

مقایسه‌ی سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و باورهای دینی زنان معتاد و عادی شهر ارومیه

اسماعیل صدری دمیرچی^{۱*}، نسیم محمدی^۲

۱- گروه علوم تربیتی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲- دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

مکاتبات خطاب به آقای اسماعیل صدری دمیرچی؛ پست الکترونیک: e.sadri@uma.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۲۲ مرداد ۹۵

دریافت متن نهایی: ۲۰ مهر ۹۵

پذیرش: ۳ آبان ۹۵

نشر الکترونیکی: ۱۱ دی ۹۵

واژگان کلیدی:

اعتیاد

باورهای دینی

خودنظم‌دهی

زنان

سازگاری اجتماعی

چکیده

سابقه و اهداف: اگرچه آمار دقیقی از میزان جمعیت زنان معتاد در کشور ما وجود ندارد؛ براساس برخی پژوهش‌ها، ۹/۶ درصد معتادان کشور را زنان تشکیل می‌دهند. وزارت بهداشت نیز در آمار خود از وجود یک زن معتاد به‌ازای هر هشت مرد معتاد، گزارش می‌دهد. هدف پژوهش حاضر، مقایسه‌ی میزان سازگاری اجتماعی، خودنظم-دهی و باورهای دینی زنان معتاد و عادی شهر ارومیه است.

مواد و روش‌ها: طرح این پژوهش، توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ی است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل همه‌ی زنان معتاد مراجعه‌کننده به مراکزهای ترک اعتیاد و همه‌ی زنان عادی شهر ارومیه در سال ۹۴ - ۹۵ است که از بین آنان ۲۰۰ نفر (۱۰۰ زن معتاد و ۱۰۰ زن عادی)، بر اساس جدول مورگان و با استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس، انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و باورهای دینی استفاده شده است. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری (SPSS-۲۰) و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس چندمتغیری) تحلیل شده است. این پژوهش تمام موارد اخلاقی مرتبط را رعایت نموده است.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان می‌دهد بین میزان سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و باورهای دینی این دو گروه، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$)؛ بدین‌صورت که سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و باورهای دینی زنان عادی، بیشتر از زنان معتاد است.

نتیجه‌گیری: بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که به‌کارگیری تدابیری ویژه، برای افزایش میزان سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و باورهای دینی زنان معتاد، برای ترک اعتیاد و جلوگیری از بازگشت آنان، امری ضروری به نظر می‌رسد.

استناد مقاله به این صورت است:

Sadri Damirchi E, Mohammadi N. Comparison of the Social Adjustment, Self-regulation and Religious Beliefs in Addicted and Normal Women in Urmia. J Res Relig Health.2017;3(1): 53- 63.

مقدمه

نیست که به‌اندازه‌ی مواد مخدر این‌چنین آسان وارد زندگی ملت‌ها شده باشد».

تاکنون امر پیشگیری از اعتیاد زنان، توجه مسئولان، محققان و پژوهشگران را به‌خود جلب نکرده بود و مسئله‌ی اعتیاد بیشتر موضوعی مردانه تلقی می‌شد. اما با ظهور مواد جدید روان‌گردان، تبلیغ‌های نادرست و برخی عامل‌های دیگر، جامعه‌ی بانوان با تهدیدی جدی مواجه شده که نظر همگان را به‌خود جلب کرده است.

تقریباً هر فرد معتاد به مواد مخدر، در سازگاری اجتماعی، دچار نوعی بی‌تعادلی است (۷). سازگاری اجتماعی شامل سازگاری فرد با محیط اجتماعی خود است که این سازگاری ممکن است با تغییر دادن خود و یا محیط به‌دست‌آید (۸). پژوهش‌ها نشان داده که سوءمصرف‌کنندگان، هنگام رویارویی با مسائل، مشکل‌های هیجانی شدیدتری (به‌طور مثال استرس بیشتری) تحمل می‌کنند و در نتیجه امکان استفاده از شیوه‌های حل مسئله‌ی کارآمد را از دست می‌دهند (۹). بنابراین، قرار گرفتن در موقعیت‌های استرس‌زا و استفاده از شیوه‌های حل مسئله‌ی ناکارآمد و هیجان‌انگیز، موجب ایجاد چرخه‌ی معیوب، افزایش استرس و کاهش سازگاری اجتماعی می‌شود و در نهایت میزان بازگشت را در این افراد افزایش می‌دهد (۱۰ و ۱۲).

ابوالقاسمی و همکاران (۱۳) در مطالعه‌ی نشان دادند که سازگاری اجتماعی، با پیامدهای روان‌شناختی، دارای همبستگی منفی معنی‌دار است. سازگاری اجتماعی از طریق آمادگی و توانمندی‌های فرد برای واقع‌بینی، مثبت‌نگری و توجه به موفقیت‌ها و تدارک زمینه‌های مناسب سلامت روانی، فرد را از ناکامی‌ها، نگرانی‌ها، اضطراب‌ها و پناه بردن به روش‌های مقابله‌ی اجتنابی (مانند استفاده از مواد مخدر و غیره) دور می‌کند.

خودنظم‌دهی، فرایندی است که به‌موجب آن، افراد اهداف خود را تنظیم و هیجان‌ها و افکارشان را کنترل می‌کنند و همچنین راهبردهایشان را بهبود می‌بخشند (۱۴). در خودنظم‌دهی، فرد رفتار خود را ارزیابی می‌کند و چنانچه متناسب با استانداردهایش باشد، رفتار خوب ارزیابی و موجب خوشحالی وی می‌شود و اگر این رفتار متناسب با استانداردها نباشد، سعی می‌کند با تغییر دادن رفتار، به استانداردها دست یابد. هنگامی که بین رفتار و استانداردها فاصله‌ی وجود نداشته باشد، آنگاه این فرایند را متوقف و یا از ذهن خود بیرون می‌کند (۱۴). بیشتر کوشش‌های خودنظم‌دهی، به‌تدریج بدون اینکه با موانع بیرونی یا نقایص

اعتیاد^۱ یکی از معضله‌های امروز بشر است که دیگر پدیده‌ی غریب و ناآشنا محسوب نمی‌شود. امروزه بسیاری از مردم چه به‌صورت مستقیم، چه غیرمستقیم با مشکل‌های حاصل از سوءمصرف مواد دست‌به‌گریبان هستند (۱). کشور ما به دلایل فرهنگی، برخی باورهای نادرست و شرایط ویژه‌ی جغرافیایی، مانند هم‌جواری با کشورهای بزرگ تولیدکننده‌ی مواد افیونی، دارای شرایط مناسب برای روی آوردن جامعه به سمت اعتیاد است (۲).

اعتیاد نوعی ناپهنجاری با نشانه‌های بالینی، رفتاری و شناختی است که در ایجاد آن، عامل‌های اجتماعی و روان‌شناختی از یک‌طرف و عامل‌های زیست‌شناختی و داروشناختی از طرفی دیگر، نقش دارند. عامل‌های اجتماعی بیشتر در شروع مصرف و عامل‌های زیست‌شناختی در ادامه‌ی وابستگی، اثرگذار است (۳).

اعتیاد به مواد مخدر، یکی از چهار بحران جهانی هزاره‌ی سوم و در صدر تهدیدها و آسیب‌های اجتماعی است که موجب گرفتار شدن بیشتر جوامع، به‌ویژه جامعه‌ی ما شده است و تأثیر آن در بروز آسیب‌های اجتماعی دیگر نیز نمود عینی دارد (۴).

در حال حاضر، سالانه بیش از ۲۶ میلیون مرگ به‌علت مصرف مواد مخدر، در دنیا گزارش می‌شود؛ این در حالی است که تا ۲۰ سال آینده این رقم به بیش از ۴۰ میلیون خواهد رسید؛ که بیش از ۳/۴ آن در کشورهای در حال توسعه رخ خواهد داد (۵). از طرفی زنان معتاد بسیار آسیب‌پذیرتر از مردان معتادند، چراکه مصرف مواد در زنان، با آسیب‌های اجتماعی دیگری از جمله فرار از خانه، تجاوز و فقر نیز همراه است. علاوه‌براین، زمانی که زن معتاد می‌شود، تنها خود گرفتار پیامدهای فردی و اجتماعی آن نمی‌شود، بلکه فرزندان و خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و در پی آن، ستون خانواده سست می‌شود (۶). اعتیاد به مواد مخدر زنان، نه‌تنها یکی از معضله‌های اصلی کشور اسلامی ایران، بلکه معضلی بزرگ برای جامعه‌ی بانوان سراسر دنیا محسوب می‌شود. آمار رو به افزایش مصرف مواد مخدر در دنیای کنونی، به‌گونه‌ی است که یکی از سم‌شناسان معروف دنیا به‌نام لودوینگ^۲ می‌گوید: «اگر غذا را مستثنی کنیم، هیچ ماده‌ی روی زمین

^۱ Addiction^۲ Lodving

بیشتری دارند. ریچارد، بل و کارلسون^۳ (۲۱) در پژوهش خود نشان دادند که افزایش حضور در مکان‌های مذهبی، به کاهش مصرف الکل و کوکائین در گروه نمونه کمک می‌کند. بنابراین، با توجه به اطلاعات اندک و نبود پژوهش‌هایی جامع در زمینه‌ی سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و باورهای دینی زنان، به‌خوبی نمی‌توان به شناسایی این سازه‌های مهم و مؤثر در افراد معتاد، به‌ویژه زنان دست‌یافت. تحقیق حاضر گامی مقدماتی برای پاسخ‌گویی به ابهام فوق است و مسئله‌ی تحقیق را در حیطه‌ی خلأ نظری دانش عنوان می‌کند. علاوه-براین، پژوهشگر را بر آن داشته‌است تا با بررسی سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و باورهای دینی زنان معتاد و عادی، نقش هر یک از متغیرها را در افراد، تعیین کند. از این رو، این پژوهش با هدف مقایسه‌ی سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و باورهای دینی زنان معتاد و عادی انجام شده است.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر، از نوع توصیفی و در زمره‌ی تحقیقات علی - مقایسه‌ی قرار دارد. روش تحقیق، توصیفی با مطالعه‌ی تطبیقی است. جامعه‌ی آماری این پژوهش را همه‌ی زنان معتاد و همچنین افراد سالم ساکن شهر ارومیه، در سال ۹۴ - ۹۵ تشکیل می‌دهند. بنابر حجم نمونه در مطالعه‌ی علی - مقایسه‌ی که برای هر گروه، ۱۰۰ نفر موردنیاز است (۲۲)، حجم نمونه‌ی پژوهش حاضر، ۲۰۰ فرد زیر ۳۰ سال شهر ارومیه است (۱۰۰ نفر زن معتاد غیرشاغل، بدون تحصیلات دانشگاهی، از مراجعان مراکزهای درمان و مشاوره؛ و ۱۰۰ نفر زن عادی غیرشاغل، بدون تحصیلات دانشگاهی، از مراجعان پارک‌ها و اماکن فرهنگی ساکن) که به‌روش نمونه‌گیری در دسترس، از منطقه‌ی ۲ شهرداری شهر ارومیه انتخاب شدند. پرسش‌نامه‌های استفاده شده در این پژوهش به شرح زیر است:

۱. پرسش‌نامه‌ی سازگاری اجتماعی بل^۴: این پرسش‌نامه، دارای ۱۶۰ سؤال و ۲ گزینه (بله و خیر) است که برای ارزیابی مقیاس‌های مختلف سازگاری اجتماعی استفاده شده است. نمره‌ی بالا نشان‌دهنده‌ی دوری و کناره‌گیری از تماس اجتماعی و همچنین تسلیم در برابر آن است. افرادی که نمره-ی کم گرفته‌اند، در تماس اجتماعی حالت پرخاشگری دارند.
- در این پرسش‌نامه، اعتبار اجتماعی، ۸۸ درصد، اعتبار در خانه، ۹۱ درصد، اعتبار سازگاری اجتماعی، ۸۱ درصد، اعتبار شغلی،

شخص مواجه شود، ادامه می‌یابد. باوجوداین، گاهی افراد در آنچه می‌خواهند انجام دهند، یا آن‌گونه که می‌خواهند باشند، با مشکل‌هایی روبه‌رو می‌شوند. خودنظم‌دهی می‌تواند به افراد کمک کند تا در مقابل اعتیاد به مصرف دارو و الکل مقاومت کنند و در نتیجه مشکل‌های مختلف مربوط به اعتیاد را کاهش دهند (۱۵).

نجفی و احمدی طهور سلطانی (۱۶) در پژوهشی نشان دادند که بین نمره‌ی کلی خودنظم‌دهی افراد معتاد و عادی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، میزان تحمل ابهام افراد معتاد نسبت به دو گروه دیگر پایین‌تر است. طبق یافته‌های جان^۱ و همکاران (۱۵) خودنظم‌دهی پایین، می‌تواند در اعتیاد به مصرف دارو و الکل دخیل باشد و در واقع یکی از مهم‌ترین علت‌های آن در نظر گرفته می‌شود؛ زیرا خودداری از مصرف دارو و الکل، بعد از این‌که فرد جریان تنظیم مصرف را تثبیت کرد، بسیار مشکل است و این سوءمصرف‌ها مشکل‌های اجتماعی فراوانی مانند بی‌توجهی والدین، برخورد قانونی، فقر و جرم را در پی دارد.

به‌نظر می‌رسد برخی عامل‌ها، همانند عاملی حمایت‌کننده در مقابل اعتیاد عمل می‌کنند. یکی از عامل‌های حمایت‌کننده‌ی فرد، دین‌داری است، که در برخی از مطالعه‌ها (۱۷) آن را سپری در مقابل وابستگی به مواد می‌دانند. دین با برقراری نظم اخلاقی، ایجاد فرصت‌هایی برای به‌دست‌آوردن شایستگی‌ها و وضع قانون‌های اجتماعی، سوءمصرف مواد و فرایند بهبود فرد را، به‌نحوی مطلوب تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۸).

رفتارها و عقاید دینی، تأثیر مثبتی در معنادار کردن زندگی دارد. رفتارهایی مانند توکل به خداوند، عبادت و زیارت می‌تواند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش‌های مثبت، موجب آرامش درونی فرد شود. داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق به منبعی والا، امید به یاری خداوند در شرایط دشوار، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی، همگی از روش‌هایی هستند که افراد با دارا بودن آن‌ها می‌توانند در رویارویی با حوادث پرفشار زندگی، آسیب کمتری متحمل شوند (۱۹). میلر، دیویس و گرین والد^۲ (۲۰) نیز نشان دادند، نوجوانانی که دین‌دار نیستند و نمره‌های پایینی در اندازه‌گیری میزان فعالیت دینی به‌دست می‌آورند، در مقایسه با نوجوانان دارای سطح بالاتر فعالیت دینی، مصرف و سوءمصرف مواد

³ Richard, Bell, & Carlson

⁴ Bell Adjustment Social (BAS)

¹ John

² Miller, Davies, & Greenwald

مناسکی) است. طیف پاسخگویی آن، از نوع لیکرت و امتیاز هر گزینه، از ۰ تا ۴ است.

در آخرین اجرای این آزمون بر روی دانشجویان، آلفای کلی پرسش‌نامه ۰/۸۳ بوده است. این آزمون، به دلیل استاندارد بودن، دارای پایایی بالایی است. در پژوهش سراج‌زاده (۲۵)، نیز پایایی پرسش‌نامه‌ی باورهای دینی با روش آلفای کرونباخ محاسبه شده که مقدار آلفا برای متغیرهای بُعد اعتقادی ۰/۸۱، بُعد عاطفی ۰/۷۵، بُعد پیامدی ۰/۷۲ و بُعد مناسکی ۰/۸۳ گزارش شده است.

پس از انتخاب نمونه‌ها، به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند. آزمونگر ابتدا رضایت و همکاری آزمودنی‌ها را جلب و اهداف تحقیق را بیان کرد؛ سپس هر سه پرسش‌نامه در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. دو گروه پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند و بدین ترتیب داده‌های تحقیق گردآوری شد.

یافته‌ها

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

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش، در دو گروه مورد مطالعه

متغیرها	زنان معتاد		زنان عادی	
	SD	M	SD	M
سازگاری اجتماعی	۳۸/۰۴	۵/۲۵	۴۴/۵۹	۸/۴۲
پذیرش	۱۸/۱۹	۷/۳۲	۲۱/۹۸	۹/۷۷
ارزیابی	۱۹/۴۴	۷/۵۴	۲۲/۱۹	۹/۸۵
راه‌اندازی	۱۶/۲۱	۵/۵۴	۲۲/۱	۹/۸۲
بررسی	۱۹/۲۱	۷/۳۴	۲۲/۰۴	۹/۷۶
برنامه‌ریزی	۱۷/۰۵	۶/۲۵	۲۱/۸۵	۱۰/۱۴
اجرا	۱۹/۲۱	۷/۳۴	۲۲/۰۳	۹/۹۰
سنجش	۲۰/۲۱	۸/۲۱	۲۲/۱	۱۰/۰۹
بُعد اعتقادی	۱۰/۸۸	۴/۳۴	۱۲/۹۹	۵/۰۵
بُعد عاطفی	۱۱/۶۷	۴/۸۸	۱۳/۵۷	۵/۳۷
بُعد پیامدی	۱۲/۲۵	۴/۹۸	۱۴/۶۷	۵/۲۶
بُعد مناسکی	۱۳/۲۱	۵/۱	۱۴/۵۸	۵/۳۴

نتایج جدول شماره ۱، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را در دو گروه (زنان معتاد و عادی) نشان می‌دهد. نتایج حاکی از آن است که بین هر دو گروه، از نظر متغیرهای پژوهش، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$).

برای آزمون فرضیه‌ها، از تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. در تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیری، رعایت بعضی

۸۵ درصد و مجموع نمره‌ها ۹۴ درصد است. بل ضریب‌های پایایی را برای خرده‌مقیاس‌های سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، اجتماعی، عاطفی، شغلی و برای کل آزمون، به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۵ و ۰/۹۴ گزارش کرده است. همچنین، این آزمون، روایی بالایی در تشخیص گروه‌های بهنجار از نوروتیک؛ و همبستگی با آزمون‌های شخصیت آیسنگ نشان داده است (۲۳).

۲. پرسش‌نامه‌ی خودنظم‌دهی میلر و براون^۱: ۲ میلر و همکاران (۲۰) مقیاس خودتنظیمی را، برای سنجش مؤلفه‌های خودتنظیمی ساخته‌اند، که این مقیاس از ۶۳ گویه تشکیل شده و دارای ۷ خرده‌مقیاس (پذیرش، ارزیابی، راه‌اندازی، بررسی، برنامه‌ریزی، اجرا و سنجش) است. نمره‌گذاری آن به صورت درجه‌بندی لیکرت، از ۱ تا ۵ است. در این پرسش‌نامه، نمره‌ی بالاتر از ۲۳۹، بیانگر خودتنظیمی بالا؛ نمره‌ی بین ۲۳۹ تا ۲۱۴ نشان‌دهنده‌ی خودتنظیمی متوسط؛ و نمره‌ی کمتر از ۲۱۳، نشان‌دهنده‌ی خودتنظیمی پایین است. ابری، میلر و براون^۲ (۲۴) اعتبار بازآزمایی پرسش‌نامه را ۰/۹۴ بیان کرده‌اند؛ و اعتبار به‌روش همسانی درونی، ۰/۹۱ گزارش شده است. روایی واگرای پرسش‌نامه، با پرسش‌نامه‌ی مصرف الکل ۰/۲۳-، با خطرپذیری ۰/۲۴۴- و با برانگیختگی ۰/۴۶۹- بیان شده، که معنادار نیز است. علاوه‌براین، نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به صورت درجه‌بندی لیکرت، از ۱ تا ۵ است.

برای سؤال‌های ذیل نمره‌گذاری به صورت معکوس انجام می‌گیرد که در این صورت مطابق جدول عمل می‌شود:
سؤال‌های معکوس: ۲- ۳- ۴- ۵- ۶- ۸- ۱۰- ۱۲- ۱۳- ۱۵- ۱۹- ۲۰- ۲۱- ۲۴- ۲۶- ۲۹- ۳۱- ۳۳- ۳۷- ۴۰- ۴۳- ۴۵- ۵۰- ۵۵- ۶۲- ۶۳.

۳. پرسش‌نامه‌ی باورهای دینی گلاک و استارک^۳: گلاک و استارک این پرسش‌نامه را برای سنجیدن نگرش‌ها و باورهای دینی و دین‌داری؛ و برای استاندارد کردن در کشورهای مختلف اروپا، آمریکا، آفریقا و آسیا ساخته‌اند. این پرسش‌نامه، بر روی پیروان ادیان مسیحیت، یهودیت و اسلام اجرا شده و در نتیجه با دین اسلام انطباق یافته است. پرسش‌نامه دارای ۲۶ سؤال؛ و هدف آن سنجیدن بُعدهای چهارگانه‌ی نگرش‌ها و باورهای دینی و دین‌داری (اعتقادی، عاطفی، پیامدی و

¹ Miller & Brown

² Self-regulation questionnaire (SRQ)

³ Aubrey, Brown & Miller

⁴ Glock & Stark Religious Beliefs (GSRB)

(F)، خودنظم‌دهی ($F=0/32, P>0/05$) و برای باورهای دینی ($F=0/44, P>0/05$) بود که همه نشان‌دهنده‌ی برقرار بودن این مفروضه‌ها است. بنابراین، از تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیّری برای مقایسه‌ی میانگین نمره‌های سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و باورهای دینی، در دو گروه زنان معتاد و عادی استفاده شد که نتایج آن در جدول ذیل آمده است.

مفروضه‌ها مانند همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس و همگنی واریانس‌های خطا، الزامی است. در این پژوهش نیز ابتدا به بررسی این مفروضه‌ها پرداخته شد. نتایج آزمون باکس، برای بررسی مفروضه‌ی همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس ($P<0/05$)، و نتایج آزمون لوین، برای بررسی مفروضه‌ی همگنی واریانس‌های خطا، برای متغیّر سازگاری اجتماعی ($F=1/87, P>0/05$)، $=0/54$

جدول ۲. تحلیل واریانس چندمتغیّری، برای بررسی اثر گروه بر متغیّرهای وابسته

آزمون‌ها	مقادیر	F	Df فرضیه	Df خطا	P	اندازه‌ی اثر
اثر پیلایی	0/150	12/164	3	90	0/001	0/324
لامبدای ویلکز	0/180	12/164	3	90	0/001	0/324
اثر هتلینگ	0/250	12/164	3	90	0/001	0/324
بزرگ‌ترین ریشه روی	0/250	12/164	3	90	0/001	0/324

وابسته، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین، با استفاده از تجزیه و تحلیل واریانس تک‌متغیّری، به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته می‌شود تا معلوم شود که تفاوت مشاهده شده، مربوط به کدام متغیّرها است.

همان‌طور که در جدول شماره‌ی ۲ مشاهده می‌شود، نتیجه‌ی تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیّری، حاکی از آن است که هر چهار آماره، یعنی اثر پیلایی ($F=12/164, P<0/05$)، لامبدای ویلکز ($P<0/05$)، اثر هتلینگ ($F=12/164, P<0/05$) و بزرگ‌ترین ریشه‌روی ($F=12/164, P<0/05$) معنادارند. بدین‌ترتیب مشخص می‌شود که بین دو گروه از زنان، دست‌کم در یکی از متغیّرهای

جدول ۳. تحلیل واریانس تک‌متغیّری برای مقایسه‌ی نمره‌ی سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و باورهای دینی بین زنان معتاد و عادی

متغیّر	عضویت	SS	Df	F	P
سازگاری اجتماعی	بین گروهی	13612/5	1		
	درون گروهی	35817/18	198	75/251	0/001
	کل	49429/68	199		
خودنظم‌دهی	بین گروهی	361675/125	1		
	درون گروهی	59715/63	198	1199/212	0/001
	کل	421390/755	199		
دین‌داری	بین گروهی	20992/005	1		
	درون گروهی	19097/39	198	217/643	0/001
	کل	40089/395	199		

و باورهای دینی زنان معتاد و عادی شهر ارومیه انجام شده است. نتایج بیانگر آن است که دو گروه زنان معتاد و عادی، در سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و باورهای دینی، با یکدیگر تفاوت معناداری دارند؛ بدین‌صورت که زنان معتاد شهر ارومیه سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و باورهای دینی کمتری نسبت به زنان عادی این شهر دارند.

یافته‌ی اول پژوهش، مبنی بر اینکه زنان معتاد، سازگاری اجتماعی کمتری نسبت به زنان عادی دارند، با یافته‌های ابوالقاسمی و همکاران (۱۳)، کوهساری (۲۶)، طباطبایی (۴) و

جدول شماره‌ی ۳، نمره‌ی آزمون سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و دین‌داری زنان معتاد و عادی را می‌سنجد. نتایج به‌دست‌آمده در این جدول، نشان‌دهنده‌ی این است که بین دو گروه (معتاد و عادی)، از نظر نمره‌ی آزمون سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و باورهای دینی، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر برای مقایسه‌ی سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی

پیامدهای وابسته به مصرف الکل (مانند استرس)، را کاهش دهند.

یافته‌ی سوم پژوهش، مبنی بر اینکه زنان معتاد، باورهای دینی کمتری نسبت به زنان عادی دارند؛ با یافته‌های ریچارد، بل و کارلسون^۷ (۲۱)، مریل، فلسون و کریستوفرسون^۸ (۳۰)، کلین، ایلفسون و استرک^۹ (۳۱)؛ و یانگ و ماو^{۱۰} (۱۹) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به اینکه باورهای دینی و دین‌داری، یکی از جنبه‌های درون فردی مؤثر بر سلامت روان است، از طریق تجلی در کردار انسان، می‌تواند بر سبک زندگی و رفتارهای مصرف مواد اعتیادآور نیز تأثیرگذار باشد؛ به طوری که با تقویت سطوح دین‌داری و معنویت، تمایل به مصرف مواد مخدر در افراد کاهش می‌یابد. مریل و فولسمن^{۱۱} (۳۰) در پژوهشی نشان دادند که عامل‌هایی مانند فراوانی حضور در کلیسا، سطح بالای دین‌داری در اعضای خانواده و والدین و همچنین فراوانی بحث‌های دینی خانوادگی، در مقابل مصرف مواد در نوجوانان و جوانان اثر حمایت‌کننده دارد.

در مجموع با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش، می‌توان گفت زنان معتاد، فشارهای روانی و اجتماعی بیشتری نسبت به زنان عادی دارند که می‌تواند بر سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و باورهای دینی آنان اثرگذار باشد و یا حتی آن را کاهش دهد؛ البته این ضایعات جبران‌شدنی است. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به کنترل برخی متغیرها، مانند خدمات توان‌بخشی دریافت شده، شرایط اقتصادی خانواده و محدود بودن نمونه‌ی پژوهش به زنان معتاد، و شهر ارومیه، اشاره کرد که قابلیت تعمیم را با مشکل مواجه می‌کند. از این رو، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی از این نوع، روی مردان معتاد و شهرهای دیگر نیز انجام شود.

قدردانی

پژوهشگران، از تمامی مسئولان ستاد مبارزه با مواد مخدر استان آذربایجان غربی، به‌ویژه آقای دربان، کارشناس آموزش و پژوهش شورای هماهنگی ستاد مبارزه با مواد مخدر؛ و همه‌ی زنان شرکت‌کننده در این پژوهش، سپاسگزارند.

آداباجار دویر و رافنسون^۱ (۲۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت طبق نظریه‌ی ویلرز، یاگر و سندی^۲ (۱۷)، سطح ناسازگاری در زنان معتاد بالا است؛ این عامل سبب می‌شود این گروه از زنان، علاقه‌ی به مشارکت اجتماعی نداشته باشند. از طرفی چون معتاد بودن، پدیده‌ی ناپسند و شوم در جامعه به‌شمار می‌آید، علاوه بر کناره‌گیری افراد معتاد از جامعه و تشدید ناسازگاری آنان، موجب بی‌نظمی در جامعه نیز می‌شود.

سازگاری اجتماعی، از طریق آمادگی و توانمندی‌های فرد برای واقع‌بینی، تجهیز فرد به مثبت‌نگری و توجه به موفقیت‌ها و تدارک زمینه‌های مناسب سلامت روانی؛ فرد را از ناکامی‌ها، نگرانی‌ها، اضطراب‌ها و پناه‌بردن به روش‌های مقابله‌ی اجتنابی (مانند استفاده از مواد مخدر و غیره) دور می‌کند. همچنین، می‌توان گفت به محض اینکه شخص، معیارهای سازگاری اجتماعی را درک کند، افرادی که رفتارهای خودنظم‌دهی بیشتری دارند، به فشارها و استرس‌های اجتماعی، پاسخ سازگاران‌تری می‌دهند. بالاترین پیامدهای روان‌شناختی، در افرادی رخ می‌دهد که در محیط خودشان معیارهای سازگاری را ادراک می‌کنند.

یافته‌ی دوم پژوهش مبنی بر اینکه زنان معتاد خودنظم‌دهی کمتری نسبت به زنان عادی دارند، با یافته‌های بخشی پور و همکاران (۷)، نجفی و احمدی طهور سلطانی (۱۶)، جان، رابینز و پروین^۳ (۱۵)، کول، لاگان و والکر^۴ (۹) و کینگ و کاسین^۵ (۲۸) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت خودنظم‌دهی می‌تواند در اعتیاد نیز دخیل باشد؛ زیرا خودداری از مصرف دارو و الکل بعد از اینکه فرد جریان تنظیم مصرف را تثبیت کرد، بسیار دشوار است؛ خودنظم‌دهی می‌تواند به افراد کمک کند تا در مقابل اعتیاد به مصرف دارو و الکل مقاومت کنند و در نهایت مشکل‌های مختلف مربوط به اعتیاد را کاهش دهند. گلاسمن و همکاران^۶ (۲۹) در پژوهش خود، دو عامل خودکنترلی، خودنظم‌دهی و ارتباط مثبت را، در معتادان به الکل بررسی کرده‌اند. این پژوهش نشان داده که راهبردهای خودنظم‌دهی، بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ی مصرف الکل و پیامدهای آن است؛ و همچنین خودنظم‌دهی، افراد را از مصرف الکل بازمی‌دارد. بنابراین، افراد قادرند با جامعه سازگار شوند و

⁷ Richard, Bell & Carlson

⁸ Merrill, Folsom & Christopherson

⁹ Klein, Elifson & Sterk

¹⁰ Yang & Mao

¹¹ Merrill & Folsman

¹ Adalbjarnardottir & Rafnsson

² Wills, Yaeger & Sandy

³ John, Robins & Pervin

⁴ Cole, Logan & Walker

⁵ King & Chassin

⁶ Glassman, Werch & Jobli

References

1. Karami Nejad R, Tabatabaei Shahrabaki Z. Comparing spiritual intelligence and attribution stules among and no addicted women. *Toloo-e-behdasht*. 2016; 15(1): 34-43. (Full Text in Persian)
2. Ashori A, Molazadeh J, Mohammadi N. The effectiveness of group therapy, cognitive-behavioral on coping skills and relapse prevention in addicted individuals. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (thought and action)*. 2012; 14(3): 181-8. (Full Text in Persian)
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)*. 4 ed; 2013. p. 175-272
4. TabatabaeChehre M, Ebrahimisani E, Mortazavi H. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy in changing irrational beliefs addicts. *Journal of North Khorasan University of Medical Science* 2013; 4(3): 419-30. (Full Text in Persian)
5. EmamHadi MA, Jalilvand M. Compare ways to reduce the tendency of students to substance abuse. *Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran* 2008; 25(4): 441-9. (Full Text in Persian)
6. Javadian SR. Violence and drug abuse. *Journal of Social Work*. 2002; 3(10-11): 24-32. (Full Text in Persian)
7. Bakhshipoor A, Alilo M, Irani S. Compare features, personality disorders and coping strategies with normal group consumed. *Journal of Clinical Psychology and Psychiatric Iran*. 2012; 4(3): 289-79. (Full Text in Persian)
8. KhojastehMehr R, Abbaspour Z, Koraei A, Kochaki R. The effect of a Succeeding in School program on the academic performance, academic self-concept, attitude towards school, learning how to succeed in school and social adjustment of school students. *Journal of School Psychology*. 2012; 1(1): 27-45. (Full Text in Persian)
9. Cole J, Logan T, Walker R. Social exclusion, personal control, self-regulation, and stress among substance abuse treatment clients. *Drug and alcohol dependence*. 2011; 113(1): 13-20.
10. Purkord M, Abolghasemi A, Narimani M, Rezaee JH. Direct and Indirect Impact of Self-Efficacy, Impulsivity, Behavioral Activation-Inhibition and Social Skills on Substance Abuse in Students. *Journal of Addiction Research*. 2013; 7(26): 11-28. (Full Text in Persian)
11. Karimi H, HematiSabet A, Haghighi M, Ahmadpanah M, Mohammad Beigi M. Comparing the effectiveness of group anger management and communication skills training on aggression of marijuana addicted prisoners. *Behavioral Sciences Research*. 2013; 11(2): 129-38. (Full Text in Persian)
12. Rostami AM, Ahadi H, CheraghaliGool H. The Prediction of Coping Strategies Based on Personality Traits in Irritants Affiliates,. *Journal of Addiction Research*. 2013; 7(28): 111-26. (Full Text in Persian)
13. Abolghasemi A, Ahmadi M, Kiamarsi A. Investigate the relationship between metacognition and perfectionism with psychological outcomes in individuals addicted to drugs. *Behavioral Sciences Research*. 2014; 5(2): 73-9. (Full Text in Persian)
14. Tayebi G. Compare the self-regulation, emotional control and social exclusion in drug and psychotropic drugs, and normal people. *Ardebil: University of Ardebil*; 2011. (Full Text in Persian)
15. John OP, Robins RW, Pervin LA. *Handbook of Personality Third Edition Theory and Research*. New york, London: The Guilford press; 2011.
16. Najafi M, AhmadiSoltani M. Compare metacognitive beliefs and tolerance of ambiguity on smokers, smokers and normal. *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 3(4): 59-65. (Full Text in Persian)
17. Wills TA, Yaeger AM, Sandy JM. Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2003; 17(1): 24-31.
18. Smith C. Theorizing religious effects among American adolescents. *Journal for the scientific study of religion*. 2003; 42: 17-30.
19. Yang K-P, Mao X-Y. A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey. *International journal of nursing studies*. 2007; 44(6): 999- 1010.
20. Miller L, Davies M, Greenwald S. Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2000; 39(9): 1190-7.
21. Richard AJ, Bell DC, Carlson JW. Individual religiosity, moral community, and drug user treatment. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 2000; 39(2): 240-6.
22. Delavar A. *Educational Science and Psychology research methods*. Tehran: Publication Virayesh; 2015. (Full Text in Persian)
23. FathiAshtiani A, Dastani M. *Psychological test-evaluation personality and mental health*. Tehran: Besat; 2013. (Full Text in Persian)
24. Aubrey L, Brown J, Miller W. Psychometric properties of a selfregulation questionnaire (SRQ). *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. 1994; 18(2): 420-525.
25. Serajzadeh S. Religious attitudes and behaviors of adolescents in Tehran. *Research on Index*. 1999; 2(7): 105-20.
26. Kohsari Sh. *We. Addiction, society*. 1 ed. Tehran: Institute of cultural GoharManzom; 2009. (Full Text in Persian)

Persian)

27. Adalbjarnardottir S, Rafnsson FD. Adolescent antisocial behavior and substance use: Longitudinal analyses. *Addictive behaviors*. 2002; 27(2): 227-40.

28. King KM, Chassin L. Mediating and moderated effects of adolescent behavioral undercontrol and parenting in the prediction of drug use disorders in emerging adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2004; 18(3): 239.

29. Glassman T, Werch CC, Jobli E. Alcohol self-control behaviors of adolescents. *Addictive Behaviors*. 2007; 32(3): 590-7.

30. Merrill RM, Folsom JA, Christopherson SS. The influence of family religiosity on adolescent substance use according to religious preference. *Social Behavior*

and Personality: an international journal. 2005; 33(8): 821-36.

31. Klein H, Elifson KW, Sterk CE. The relationship between religiosity and drug use among "at risk" women. *Journal of Religion and Health*. 2006; 45(1): 40-56.