردی نسبتاً ثابت است که با مشارکت در فرایند درمان، تغییر چندانی در آن ایجاد نمی‌شود.

کلید واژه‌ها: تاب‌آوری، هویت، معنویت، حمایت اجتماعی

۱. نویسنده مسئول: دکترای روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران. پست

الکترونیکی: alihosseini@madani@yahoo.com

۲. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

۳. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

۴. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

۵. دانشجوی دکترای روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

مقدمه

نوجوانان به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی و هویت‌یابی دریافت مناسبی از پیامدهای اعمال خود ندارند و مستعد سوء‌مصرف موادمند (بویر^۱، ۲۰۰۶). بسیاری از تحقیقات نشان داده‌اند که اختلال سوء‌مصرف مواد دارای پیش‌آگهی نامطلوبی است و هزینه‌های درمانی هنگفتی را به خانواده‌ها و جامعه چه به صورت مستقیم و چه به صورت غیر مستقیم تحمیل می‌کند. حداقل نیمی از افراد درمان شده تا ۶ ماه بعد از درمان دوباره به این بیماری مبتلا می‌شوند و این میزان برای ۱ سال پس از درمان ۷۵ درصد است (وزیریان و مستشاری، ۲۰۰۳). این یافته‌ها لزوم توجه به پیشگیری و شناسایی عوامل خطر و محافظت‌کننده را دو چندان می‌کند.

نوجوانان همیشه در حال مواجهه با شکل‌دهی یک هویت‌اند. برزونسکی^۲ (۱۹۹۰) سه سبک هویتی را معرفی می‌کند: سبک اطلاعاتی^۳، سبک هنجاری^۴ و سبک سردرگم/اجتنابی^۵. افراد دارای سبک اطلاعاتی آگاهانه به دنبال پردازش و ارزیابی اطلاعات مرتبط قبل از حل تعارضات هویتی و شکل دادن هویت‌اند. آنها خود‌اندیشه‌گرند، نسبت به دیدگاهشان درباره خود و اعتبار آن تردید دارند و آن را زیر سوال می‌برند. علاقه‌مند به یادگیری مطالب جدید درباره خودشان‌اند و خواستار ارزیابی و اصلاح ساختار هویتی خود در صورت مواجهه با اطلاعات و بازخوردهای ناهماهنگ‌اند (برزونسکی، سیوچ، دوریز و سوئنس^۶، ۲۰۱۱). سبک هنجاری، بیشتر توسط نگرانی نسبت به برآورده ساختن انتظارات افراد مهم در زندگی مشخص می‌شود. این سبک باعث مقاومت در برابر تغییر و مقابله با اطلاعاتی می‌شود که باورها و ارزش‌های فرد را به چالش می‌کشاند. افراد دارای نمرات بالا در مقیاس هنجاری خود را در قالب اسنادهای جمعی مانند مذهب، خانواده و ملیت تعریف می‌کنند (برزونسکی، مسک و نورمی^۷، ۲۰۰۳).

1. Boyer
2. Berzonsky
3. informational style
4. normative style
5. avoidant-disoriented style
6. Cieciuch, Duriez & Soenens
7. Macek & Nurmi

افراد با جهت گیری سردرگم/اجتنابی توجه اندکی به آینده خود و پیامدهای درازمدت اعمالشان نشان می دهند و تصمیمات مبتنی بر هیجان اتخاذ می کنند. در هنگام انتخاب کردن و عمل کردن، رفتار آنها اساسا توسط تقاضاها و پیامدهای فوری بیرونی هدایت می شود (برزونسکی و فراری،^۱ ۲۰۰۹). برخی مطالعات نشان داده اند که جهت گیری اجتنابی/سردرگم مرتبط با مصرف الکل و مصرف مواد (نورمی، برزونسکی، تامی و کینی^۲، ۱۹۹۷؛ جونز، روس و هارتمن^۳، ۱۹۹۲؛ نوری و قربانی، ۲۰۱۰، سماوی، ۲۰۰۸، وایت، وامپلر و وین^۴، ۱۹۹۸) و دشواری در بهبودی از مصرف مواد (وایت، مونت گومری، وامپلر و فیشر^۵، ۲۰۰۳) است. از طرف دیگر جهت گیری اطلاعاتی به طور منفی مرتبط با مصرف مواد است (جونز و همکاران، ۱۹۹۲؛ وایت و همکاران، ۱۹۹۸). در مقیاس هنجاری مطالعات نشان داده است که نمرات بالا در این مقیاس به طور معکوس مرتبط با مصرف مواد است (جونز و همکاران، ۱۹۹۲؛ نوری و قربانی، ۲۰۱۰؛ وایت و همکاران، ۱۹۹۸؛ وایت و جونز، ۱۹۹۶).

اخیرا محققان از نقش عوامل مثبت و محافظت کننده در زندگی نوجوانان و تاثیر آن بر مصرف مواد در نوجوانان و جوانان آگاه شده اند (فرگوس و زیمرمن،^۶ ۲۰۰۵). این تغییر به سمت عوامل محافظت کننده با رشد تحقیقات در حوزه تاب آوری^۷ همراه بوده است (کگلر^۸ و همکاران، ۲۰۰۵؛ هسه و گرایدون^۹، ۲۰۰۹). تاب آوری توانایی مقاومت در برابر برابر استرس و بازگشت به تعادل طبیعی پس از تجربه عوامل استرس زا تعریف می شود (ورنر^{۱۰}، ۲۰۰۴). تاب آوری از مشکلات روان شناختی بین نوجوانان و جوانان جلوگیری کرده و آنها را در برابر تاثیرات روان شناختی رویدادهای مشکل زا مصون نگه می دارد (پین کوآرت^{۱۱}، ۲۰۰۹). شواهد نشان می دهد که افراد تاب آور به احتمال کمتری جذب

1. Ferrari
3. Jones, Ross & Hartman
5. Fisher
7. Resiliency
9. Hassa & Graydon
11. Pinquart

2. Nurmi, Tammi & Kinney
4. White, Wampler & Winn
6. Fergus & Zimmerman
8. Kegl
10. Werner

رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد می‌شوند (باکتر، مزاکاپا و بردسلی^۱، ۲۰۰۳؛ کومو، سارچیاپون، گیانانتونیو، مانسینی و روی^۲، ۲۰۰۸). همچنین تاب‌آوری مرتبط با هیجان‌ات مثبت است که نقش حفاظتی را در برابر افسردگی و مصرف مواد ایفا می‌کند (بونانو، گله، بوسیاریلی و والهو^۳، ۲۰۰۷).

فرایند توقف سوءمصرف مواد و پایان دادن به روابط با همسالان معتاد به شدت استرس‌آور است و نیازمند منابع و روابط حمایتی جدید است (استونسون^۴، ۲۰۰۹). حمایت اجتماعی ادراک شده با افزایش سلامت روانشناختی فرد، همانند سپری علیه عود پس از درمان عمل می‌کند (داج و پوتوکی^۵، ۲۰۰۰؛ سلمون، جوزف، سیلور و من^۶، ۲۰۰۰). داویس و جیسون^۷ (۲۰۰۵) نیز به این نتیجه رسیدند که پرهیز از مصرف مواد به طور مثبت با دریافت حمایت اجتماعی در ارتباط است. نشان داده شده است که در طی مراحل ابتدایی درمان، حمایت دیگران جهت ترک مصرف از اهمیت زیادی برخوردار است (وارن، استین و گرلا^۸، ۲۰۰۷). البته برخی تحقیقات (مانند مک دونالد^۹ و همکاران، ۲۰۰۴) نیز نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی همیشه پیش‌بینی کننده مراحل بهبودی نیست.

معنویت بعدی مهم و تاثیرگذار در سلامت فرد و خانواده است (کونر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۳؛ والش^{۱۱}، ۲۰۰۳). رابطه منفی معنویت با احتمال مصرف مواد در بسیاری از تحقیقات نشان داده شده است (میچالاک^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۷؛ والیس^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۷؛ چیت‌وود^{۱۴}، ۲۰۰۸). نوجوانانی که به اهمیت نقش مذهب در زندگی شان پی برده‌اند و در فعالیت‌های مذهبی شرکت می‌کنند از احتمال کمتری جهت ورود به رفتارهای پرخطر مانند سیگار کشیدن، مصرف الکل و روابط جنسی برخوردارند (سینها^{۱۵} و همکاران،

1. Buckner, Mezzacappa & Beardslee
2. Cuomo, Sarchiapone, Giannantonio, Mancini & Roy
3. Bonanno, Galea, Bucciarelli & Vlahov
4. Stevenson
5. Dodge & Potocky
6. Salmon, Joseph, Saylor & Mann
7. Davis & Jason
8. Warren, Stein & Grella
9. Macdonald
10. Connor
11. Walsh
12. Michalack
13. Wallace
14. Cheetwood
15. Sinha

۲۰۰۷). باورهایی مثل اعتقاد به خدا و مذهب والدین باعث کاهش مصرف الکل و ماری جوآنا در بین نوجوانان می شود (کلی ور و مورل^۱، ۲۰۰۷). فلاین^۲ و همکاران (۲۰۰۳) دریافتند که بیمارانی که عنوان کرده بودند مذهب و معنویت یک منبع حمایتی جهت رهایی از اعتیاد است، دو برابر بیش از دیگران احتمال بهبودی از مصرف هروئین و کوکائین در ۵ سال بعد را داشتند. البته به این نکته نیز باید اشاره شود که برخی تحقیقات (میلر^۳ و همکاران، ۲۰۰۸) نیز به این نتیجه رسیده اند که معنویت نقشی حمایتی در برابر مصرف مواد ندارد.

با توجه به پیشینه، چنین به نظر می رسد که تحقیقی به بررسی و مقایسه این متغیرها در گروه های معتاد، غیرمعتاد و معتادان بهبود یافته نپرداخته است، لذا هدف از انجام این پژوهش مقایسه سبک های هویتی، تاب آوری، معنویت و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد معتاد، غیر معتاد و بهبود یافته است. در این تحقیق گروه بهبود یافته به این دلیل انتخاب شده است که سیر تغییر و یا ثبات این متغیرها را در معتادین سابق و بهبودیافتگان کنونی مشاهده کنیم. شاید مداخله کوتاه مدت و چند هفته ای تغییرات عمیق شخصیتی، هویتی، معنویت و تاب آوری را در افراد معتاد به وجود نیاورد، اما مشاهده تغییرات این متغیرها در افرادی که حداقل دو سال از بهبودی آنها گذشته است می تواند سیر تحول، تغییر، یا تثبیت این متغیرها را به خوبی نشان دهد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

روش تحقیق در این مطالعه علی-مقایسه ای بوده است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد معتاد ۱۵-۲۵ سال بستری شده در مرکز بازپروری توسکا متعلق به جمعیت خیریه تولد دوباره در تهران است. همچنین جامعه آماری افراد غیر معتاد (به عنوان گروه کنترل)

نیز شامل نوجوانان و جوانان غیرمعتاد ساکن در منطقه افسریه تهران است. جامعه آماری افراد بهبود یافته دربرگیرنده تمامی افراد بهبود یافته مراجعه کننده به جمعیت خیریه تولد دوباره است. روش نمونه گیری در دسترس و داوطلبانه بود. به منظور نمونه گیری از معتادان، ۳۰ نفر از داوطلبین که مایل به شرکت در پژوهش بودند از کمپ نوجوانان و جوانان (۲۵-۱۵ سال) انتخاب شدند. دامنه سنی این نمونه بین ۱۵ تا ۲۵ سال با میانگین ۲۲/۴ و همگی مذکر بودند. افراد این نمونه طبق اظهار نظر خود، حداقل دو سال سابقه مصرف مواد (چه افیونی و چه محرک) داشته اند. جهت انتخاب افراد غیر معتاد، از افراد در دسترس ساکن در منطقه افسریه استفاده شد. تعداد افراد نمونه گیری شده برای این گروه نیز همانند گروه اول ۳۰ نفر بود. دامنه سنی این نمونه بین ۱۵ تا ۲۵ سال با میانگین ۲۱/۶ بود. طبق اظهار نظر شخصی، این افراد سابقه مصرف هیچ نوع ماده‌ای را نداشتند. برای انتخاب افراد بهبود یافته، پس از مراجعه به جمعیت خیریه تولد دوباره، تعداد ۳۰ نفر از افرادی که از نظر روان‌شناسان، روانپزشکان و خانواده این افراد، حدود دو سال پاک مانده و هیچ گونه ماده‌ای را مصرف نکرده بودند در اختیار محقق قرار گرفت. همچنین این افراد جهت دریافت خدمات مشاوره‌ای به مراکز جمعیت خیریه تولد دوباره مراجعه می‌کردند و معمولاً در گروه‌های NA نیز شرکت می‌کنند. طبق اظهار نظر کارشناسان، روانشناسان و خانواده این افراد، پاک بودن این افراد و تغییرات رفتاری و خلقی آنها مشهود بود. میانگین سنی این گروه ۲۵/۸ سال بود. گروه‌های مختلف تاحدود زیادی از لحاظ متغیرهای سن، جنس، تحصیلات، وضعیت اقتصادی با یکدیگر هم‌تا شدند.

ابزار

۱- مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند بعدی^۱: این پرسشنامه ۱۲ عبارتی به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی توسط زیمت، داهلم، زیمت و فارلی^۲ (۱۹۸۸) ساخته شده است. آزمودنی‌ها پاسخ‌های

1. multidimensional scale of perceived social support

2. Zimet, Dahlem, Zimet & Farley

خود را در یک مقیاس ۷ درجه ای لیکرت بیان می کنند (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم). ضریب آلفای کل آزمون برابر با ۰/۹۱ و ضریب آلفای زیرمقیاس های آن در دامنه ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ قرار دارد (زیمت و همکاران، به نقل از فیشر و کونکوران^۱، ۲۰۰۶). در این پژوهش ضریب آلفای کروناخ برای کل آزمون ۰/۷۹ به دست آمد.

۲- پرسشنامه سبک های هویتی برزونسکی^۲: این پرسشنامه توسط وایت و همکاران (۱۹۹۸) ساخته و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه متشکل از ۴۰ عبارت است که آزمودنی ها میزان توافق خود را با هر عبارت در یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت بیان می کنند. وایت و همکاران (۱۹۹۸) آلفای کروناخ را برای مقیاس های اطلاعاتی، سردرگم/اجتنابی و هنجاری به ترتیب ۰/۵۹، ۰/۷۸ و ۰/۶۴ به دست آوردند. در ایران، سلطانی، فولادوند و فتحی آشتیانی (۱۳۸۹) ضریب آلفای کروناخ را برای سبک های اطلاعاتی، هنجاری و سردرگم/اجتنابی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۶ و ۰/۸۰ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش کردند.

۳- مقیاس تاب آوری کانر-داویدسون: کانر و داویدسون (۲۰۰۳) ضریب اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کروناخ ۰/۹۳ گزارش کردند. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است و بر اساس گزارش از روایی و پایایی مناسب برای پژوهش برخوردار است. پرسشنامه دارای یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) و پنج (همیشه درست) نمره گذاری می شود. محمدی (۱۳۸۴) در تحقیقی با اجرای مقیاس تاب آوری روی ۷۱۸ مرد ۱۸-۲۵ ساله در گروه های سالم و مصرف کننده، با استفاده از روش آلفای کروناخ ضریب اعتبار برابر با ۰/۸۹ را به دست آورد.

۴- پرسشنامه معنویت پاریسیان و دونینگک: این پرسشنامه متشکل از ۲۹ عبارت است و آزمودنی ها میزان توافق خود را با هر عبارت در یک مقیاس ۴ درجه ای لیکرت ابراز می دارند. نسرین پاریسیان و دونینگک (۲۰۰۹) همسانی درونی را برای کل آزمون و خرده

1. Fischer & Concoran
2. identity styles inventory-sixth grade

مقیاس‌های خودآگاهی، اهمیت باورهای معنوی در زندگی، فعالیت‌های معنوی و نیازهای معنوی به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۱، ۰/۹۱، ۰/۸۹ و ۰/۸۹ گزارش کردند. نتایج حاصل از روش بازآزمایی نیز در یک فاصله ۱۰ هفته‌ای هیچ تفاوت معنی‌داری را بین نمرات مرتبه اول و دوم نشان نداد، که این امر حاکی از اعتبار مطلوب پرسشنامه معنویت است. در پژوهش حاضر محققان ترجیح دادند به جای ۴ خرده‌مقیاس، از یک مقیاس کلی استفاده کنند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۱ به دست آمد.

یافته‌ها

در این تحقیق متغیرهای هویت، حمایت اجتماعی، معنویت و تاب‌آوری بین سه گروه معنادار، عادی و بهبود یافته، با آزمون تحلیل واریانس مورد مقایسه قرار گرفتند.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه

متغیرها	M	S.D.	M	S.D.	M	S.D.
هویت اطلاعاتی	۶/۷۴۳	۳۵/۶۷	۱۰/۱۴۷	۳۵/۰۷	۷/۳۶۷	۴۰/۷۳
هویت هنجاری	۵/۸۶۳	۲۷/۸۰	۵/۶۷۷	۲۵/۳۳	۷/۵۰۴	۳۲/۸۰
هویت سردرگم	۷/۴۵۳	۳۲/۳۳	۶/۲۱۳	۳۴/۴۷	۷/۶۱۰	۲۸/۱۳
حمایت اجتماعی	۱۷/۵۹۲	۵۵/۶۷	۱۲/۳۷۳	۴۵/۵۳	۱۱/۵۸۴	۶۳/۴۷
معنویت	۱۸/۴۹۲	۷۶/۲۰	۱۵/۴۷۷	۶۵/۶۷	۱۳/۷۲۱	۸۵/۰۰
تاب‌آوری	۱۷/۰۰۴	۶۴/۲۰	۱۹/۴۷۰	۵۵/۰۷	۱۳/۵۱۳	۷۳/۵۳

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۱، گروه غیرمعنادار دارای بالاترین میانگین مؤلفه‌های هویت اطلاعاتی، هویت هنجاری، حمایت اجتماعی، معنویت و تاب‌آوری بوده است و گروه معنادار بالاترین میانگین هویت سردرگم را داشته است. نتایج تحلیل مانووا برای مقایسه متغیرهای مورد مطالعه در سه گروه معنادار، غیرمعنادار و بهبود یافته حکایت از تفاوت معنادار داشت ($F=۴/۹۸۹$, $P<۰/۰۰۱$). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل تحلیل واریانس تک متغیری و سپس آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس در متغیرهای و گروه های مورد مطالعه

متغیرها	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	آماره F	معناداری
هویت اطلاعاتی	۲	۸۷	۴/۳۰۳	۰/۰۱۷
هویت هنجاری	۲	۸۷	۱۰/۵۹۸	۰/۰۰۱
هویت سردرگم	۲	۸۷	۶/۱۴۶	۰/۰۰۳
حمایت اجتماعی	۲	۸۷	۱۲/۱۹۴	۰/۰۰۱
معنویت	۲	۸۷	۱۰/۹۵۵	۰/۰۰۱
تاب آوری	۲	۸۷	۹/۰۱۸	۰/۰۰۱

همانگونه که در جدول فوق ارائه شده است در هویت اطلاعاتی تفاوت معناداری حداقل بین دو گروه از گروه های مورد مطالعه وجود دارد ($p < ۰/۰۵$). همچنین در هویت هنجاری، سردرگم، حمایت اجتماعی، معنویت و تاب آوری ($p < ۰/۰۱$) تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۳: آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه دو به دو گروهها

متغیرها	گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگینها	معناداری
هویت اطلاعاتی	غیر معناد	معناد	۵/۶۶۷	۰/۰۲۴
	غیر معناد	بهبود یافته	۵/۰۶۷	۰/۰۵۰
	معناد	بهبود یافته	-۰/۶۰۰	۰/۹۵۷
هویت هنجاری	غیر معناد	معناد	۷/۴۶۷	۰/۰۰۱
	غیر معناد	بهبود یافته	۵/۰۰۰	۰/۰۰۹
	معناد	بهبود یافته	-۲/۴۶۷	۰/۲۹۹
هویت سردرگم	غیر معناد	معناد	-۶/۳۳۳	۰/۰۰۳
	غیر معناد	بهبود یافته	-۴/۲۰۰	۰/۰۶۳
	معناد	بهبود یافته	۲/۱۳۳	۰/۴۸۰
حمایت اجتماعی	غیر معناد	معناد	۱۷/۹۳۳	۰/۰۰۱
	غیر معناد	بهبود یافته	۷/۸۰۰	۰/۰۸۷
	معناد	بهبود یافته	-۱۰/۱۳۳	۰/۰۱۸
معنویت	غیر معناد	معناد	۱۹/۳۳۳	۰/۰۰۱
	غیر معناد	بهبود یافته	۸/۸۰۰	۰/۰۹۰
	معناد	بهبود یافته	-۱۰/۵۳۳	۰/۰۳۳
تاب آوری	غیر معناد	معناد	۱۸/۴۶۷	۰/۰۰۱
	غیر معناد	بهبود یافته	۹/۵۳۳	۰/۰۳۷
	معناد	بهبود یافته	-۹/۴۳۳	۰/۰۴۶

همانگونه که در جدول فوق ارائه شده است نتایج مقایسه دو به دو گروه‌ها در آزمون توکی نشان داد که مؤلفه‌های هویت اطلاعاتی و هنجاری در گروه غیرمعتاد از دو گروه معتاد و بهبود یافته به صورت معنی داری بالاتر و مؤلفه هویت سردرگم در گروه غیرمعتاد از دو گروه معتاد و بهبود یافته به صورت معنی داری پایین تر است؛ در حالی که دو گروه معتاد و بهبود یافته از نظر مؤلفه های هویت تفاوت معنی داری با هم ندارند. از نظر متغیرهای حمایت اجتماعی و معنویت، گروه‌های غیرمعتاد و بهبود یافته با یکدیگر تفاوت معنی داری ندارند و میانگین بالاتری نسبت به گروه معتاد داشته‌اند. در متغیر تاب‌آوری گروه‌های غیرمعتاد و بهبود یافته نمرات بالاتری نسبت به گروه معتاد داشته‌اند. همچنین گروه غیرمعتاد نسبت به گروه بهبود یافته نمرات بالاتری گرفته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه تاب‌آوری، سبک‌های هویتی، معنویت و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد معتاد، غیرمعتاد و بهبود یافته انجام شده است. همان‌طور که نشان داده شده است تفاوت معنی داری از نظر مؤلفه‌های هویت (اطلاعاتی، هنجاری، سردرگم/اجتنابی) بین سه گروه معتادان، افراد عادی و افراد بهبود یافته مشاهده می‌شود. از نظر هویت اطلاعاتی افراد غیرمعتاد به‌طور معنی داری در سطح بالاتری از دو گروه معتاد و بهبود یافته قرار دارند. گرچه افراد بهبود یافته نسبت به معتادین دارای نمرات بالاتری در سبک اطلاعاتی بودند اما این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. چنین به نظر می‌رسد که افراد بهبود یافته تا حدی به درک جدیدی نسبت به خود و توانایی‌های خود دست یافته‌اند و شرکت در جلسات NA توانسته است تا حدی تصمیم‌گیری مبتنی بر اطلاعات و تصمیم‌گیری آگاهانه را برای این افراد تدارک بیند؛ اما این تفاوت به اندازه‌ای که قادر باشد این گروه را به طور قابل‌تصور از گروه معتادان تفکیک کند نبود. یکی از دلایل این امر ممکن است این باشد که هویت معمولاً در سنین نوجوانی شکل داده می‌شود و پس از آن تغییر آن به دشواری صورت می‌گیرد. برخی مطالعات نشان داده‌اند که جهت‌گیری

اطلاعاتی به طور منفی مرتبط با مصرف مواد است (جونز و همکاران، ۱۹۹۲؛ وایت و همکاران، ۱۹۹۸). در این بخش، یافته‌های این پژوهش با مطالعات ذکر شده همسو است.

از نظر هویت هنجاری نیز بین افراد عادی و دو گروه معتاد و بهبود یافته تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود. بدین معنی که افراد غیرمعتاد به‌طور معنی‌داری در سطح بالاتری از دو گروه معتاد و بهبود یافته قرار دارند. بین گروه معتادان و معتادان بهبود یافته از نظر هویت هنجاری تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد و این بدان معناست که این دو گروه نسبت به گروه غیر معتاد گرایش کمتری به رفتار طبق الگوهای هنجاری جامعه و خواست افراد مهم در زندگی‌شان دارند. گرچه افراد بهبود یافته تا حدی نسبت به گروه معتادان دارای نمرات بالاتری در این سبک بودند اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. جهت تبیین این یافته می‌توانیم به این موضوع اشاره کنیم که هم گروه معتادان و هم معتادان بهبود یافته دارای عامل مشترکی در رفتارهای نابهنجار خود هستند. شاید حمایت خانواده و شرکت در گروه‌های NA تا حدودی توانسته است این سبک هویتی را در افراد بهبود یافته تغییر دهد، اما به این دلیل که هویت در سنین پایین‌تری شکل می‌گیرد، این تغییر از نظر آماری معنی‌دار نبود. با توجه به این یافته می‌توانیم مدعی شویم که افراد غیر معتاد نسبت به قوانین جامعه، خواست دیگران، هنجارهای افراد صاحب قدرت، تعالیم مذهب، درخواست‌های خانواده و فرهنگ جامعه مطیع‌تر بوده و سعی می‌کنند انتظارات افراد مهم در زندگی‌شان را برآورده سازند. با توجه به این که جامعه، افراد مهم در زندگی و خانواده نگرش مثبت به مصرف مواد ندارند؛ افراد دارای هویت هنجاری نیز نسبت به انتظارات آنها هم‌نوا بوده و آنها را خواهند پذیرفت. این افراد اطلاعات را به شکلی فعال پردازش نمی‌کنند و بیشتر متکی به اطلاعات پردازش شده دیگران می‌باشند. یافته‌های این بخش با بسیاری از یافته‌ها (جونز و همکاران، ۱۹۹۲؛ نوری و قربانی، ۲۰۱۰؛ وایت و همکاران، ۱۹۹۸؛ وایت و جونز، ۱۹۹۶) که عنوان می‌دارند هویت هنجاری به‌طور معکوس مرتبط با مصرف مواد است همسو است. بنابراین هم‌رنگ جماعت شدن در برخی شرایط می‌تواند

پیامدهای مثبتی برای فرد داشته باشد و ارزش‌های جامعه و افراد مهم را به فرد انتقال دهد و به دنبال آن فرد را از خطرات مصون نگه دارد. البته به این نکته نیز باید اشاره شود که افراد دارای نمرات بالا در سبک‌های هنجاری مطابق با هنجارهای جامعه عمل می‌کنند؛ اگر هنجارها مثبت بوده، این افراد نیز رفتار مثبت از خود بروز خواهند داد؛ اما در صورتی که هنجارها و فرهنگ یک جامعه به سمتی دیگر حرکت کند، این افراد نیز همسو با فرهنگ غالب به مسیری دیگر سوق داده می‌شوند. این افراد بر اساس نظر دیگران، خانواده، جامعه حرکت می‌کنند و خودشان کمتر صاحب اندیشه و تفکرند.

از نظر هویت سردرگم افراد غیرمعتاد به‌طور معنی‌داری در سطح پائین‌تری از گروه معتادان قرار دارند. بین دو گروه معتاد و بهبودیافته از نظر هویت سردرگم/اجتنابی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت، گرچه معتادان بهبودیافته دارای نمرات پایین‌تری در این مقیاس بودند. برخی مطالعات نشان داده‌اند که جهت‌گیری سردرگم/اجتنابی مرتبط با مصرف الکل و مصرف مواد (نورمی و همکاران، ۱۹۹۷؛ جونز و همکاران، ۱۹۹۲؛ نوری و قربانی، ۲۰۱۰، سماوی، ۲۰۰۸، وایت و همکاران، ۱۹۹۸) و دشواری در بهبودی از مصرف مواد (وایت و همکاران، ۲۰۰۳) است. یافته‌های این پژوهش نیز با مطالعات فوق همسو است. جهت تبیین این یافته می‌توانیم به این نکته اشاره کنیم که افراد معتاد کمتر به عواقب و پیامدهای اعمال خود می‌اندیشند و بیشتر به دنبال ارضای فوری نیازهای خویش‌اند. همچنین این افراد به جای مواجهه با مشکلات و داشتن رویکردهای حل‌مساله، از مشکلات خویش اجتناب کرده و با استفاده از مواد به‌طور موقتی و کوتاه مدت مشکل خویش را حل می‌کنند. همچنین این افراد درک درست و صحیحی از توانایی‌ها، اهداف و آرمان‌های خویش ندارند و به یک هویت موفق و دائمی نسبت به خود دست نیافته‌اند.

نتایج مقایسه‌های زوجی با توجه به مولفه تاب‌آوری نشان می‌دهد از نظر سطح تاب‌آوری بین افراد غیرمعتاد و دو گروه معتادان و بهبودیافته گان تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود. بدین معنی که از نظر سطح تاب‌آوری افراد غیرمعتاد به‌طور معنی‌داری در

سطح بالاتری از گروه معتادان و گروه بهبودیافته قرار دارند. تفاوت سطح تاب آوری در معتادان بهبود یافته با سایر معتادان نیز مشاهده شد. بدین معنی که از نظر مولفه تاب آوری معتادان بهبود یافته در سطح بالاتری نسبت به معتادان قرار دارند. جهت تبیین این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که معتادان بهبود یافته به دلیل دریافت حمایت‌های اجتماعی، کسب شایستگی‌های لازم، شرکت در جلسات NA، دریافت خدمات مشاوره‌ای از مراکز بهزیستی، سابقه اعتیاد و غلبه بر آن، دست و پنجه نرم کردن با دشواری‌ها و چالش‌ها توانسته‌اند میزان تاب آوری خویش را ارتقا بخشند. البته به این نکته نیز باید اشاره شود که میزان تاب آوری این افراد در مقایسه با گروه سالم به طور معناداری پایین‌تر است. افرادی که تاب آورتراند در شرایط سخت به میزان کمتری به اختلالات دچار می‌شوند و یا در صورت مواجهه با موقعیت‌های دشوار و استرس‌زا سریع‌تر به حالت اولیه برمی‌گردند و از انعطاف‌پذیری بیشتری برخوردارند، این افراد کمتر مستعد مصرف و یا سوءمصرف مواد هستند. این یافته با یافته‌های باکتر و همکاران (۲۰۰۳)؛ کومو و همکاران (۲۰۰۸)، فردریکسون (۲۰۰۸) و بونانو و همکاران (۲۰۰۷) همخوان است.

۵۹

59

در مقایسه حمایت اجتماعی ادراک شده مشاهده می‌کنیم که افراد غیر معتاد و بهبود یافته نسبت به افراد معتاد برخوردار از حمایت اجتماعی بالاتری هستند. جهت تبیین این یافته می‌توانیم بگوییم که افراد بهبود یافته از حمایت اعضای خانواده و هم‌تایان خود در جلسات گروه‌های NA برخوردارند. نتایج این تحقیق در این بخش با بسیاری از پژوهش‌ها در این زمینه (استونسون، ۲۰۰۹؛ داج و پوتوکی، ۲۰۰۰؛ داویس و جیسون، ۲۰۰۵؛ وارن و همکاران، ۲۰۰۷) همخوان است. این یافته با یافته مک دونالد و همکاران (۲۰۰۷) که معتقد بودند دریافت حمایت اجتماعی منجر به بهبودی نمی‌شود ناهمسو است. داج و پوتوکی (۲۰۰۰) و سلمون و همکاران (۲۰۰۰) معتقدند که حمایت اجتماعی ادراک شده با افزایش سلامت روانشناختی فرد، همانند سپری علیه عود پس از درمان عمل می‌کند.

در مقایسه مؤلفه معنویت، افراد غیرمعتاد و بهبودیافته به طور معناداری دارای نمرات بالاتری در این مؤلفه هستند. تفاوت مؤلفه معنویت بین گروه‌های معتاد و غیرمعتاد با بسیاری از یافته‌ها (میچالاک^۱ و همکاران، ۲۰۰۷؛ چیت وود^۲، ۲۰۰۸) همسو است. طبق دیدگاه وجودی در روان‌شناسی، افرادی بهتر می‌توانند با موقعیت‌ها کنار آیند که به دنبال یافتن معنی در زندگی بوده و از هر موقعیتی معنا را استنباط کنند. تسه و همکاران (۲۰۰۵) معتقدند که معنویت به زندگی افراد معنا می‌بخشد و یک منبع مقابله‌ای در شرایط سخت زندگی برای آنها فراهم می‌آورد.

با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توانیم چنین نتیجه‌گیری کنیم که هویت، یک مؤلفه فردی نسبتاً ثابت است که در سنین نوجوانی شکل گرفته و تغییر آن بسیار دشوار است؛ به همین دلیل است که تفاوت‌چندانی بین مؤلفه‌های هویت بین گروه‌های معتادان و بهبودیافته مشاهده نمی‌شود و شرکت در گروه‌های NA و برخورداری از حمایت‌های اجتماعی از جانب خانواده و همتایان نتوانسته است چندان در تغییر هویت نقش داشته باشد. از محدودیت‌های این پژوهش نمونه‌گیری از مردان معتاد و نمونه‌گیری به شیوه در دسترس می‌باشد. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی از نمونه‌گیری تصادفی، نمونه‌گیری از زنان معتاد و معتادانی که در پناهگاه‌ها زندگی می‌کنند استفاده شود. همچنین بررسی سایر عوامل خطرزا و محافظت‌کننده نیز پیشنهاد می‌شود.

منابع

- برقی، فتانه. (۱۳۸۱). *سنجش اعتیاد پذیری دانش‌آموزان دبیرستان‌های تهران به منظور شناسایی افراد مستعد سوءمصرف مواد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- سلطانی، مهری؛ فولادوند، خدیجه؛ و فتحی‌آشتیانی، علی. (۱۳۸۹). رابطه هویت و هیجان‌خواهی با اعتیاد اینترنتی. *مجله علوم رفتاری، دوره ۴، شماره ۳، ۱۹۷-۱۹۱*.
- محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). *بررسی عوامل تاب‌آور در افراد در معرض خطر سوءمصرف مواد مخدر*. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، ۲-۳، ۲۱۴-۱۹۳.

1. Michalack
2. Cheetwood

- Berzonsky, M. D. (1990). *Self-construction over the life span: A process perspective on identity formation*. In Neimeyer, G. J., & Neimeyer, R. A. (Eds.), *Advances in personal construct psychology* (pp. 155–186). Greenwich: J.A.I. Press Inc.
- Berzonsky, M. D., & Ferrari, J. R. (2009). A diffuse-avoidant identity processing style: Strategic avoidance or self confusion? *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 9, 145–158.
- Berzonsky, M. D., Cieciuch, J., Duriez, B., & Soenens, B. (2011). The how and what of identity formation: Association between identity styles and value orientation. *Personality and Individual Differences*, 50, 295-299.
- Berzonsky, M. D., Macek, P., & Nurmi, J. E. (2003). Interrelationships among identity process, content, and structure: A cross-cultural investigation. *Journal of Adolescent Research*, 18, 112–130.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciareli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 671-682.
- Boyer, T. W. (2006). The development of risk-taking: A multiperspective review. *Dev Rev*, 26(3), 291-345.
- Buckner, J. C., Mezzacappa, E., & Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development & Psychopathology*, 15(1), 139-162.
- Chitwood, D. D., Weiss, M. L., & Leukefeld, C. G. (2008). A systematic review of recent literature on religiosity and substance use. *Journal of Drug Issues*, 38, 653-688.
- Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). *Social relationships and health: challenges for measurement and intervention*. New York: Oxford University Press.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., & Lee, L. (2003). Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: A community survey. *Journal of Traumatic Stress*, 16(5), 487–494.
- Connor, K., & Davidson, M. D. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Cuomo, C., Sarchiapone, M., Giannantonio, M. D., Mancini, M., & Roy, A. (2008). Aggression, impulsivity, personality traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34(3), 339-345.
- Davis, M. I., & Jason, L. A. (2005). Sex differences in social support and self-efficacy within a recovery community. *American Journal of Community Psychology*, 36(3/4), 259-74.

- Dodge, K., & Potocky, M. (2000). Female substance abuse: characteristics and correlates in a sample of inpatient clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 59–64.
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399–419.
- Fischer, J., & Concoran, K. (2006). *Measures for clinical practice and research: a source book*, volume 2, adults, Oxford University Press. Inc.
- Flynn, P. M., Joe, G. W., Broome, K. M., Simpson, D. D., & Brown, B. S. (2003). Recovery from opioid addiction in DATOS. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 177–186.
- Hsaa, M., & Graydon, K. (2009). Sources of resiliency among foster youth. *Children and Youth Services Review*, 31, 457–463.
- Jones, R. M., Ross, C. N., & Hartmann, B. R. (1992). An investigation of cognitive style and alcohol/work-related problems among naval personnel. *Journal of Drug Education*, 22, 241–251.
- Jones, R. M., Ross, C. N., & Hartmann, B. R. (1992). An investigation of cognitive style and alcohol/work-related problems among naval personnel. *Journal of Drug Education*, 22, 241–251.
- Kegler, M. C., Oman, R. F., Vesley, S. K., McLeroy, K. R., Aspy, C. B., Rodine, S., & Marshall, L. (2005). Relationship among youth assets and neighborhood and community resources. *Health Education & Behavior*, 32(3).
- Kliwer, W., & Murrelle, L. (2007). Risk and protective factors for adolescent substance use: findings from a study in selected Central American countries. *Journal of Adolescent Health*, 40(5), 448–455.
- Macdonald, E. M., Luxmoore, M., Pica, S., Tanti, C., Blackman, J., Catford, N., Stockton, P. (2004). Social networks of people with dual diagnosis: The quantity and quality of relationships at different stages of substance use treatment. *Community Mental Health Journal*, 40(5), 451–64.
- Mason, M., Singleton, A., & Webber, R. (2007). The spirituality of young Australians. *International journal of children's spirituality*, 12, 149–163.
- Michalak, L., Trocki, K., & Bond, J. (2007). Religion and alcohol in the U.S. National Alcohol Survey: how important is religion for abstention and drinking. *Drug Alcohol Depend*, 87, 268–280.
- Miller, W. R., Forchimes, A., O' Leary, M. J., & LaNoue, M. D. (2008). Spiritual direction in addiction treatment: two clinical trials. *Journal of substance abuse treatment*, 35, 434–442.
- Nouri, R., & Ghorbani, T. (2010). The relations of identity styles, resiliency, and high risk behaviors: substance use. The fifth seminar of college student's mental health: Iran-Tehran. [in Persian].

- Nurmi, J.- E., Berzonsky, M. D., Tammi, K., & Kinney, A. (1997). Identity processing orientation, cognitive and behavioural strategies and well-being. *International Journal of Behavioral Development*, 21, 555–570.
- Parsian, N., & Dunning, T. (2009). Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: A psychometric process. *Global Journal of Health Science*, 1,1, 2-11.
- Pinquart, M. (2009). Moderating effect of dispositional Resilience on association between hassles and Psychological distress. *Journal of applied Developmental psychology*, 30, (1), 1-8.
- Salmon, M. M., Joseph, B. M., Saylor, C., & Mann, R. J. (2000). Women's perception of provider, social, and program support in an outpatient drug treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(3), 239–46.
- Samavi, S. A. (2008). The relationship between identity styles and substance use in the students of Islamic Azad University: Bandarabbas Branch. The forth seminar of college student's mental health: Iran-Shiraz. [in Persian].
- Sinha, W. J., Cnaan, A. R., & Gelles, W. R. (2007). Adolescent risk behaviors and religion: findings from a national study. *Journal of Adolescence*, 30(2), 31e249.
- Stevenson, L. D. (2009). *The influence of treatment motivation, treatment status, & social networks on perceived social support of women with substance use or co-occurring disorders*. Ph.D dissertation. Case Western Reserve University.
- Tse, S., Liloyd., Petchovsky., & Manaia. (2005). Exaploration of Australian & NewZeland indigenous people's spirituality and mental health. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52 (3), 181-187.
- Vazirian, M., Mostashari, G. (2003). *Applied handbook of treatment of drug users*. Tehran, Ministry of Health and Medical Education with assistance of Iran Drug Control Headquarters. Institute of Porshukoh Publications, PP: 120-150 [Persian].
- Walsh, F. (2003). *Family resilience: Strengths forged through adversity*. In F. Walsh (Ed.), Normal family processes (pp. 399–421). New York: The Guilford Press.
- Warren, J. I., Stein, J. A., & Grella, C. E. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 267-74.
- Werner, E. E. (2004). Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery. *Pediatrics*, 114(2), 492.
- White, J. M., & Jones, R. M. (1996). Identity style of male inmates. *Criminal Justice and Behavior*, 23, 490–504.
- White, J. M., Montgomery, M. J., Wampler, R. S., & Fischer, J. L. (2003). Recovery from alcohol or drug abuse: The relationship between identity styles and recovery behaviors. *Identity*, 3, 325–345.
- White, J. M., Wampler, R. S., & Winn, K. I. (1998). The identity style inventory: A revision with a sixth-grade reading level (ISI-6G). *Journal of Adolescent Research*, 13, 223–245.

- White, J. M., Wampler, R. S., & Winn, K. I. (1998). The identity style inventory: A revision with a sixth-grade reading level (ISI-6G). *Journal of Adolescent Research, 13*, 223–245.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 52*, 30-41