

## دراسة مقارنة في مستوى الصحة المعنوية وصلابة الاسرة والرضا الاسري في المدمنين وغيرهم

فرشاد محسن زاده<sup>١</sup>، رضا قاسمي جوبنه<sup>٢</sup>، شهريار دركاهي<sup>٣</sup>، سعيد جليلي نيكو<sup>٤</sup>

- ١- قسم الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، كلية العلوم التربوية وعلم النفس، جامعة خوارزمي، طهران، ايران.  
٢- قسم الارشاد النفسي والتوجيه التربوي، كلية العلوم التربوية وعلم النفس، جامعة الشهيد شميران اهواز، اهواز، ايران.  
٣- قسم الارشاد النفسي والتوجيه التربوي، كلية العلوم التربوية وعلم النفس، جامعة المحقق الاديلي، اردبيل، ايران.  
\* المراسلات الموجهة إلى السيد رضا قاسمي جوبنه؛ البريد الإلكتروني: rghasemi.jobaneh@yahoo.com

ملخص	معلومات المادة
<p><b>خلفية البحث وأهدافه:</b> تعتبر المعنوية والاسرة مكونين مهمين في تبين المشاكل النفسية والاجتماعية والغرض من الدراسة هذه، مقارنة مستوى الصحة المعنوية وصلابة الاسرة والرضا الاسري في المدمنين وغيرهم.</p> <p><b>منهجية البحث:</b> تم اجراء هذه الدراسة بطريقة سببية مقارنة واشتمل المجتمع الاحصائي جميع المدمنين الذكور في مدينة دهدشت عام ٢٠١٥. في هذه الدراسة تم اختيار ٧٠ مدمنا بطريقة اخذ العينة العشوائية العنقودية و ٧٠ غير مدمن من خلال اخذ العينة المتاحة والتي تمت مطابقتهم مع المدمنين من حيث الخصائص الديموغرافية. تمت الاجابة من قبلهم على استبيان الصحة المعنوية ومقياس الصلابة الاسرية واستبيان الرضا الاسري. تم تحليل البيانات التي تم جمعها بطريقة تحليل التباين المتعدد (MANOVA).</p> <p>تمت مراعاة جميع الموارد الاخلاقية في هذا البحث. و اضافة الى هذا فإن مؤلفي المقالة لم يشيروا الى تضارب المصالح.</p> <p><b>الكشوفات:</b> اظهرت الكشوفات ان هناك فروقاً ذات دلالة احصائية بين مجموعتي المدمنين وغير المدمنين، فكانت درجة المدمنين في المتغيرات الثلاثة للصحة المعنوية (الصحة الدينية والصحة الجسمية) وصلابة الاسرة والرضا الاسري اقل بكثير من مجموعة غير المدمنين (<math>P &lt; 0.001</math>).</p> <p><b>الاستنتاج:</b> يمكن الاستنتاج بأن المدمنين في وضع اسوء من حيث الصحة المعنوية وصلابة الاسرة والرضا الاسري مقارنة بغير المدمنين واطافة الى هذا يمكن ادراج هذه المكونات واستخدامها في خطط علاجية كوسيلة علاجية.</p>	<p>الوصول: ١٧ رمضان ١٤٣٩ وصول النص النهائي: ٧ ذيحجه ١٤٣٩ القبول: ٢٠ ذيحجه ١٤٣٩ النشر الإلكتروني: ١٣ محرم ١٤٤٠</p> <p><b>الكلمات الرئيسية:</b> الادمان الرضا الاسري الصحة المعنوية صلابة الاسرة</p>

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Mohsenzadeh F, Ghasemi Jobaneh R, Dargahi Sh, Jalili Nikoo S. Spiritual Health, Family Hardiness and Family Satisfaction: A Comparison between Addicts and Non-addicts. J Res Relig Health. 2018; 4(4): 33- 43.

## مقایسه‌ی سلامت معنوی، سرسختی خانواده و رضایتمندی از خانواده در افراد معتاد و غیرمعتاد

فرشاد محسن‌زاده<sup>۱</sup>، رضا قاسمی جوبنه<sup>۲\*</sup>، شهریار درگاهی<sup>۳</sup>، سعید جلیلی نیکو<sup>۱</sup>

۱- گروه مشاوره، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.  
۲- گروه مشاوره، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.  
۳- گروه مشاوره، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.  
\*مکاتبات خطاب به آقای رضا قاسمی جوبنه؛ رایانامه: [rghasemi.jobaneh@yahoo.com](mailto:rghasemi.jobaneh@yahoo.com)

### اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۲ خرداد ۹۷

دریافت متن نهایی: ۲۸ مرداد ۹۷

پذیرش: ۱۰ شهریور ۹۷

نشر الکترونیکی: ۱ مهر ۹۷

### واژگان کلیدی:

اعتیاد

رضایتمندی خانواده

سرسختی خانواده

سلامت معنوی

### چکیده

**سابقه و هدف:** معنویت و خانواده دو سازه‌ی مهم در تبیین آسیب‌های روان‌شناختی و اجتماعی محسوب می‌شود. هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی سلامت معنوی، سرسختی خانواده و رضایتمندی از خانواده در افراد معتاد و غیرمعتاد است.

**روش کار:** پژوهش حاضر از نوع علی - مقایسه‌ی و جامعه‌ی آماری آن شامل کلیه‌ی معتادان مرد شهرستان دهدشت در سال ۱۳۹۴ است. در این پژوهش ۷۰ معتاد به شیوه‌ی نمونه‌گیری خوشه‌ی تصادفی و ۷۰ غیرمعتاد که از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با گروه معتاد هم‌تاسازی شده بودند به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی، شاخص سرسختی خانواده و پرسش‌نامه‌ی رضایتمندی خانواده پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری شده نیز به شیوه‌ی تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) تحلیل شد. در این پژوهش همه‌ی مسائل اخلاقی رعایت شده است و نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین دو گروه معتاد و غیرمعتاد تفاوت معناداری وجود داشت و نمره‌ی افراد معتاد در هر سه متغیر سلامت معنوی (سلامت مذهبی و سلامت وجودی)، سرسختی خانواده، و رضایتمندی از خانواده به طور معناداری از گروه مقابل کمتر بود ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت که افراد معتاد از نظر سلامت معنوی، سرسختی خانواده و رضایت از خانواده در وضعیت بدتری نسبت به افراد غیرمعتاد قرار دارند. به‌علاوه، در درمان اعتیاد می‌توان این مؤلفه‌ها را در برنامه‌های درمانی گنجانده و به عنوان اهرم درمانی به کار بست.

استناد مقاله به این صورت است:

Mohsenzadeh F, Ghasemi Jobaneh R, Dargahi Sh, Jalili Nikoo S. Spiritual Health, Family Hardiness and Family Satisfaction: A Comparison between Addicts and Non-addicts. *J Res Relig Health*. 2018; 4(4): 33- 43.

اعتیاد به مواد مخدر اختلالی چند عاملی است که از عوامل گوناگونی نشئت می‌گیرد و به دنبال خود آسیب‌هایی جدی در ابعاد مختلف جسمانی، اجتماعی، روان‌شناختی و خانوادگی در

مقدمه

مجله‌ی پژوهش در دین و سلامت

شماره‌ی ۴، پاییز ۱۳۹۷ [www.SID.ir](http://www.SID.ir)

این کار از مجوز [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) تبعیت می‌کند.

فرد ایجاد می‌کند (۱). به عبارت دیگر اعتیاد جزء آسیب‌هایی محسوب می‌شود که نه تنها موجب پیامدهای منفی فردی می‌شود، بلکه خانواده و به تبع آن جامعه را نیز به صورت منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). بنابراین اعتیاد آسیبی روانی - اجتماعی محسوب می‌شود که شناخت عواملی که به کاهش گرایش به اعتیاد و همچنین کاهش تعداد افراد مبتلا به آن در جامعه منجر می‌شود، از اهمیت ویژه‌ی برخوردار است. معنویت بُعدی مهم و تأثیرگذار در سلامت فرد و خانواده به حساب می‌آید و در مطالعات متعدد نشان داده شده است افرادی که در معنویت نمره‌ی بالایی کسب می‌کنند، به رفتارهای پرخطر گرایش کمتری دارند (۳-۶). سلامت معنوی<sup>۱</sup> یکی از ابعاد مهم سلامت انسان است که ارتباطی یکپارچه و هماهنگ بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌هایی مانند ثبات در زندگی، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود و دارای دو بُعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی است (۷ و ۸). یافته‌های یک بررسی نشان می‌دهد که معنویت می‌تواند تأثیر مثبتی بر رضایت از زندگی در افراد داشته باشد و بر بهزیستی روانی آنان بیفزاید (۹). همچنین دین‌داری و معنویت از تأثیر فشارهای زندگی بر گرایش به مصرف مواد می‌کاهد و در طول زمان نیز میزان افزایش مصرف مواد را مهار می‌کند (۷). نریمانی و پوراسمعیلی در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که در صورت پرورش توانایی‌های کنترل و تنظیم هیجانات و هوش معنوی می‌توان همانند سپر دفاعی با اعتیاد مقابله کرد و با توسل به این توانایی‌ها به افراد معتاد در ترک اعتیاد یاری رساند (۱۰). در واقع معنویت با کاهش استرس‌های روان‌شناختی و پیشگیری از رفتارهای پرخطری چون سیگار کشیدن، مصرف مواد مخدر و الکل همراه است (۱ و ۱۱). امروزه سلامت معنوی یکی از شاخص‌های مهم سلامت در نظر گرفته می‌شود و موجب می‌شود که افراد در موقعیت‌های مختلف زندگی و در برخورد با شرایط دشوار و چالش‌زا به صورت کارآمد و سازنده مقابله کنند و آسیب‌پذیری کمتری از نظر روانی نشان دهند و به رفتارهای اعتیادی همچون مصرف مواد گرایش کمتری داشته باشند (۱۲ و ۱۳).

علاوه بر سلامت معنوی، متغیرهای خانوادگی نیز می‌تواند در پیشگیری، گرایش و مبتلا شدن افراد به اعتیاد و درمان آن نقش مهمی داشته باشد. در این میان می‌توان سرسختی

خانواده<sup>۲</sup> و رضایتمندی از خانواده<sup>۳</sup> را دو متغیر مهم و تأثیرگذار در کاهش یا افزایش گرایش افراد به اعتیاد در نظر گرفت. سرسختی خانواده به توانایی اعضای خانواده در پاسخ مثبت نسبت به رویدادهای منفی و اظهار نیرومندی، چاره‌سازی و اعتماد به نفس در حل مشکلات پدید آمده اشاره دارد (۱۴). منظور از پاسخ مثبت اتخاذ راهبردهای مقابله‌ی سازنده و سازگار برای مقابله با مشکلات و چالش‌های زندگی روزمره؛ و گویای این باور است که اعضای خانواده برای مقابله‌ی کارآمد با مشکلات تنش‌زا، با انسجام و پشتیبانی از یکدیگر، با هم همکاری می‌کنند (۱۵). سرسختی خانواده به طور خاص به توانمندی و دوام خانواده، احساس کنترل در طول سختی‌ها و رخدادهای زندگی، نگاه به تغییر به صورت پدید‌یابی مثبت و سودمند، جهت‌گیری فعال‌تر در سازگاری با موقعیت‌های تنش‌زا و مدیریت آنها اشاره دارد و آثاری از خود بر جا می‌گذارد؛ از جمله اینکه از مشکلات بیشتر جلوگیری می‌کند و افراد را در برابر آثار مخرب رویدادهای مشکل‌زا مصون نگه می‌دارد (۱۶ و ۱۷). همچنین سرسختی خانواده موجب بهبود کارکرد آن و همچنین نقش حفاظتی در برابر افسردگی و مصرف مواد می‌شود و افراد تاب‌آور به احتمال کمتری در مواجهه با مشکلات به رفتارهای پرخطر روی می‌آورند (۱۸). بنابراین زمانی که خانواده‌ی دارای سرسختی باشد، می‌توان انتظار داشت که اعضای آن در برابر آسیب‌های روانی و اجتماعی ضعف کمتری نشان دهند، چون سرسختی خانواده از طریق افزایش سرسختی فردی به کاهش آمادگی اعتیاد در اعضا منجر می‌شود (۱۹).

رضایت از خانواده زمانی وجود دارد که هر فرد در خانواده‌ی که زندگی می‌کند نسبت به دیگر اعضای خانواده احساس شادی، خشنودی و رضایت کند. انسجام، قابلیت انعطاف و ارتباط سه بُعد اصلی مربوط به رضایت از خانواده هستند (۲۰). سطح رضایتمندی به محیط ارتباطی خانواده مربوط می‌شود، چنانکه کیفیت ارتباطات درون خانواده در رضایتمندی از خانواده تأثیرگذار است و خانواده‌هایی که رابطه‌ی خوبی بین اعضای آن برقرار باشد، بهتر می‌توانند انسجام و انعطاف‌پذیری خود را در موقعیت‌های مختلف حفظ کنند (۲۱). یافته‌های یک بررسی مشخص کرد که کیفیت روابط خانوادگی با رضایتمندی خانوادگی بیشتر؛ و از سوی دیگر نبود رضایتمندی، با افزایش آسیب‌پذیری در برابر مصرف

<sup>۱</sup> spiritual health

<sup>۲</sup> family hardiness

<sup>۳</sup> family satisfaction

بنابراین ۷۰ نفر که در سال ۱۳۹۴ به مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند و پزشک مرکز، اعتیاد آنان را تأیید کرده بود، به شیوه‌ی نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ی انتخاب شدند. با توجه به اینکه در پژوهش حاضر سعی شده است تمامی معتادان شهر دهدشت فرصت برابری برای شرکت در پژوهش داشته باشند، شهر دهدشت به سه منطقه‌ی شمال، مرکز و جنوب تقسیم شد و از هر قسمت یک مرکز ترک اعتیاد به صورت تصادفی انتخاب؛ و پرسش‌نامه‌های تحقیق به صورت مساوی بین معتادان این سه مرکز توزیع شد. همچنین با مراجعه‌ی پژوهشگر به مکان‌های عمومی، ۷۰ نفر از افراد غیرمعتاد که از نظر جنسیت، سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و منطقه‌ی زندگی با گروه معتاد هم‌تا شده بودند به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. دادن توضیحات کافی درباره‌ی ماهیت صرفاً پژوهشی پرسش‌نامه‌ها، اطمینان‌بخشی درباره‌ی محرمانه ماندن اطلاعات و آزادی انتخاب برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. بدین ترتیب افراد شرکت‌کننده به صورت داوطلبانه و با رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت کردند.

در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های ذیل استفاده شده است:

۱) پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی: پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی که الیسون و پالوتزین<sup>۱</sup> آن را طراحی کرده‌اند، شامل ۲۰ عبارت است که دو خرده‌مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی را می‌سنجد. با جمع نمره‌ی سلامت مذهبی و سلامت وجودی، نمره‌ی سلامت معنوی به دست می‌آید که نمره‌ی بیشتر نشان‌دهنده‌ی سلامت معنوی ادراک‌شده‌ی بیشتر است. پاسخ این سؤال‌ها در مقیاس ۶ درجه‌ی لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) قرار دارد. در پژوهشی در ایران ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۷۹ به دست آمده است (۲۵). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر نیز ۰/۷۱ به دست آمده است.

۲) شاخص سرسختی خانواده: شاخص سرسختی خانواده که مک کوبین<sup>۲</sup> آن را طراحی کرده؛ شامل ۲۰ سؤال است که بر اساس مقیاس چهار درجه‌ی از کاملاً غلط (۰) تا کاملاً درست (۳) تنظیم شده است. این مقیاس از سه خرده‌مقیاس به نام‌های تعهد، چالش و کنترل تشکیل شده است (۲۷). در پژوهش حاضر نمره‌ی کلی سرسختی خانواده مد نظر بوده؛ و

مواد همراه است (۲۲). همچنین در خانواده‌هایی که کیفیت رابطه‌ی بین فردی بین پدر و مادر و دیگر اعضای خانواده ضعیف است، مبتلا شدن به سوء مصرف مواد بیشتر است (۲۳). بر اساس پژوهش انجام شده، عملکرد ارتباطی ضعیف خانواده و کیفیت روابط بین اعضای آن و نیز نظارت و انسجام ناکافی والدین پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی سوء مصرف مواد جوانان است (۲۴). رضایتمندی از خانواده با افزایش صمیمیت بین اعضای آن، حمایت ادراک شده از سوی خانواده و افزایش سلامت عمومی همراه است. بنابراین در صورتی که فردی از خانواده‌ی خود رضایت داشته باشد، به دلیل اینکه در شرایط بهتری از نظر کیفیت زندگی قرار دارد، به احتمال کمتری به راهبردهای مقابله‌ی ناکارآمد همچون مصرف مواد روی می‌آورد (۱۹). موضوع اعتیاد یکی از دغدغه‌های مهم متخصصان و پژوهشگرانی است که در صدد شناخت بیشتر عوامل دخیل در بروز این پدیده‌ی آسیب‌زا هستند. مرور پژوهش‌های انجام شده در ایران نشان می‌دهد که درباره‌ی نقش معنویت و خانواده در تبیین اعتیاد پژوهش‌های ارزشمندی صورت گرفته است، اما درباره‌ی سرسختی خانوادگی و رضایتمندی از خانواده در تبیین رفتارهای پرخطر همچون اعتیاد به مواد مخدر پژوهش‌های انجام شده ناچیز است. در واقع محققان در بیشتر پژوهش‌های صورت گرفته درباره‌ی سرسختی، بر بُعد فردی سرسختی که یکی از سازه‌های درون فردی محسوب می‌شود، تأکید کرده‌اند؛ اما درباره‌ی سازه‌ی مهم سرسختی خانوادگی که میزان سرسختی کل خانواده را بررسی می‌کند، پژوهشی صورت نگرفته است. در واقع پژوهش‌های انجام شده در ایران درباره‌ی نقش سرسختی خانواده و رضایتمندی از خانواده در تبیین آسیب‌های روان‌شناختی و اجتماعی، با وجود اهمیتی که دارد، اندک است. بنابراین هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی سلامت معنوی، سرسختی خانواده و رضایتمندی از خانواده در افراد معتاد و غیرمعتاد است.

## روش کار

پژوهش حاضر از نوع علی - مقایسه‌ی و جامعه‌ی آماری آن شامل کلیه‌ی معتادان مرد شهرستان دهدشت استان کهگیلویه و بویر احمد است. از آنجایی که حداقل تعداد نمونه در پژوهش‌های مقایسه‌ی ۱۵ نفر برای هر گروه تعیین شده (۲۴)، در پژوهش حاضر به منظور افزایش روایی بیرونی پژوهش، تعداد ۷۰ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شده است.

<sup>۱</sup> Ellison & Palutzian

<sup>۲</sup> Maccubbin

درصد) و غیرمعتاد (۷۱/۴) دارای سطح تحصیلی دیپلم و همچنین بیشتر آنان (۵۴/۳) درصد معتاد و (۶۷/۱) غیرمعتاد) متأهل بودند. جدول شماره‌ی ۲ اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه را نشان می‌دهد.

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه

گروه	متغیر		معتاد		غیرمعتاد	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سلامت معنوی	۶۸/۷۷	۲۶/۶۳	۹۰/۵۸	۱۴/۸۷		
سلامت مذهبی	۳۵/۲۷	۱۳/۵۹	۴۶/۰۲	۷/۴۳		
سلامت وجودی	۳۳/۵۰	۱۳/۵۶	۴۴/۵۵	۸/۱۰		
سرسختی خانواده	۲۵/۷۰	۱۰/۵۸	۳۵/۱۸	۸/۹۰		
رضایتمندی خانواده	۲۴/۶۲	۱۰/۰۰	۳۵/۰۲	۵/۷۶		

نتایج جدول شماره‌ی ۲ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی و ابعاد آن یعنی سلامت مذهبی و سلامت وجودی در گروه معتادان به ترتیب برابر با ۶۸/۷۷ و ۲۶/۶۳؛ ۳۵/۲۷ و ۱۳/۵۹؛ و ۳۳/۵۰ و ۱۳/۵۶ بود، درحالی‌که میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی و ابعاد آن یعنی سلامت مذهبی و سلامت وجودی در گروه غیرمعتاد به ترتیب برابر با ۹۰/۵۸ و ۱۴/۸۷؛ ۴۶/۰۲ و ۷/۴۳؛ و ۴۴/۵۵ و ۸/۱۰ بود. علاوه‌براین، میانگین و انحراف معیار سرسختی خانواده و رضایتمندی خانواده در گروه معتادان به ترتیب برابر با ۲۵/۷۰ و ۱۰/۵۸؛ و ۲۴/۶۲ و ۱۰/۰۰؛ و در گروه غیرمعتادان به ترتیب برابر با ۳۵/۱۸ و ۸/۹۰ و ۳۵/۰۲ و ۵/۷۶ بود. بنابراین اطلاعات توصیفی نشان می‌دهد که میانگین سلامت معنوی، سرسختی خانواده و رضایتمندی خانواده‌ی گروه معتادان در مقایسه با گروه غیرمعتادان کمتر بود.

به منظور نرمال بودن توزیع نمره‌ها و پیش‌فرض استفاده از آزمون‌های پارامتریک<sup>۲</sup>، نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف<sup>۳</sup> نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها درباره‌ی متغیرهای پژوهش در هر دو گروه برقرار است ( $p > 0.05$ ). همچنین برای تأیید شرط همگنی ماتریاس‌های واریانس - کوواریانس از آزمون باکس<sup>۴</sup> استفاده شد و نتایج نشان داد این پیش‌فرض نیز برقرار است ( $p > 0.05$ ).

نمره‌ی بیشتر به معنای سرسختی بیشتر خانواده است. در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ این شاخص ۰/۷۸ گزارش شده است (۱۷). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۶ به دست آمده است.

۳) پرسش‌نامه‌ی رضایتمندی خانواده: مقیاس ۱۰ عبارتی رضایتمندی خانواده که اولسون و ویلسون<sup>۱</sup> آن را طراحی کرده‌اند بر اساس مقیاس پنج درجه‌یی لیکرت از بسیار ناراضی (۱) تا به شدت راضی (۵) تنظیم شده است که نمره‌ی بیشتر در آن نشان‌دهنده‌ی رضایت بیشتر از خانواده است. در پژوهشی ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۲ به دست آمده است (۲۶). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمده است.

داده‌های جمع‌آوری شده به شیوه‌ی تحلیل واریانس چندمتغیری در سطح معناداری ۰/۰۰۱ تجزیه و تحلیل شده است.

### یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر ۱۴۰ مرد (۷۰ معتاد و ۷۰ غیرمعتاد) بودند که جدول شماره‌ی ۱ اطلاعات توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آنان را نشان می‌دهد.

جدول ۱) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه معتاد و غیرمعتاد

گروه	معتاد		غیرمعتاد	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن	۳۲/۵۶	۳/۵۶	۳۱/۹۰	۳/۵۸
گروه	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
سیکل	۱۰ (۱۴/۳)	۱۱ (۱۵/۷)		
دیپلم	۵۲ (۷۴/۳)	۵۰ (۷۱/۴)		
کارشناسی	۸ (۱۱/۴)	۹ (۱۲/۹)		
گروه	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
مجرد	۳۸ (۵۴/۳)	۴۷ (۶۷/۱)		
متأهل	۲۲ (۴۵/۷)	۲۳ (۳۲/۹)		

با توجه به جدول شماره‌ی ۱، مشاهده می‌شود که میانگین سنی افراد گروه معتاد برابر با ۳۲/۵۶ با انحراف معیار ۳/۶؛ و میانگین سنی گروه مردان عادی برابر با ۳۱/۹۰ با انحراف معیار ۳/۵۸ بود. بیشتر افراد مورد مطالعه در هر دو گروه معتاد (۷۴/۳)

<sup>۲</sup> parametric

<sup>۳</sup> Kolmogorov-Smirnov

<sup>۴</sup> Box Test

<sup>۱</sup> Olson & whilson

جدول ۳) نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری در دو گروه

مقدار	آماره‌ی F	فرضیه‌ی df	خطای df	معناداری	
۰/۳۰	۱۴/۴۷	۴	۱۳۵	۰/۰۰۱	آزمون اثر پیلایی <sup>۱</sup>
۰/۷۰	۱۴/۴۷	۴	۱۳۵	۰/۰۰۱	آزمون لامبدای ویکلز <sup>۲</sup>
۰/۴۲	۱۴/۴۷	۴	۱۳۵	۰/۰۰۱	آزمون اثر هتلینگ <sup>۳</sup>
۰/۴۲	۱۴/۴۷	۴	۱۳۵	۰/۰۰۱	آزمون بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی <sup>۴</sup>

می‌توان گفت بین گروه معنادار و غیرمعنادار دست‌کم در یکی از متغیرهای مقایسه شده (سلامت معنوی، سرسختی خانواده و رضایتمندی خانواده) تفاوت معناداری وجود داشت. برای اینکه مشخص شود کدام متغیرها بین دو گروه تفاوت دارند در ادامه نتایج آزمون اثرهای بین گروهی گزارش می‌شود.

نتایج جدول شماره‌ی ۳ نشان می‌دهد که میزان F مشاهده شده برای آزمون‌های اثر پیلایی، لامبدای ویکلز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی ۱۴/۴۷ در سطح معناداری ۰/۰۰۱ معنادار بود. به عبارت دیگر جدول یادشده نشان می‌دهد تمام آزمون‌ها از وجود تفاوت معنادار بین گروهی حکایت داشت و

جدول ۴) نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه‌ی متغیرهای وابسته‌ی بین دو گروه

متغیر	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	مجموع مجذورات	آماره‌ی F	معناداری
سلامت مذهبی	۴۰۵۰/۰۶	۱	۴۰۵۰/۰۶	۳۳/۷۳	۰/۰۰۱
سلامت وجودی	۴۲۷۹/۱۱	۱	۴۲۷۹/۱۱	۳۴/۳۰	۰/۰۰۱
سرسختی خانواده	۳۱۴۹/۲۵	۱	۳۱۴۹/۲۵	۳۲/۹۳	۰/۰۰۱
رضایتمندی خانواده	۳۷۸۵/۶۰	۱	۳۷۸۵/۶۰	۵۶/۸۰	۰/۰۰۱

غیرمعنادار هستند. یافته‌های این پژوهش با نتایج برخی دیگر از پژوهش‌ها که محققان در آن نشان داده‌اند که معنویت و باورهای دینی - مذهبی می‌تواند همچون مانعی قدرتمند در برابر گرایش افراد به سوی مصرف مواد مخدر عمل کند، همخوانی دارد (۲۷-۲۹). برای مثال یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که مذهب عامل بازدارنده‌ی قوی در برابر استفاده از مواد مخدر و مشروبات الکلی محسوب می‌شود (۲۸). یافته‌های پژوهشی دیگر که به صورت کیفی انجام شد بیانگر آن است که اعتیاد با عوامل سلامتی (جسمانی و روان‌شناختی)، اجتماعی، خانوادگی و معنوی مرتبط است. در این میان بی‌توجهی به امور مذهبی و اعمال معنوی موجب کناره‌گیری فرد از جامعه: و به تبع آن موجب افزایش آسیب‌پذیری در برابر اعتیاد می‌شود (۲۷). یافته‌های پژوهشی که به شیوه‌ی مرور نظام‌مند انجام شد، نشان می‌دهد که بین معنویت و دین‌داری یا نگرش و رفتارهای مرتبط با سلامت ارتباط مثبت وجود دارد و باورهای معنوی و دین‌داری موجب می‌شود که فرد گرایش کمتری به رفتارهای پرخطر همچون رفتارهای

بر اساس یافته‌های جدول شماره‌ی ۴، بین دو گروه معنادار و غیرمعنادار از نظر سلامت معنوی یعنی سلامت مذهبی (۰/۰۰۱)  $(F=۳۳/۷۳$  و  $Sig=۰/۰۰۱)$  و سلامت وجودی (۰/۰۰۱)  $(F=۳۴/۳۰$  و  $Sig=۰/۰۰۱)$  و همچنین از نظر سرسختی خانواده (۰/۰۰۱)  $(F=۳۲/۹۳$  و  $Sig=۰/۰۰۱)$  و رضایتمندی خانواده (۰/۰۰۱)  $(F=۵۶/۸۰$  و  $Sig=۰/۰۰۱)$  تفاوت معناداری وجود داشت. بنابراین در سطح معناداری ۰/۰۰۱ نتیجه گرفته می‌شود که گروه معنادار در مقایسه با افراد گروه غیرمعنادار از نظر سلامت معنوی، سرسختی خانواده و رضایتمندی از خانواده در سطح پایین‌تری قرار داشتند.

### بحث

در پژوهش حاضر سلامت معنوی، سرسختی خانواده و رضایتمندی از خانواده در افراد معنادار و غیرمعنادار مقایسه شد. نتایج نشان داد که میزان سلامت معنوی افراد معنادار غیرمعنادار متفاوت است و افراد معنادار دارای سلامت معنوی (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) کمتری نسبت به افراد

<sup>۱</sup>) Pillai's Trace

<sup>۲</sup>) Wilks' Lambda

<sup>۳</sup>) Hotelling's Trace

<sup>۴</sup>) Roy's Largest Root

اعتیادی از خود نشان دهد (۲۹).

در تبیین این یافته می‌توان گفت سبک زندگی آمیخته با معنویت؛ با نگرش‌ها، رفتارها و باورهای همراه است که سلامت و آرامش بیشتری در ابعاد جسمانی و روان‌شناختی در پی دارد. اعتقاد به نیرویی برتر که محافظ و مراقب فرد است، بر اعمال او نظارت دارد و او را برای نیل به اهداف والاتری آفریده است؛ نیروی مضاعفی به فرد می‌بخشد و سازوکارهای مقابله‌ی فرد را در برخورد با مشکلات اجتناب‌ناپذیر زندگی به شیوه‌ی مثبت شکل می‌دهد که عامل مهمی در اجتناب از رو آوردن به اعتیاد تلقی می‌شود (۳۰ و ۳۱). به عبارت دیگر برخورداری از سلامت معنوی افراد را به باورها، رفتارها و نگرش‌هایی مجهز می‌کند که با افزایش توانمندی آنان در حوزه‌های مختلف زندگی همراه است و موجب می‌شود افراد از به کار بردن روش‌های ناکارآمد همچون بروز رفتارهای اعتیادی دوری کنند. به همین دلیل در بسیاری از برنامه‌های درمانی اعتیاد، از جمله برنامه‌ی ۱۲ قدمی، معنویت عنصری هسته‌ی به شمار می‌رود و برنامه‌های درمانی حاوی عناصر معنوی در مقایسه با درمان‌هایی که این مؤلفه را ندارد، پیامدهای درمانی بهتری دارد.

همچنین پژوهش حاضر نشان داد که سرسختی خانواده‌ی افراد معتاد در برابر مشکلات و تنش‌ها در مقایسه با افراد غیرمعتاد پایین‌تر است. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های دیگر همسو است (۱۹ و ۳۰). یافته‌های یک بررسی نشان داده است که عوامل خانوادگی همچون تاب‌آوری خانواده در کنار عوامل درون‌فردی همچون ذهن‌آگاهی می‌تواند به صورت مشترک سهم معناداری در پیش‌بینی آمادگی اعتیاد داشته باشد (۱۹). یافته‌های پژوهشی دیگر نیز مشخص کرد که عملکرد خانوادگی همچون عوامل روان‌شناختی نقش معناداری در تبیین اعتیاد دارد (۳۰).

محققان سرسختی خانواده را توانایی خانواده برای مواجهه با تغییرات در موقعیت‌های بحرانی، توانایی احیای مجدد و دوباره فعال کردن تعادل خود بعد از یک بحران تعریف کرده‌اند (۳۲). از آنجایی که خانواده، اثرگذارترین واحد اجتماعی بر اعضای خویش است، بر اساس نظریه‌های گوناگون از جمله نظریه انتقال بین نسلی و نظریه‌ی یادگیری اجتماعی، می‌توان نتیجه گرفت که وقتی خانواده به عنوان کل در مقابله با مشکلات و بحران‌ها، سرسختی و مقاومت کافی از خود نشان نمی‌دهد، همین ویژگی‌ها دست‌کم به برخی از اعضای خانواده هم منتقل می‌شود. بدین ترتیب، این اعضا هنگام مواجهه با درد و ناکامی

زود در هم می‌شکنند و به جای مقاومت به خودتسکینی موقت رومی‌آورند که از دیدگاه نظریه‌ی روان‌شناختی، اختلالات اعتیادی آغاز مسیر اعتیاد به شمار می‌رود. به علاوه، نحوه‌ی واکنش اعضای خانواده که از انسجام و سرسختی خانواده ناشی می‌شود، در پیشگیری از گرایش اعضا به راه‌های نادرست از جمله مصرف مواد مخدر و الکل و رفتارهای پرخطر دیگر، هنگام بروز مشکلات نقش اساسی ایفا می‌کند. خانواده‌هایی که سرسختی اندکی دارند در قبال رفتار نابهنجار عضو خویش، رفتارها و واکنش‌های مناسب و مؤثری نشان نمی‌دهند و توفیقی در پیشگیری از تداوم مصرف و اعتیاد به دست نمی‌آورند.

یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر این است که میزان رضایتمندی از خانواده در گروه افراد معتاد و غیرمعتاد متفاوت بود. طبق نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش، رضایتمندی افراد معتاد پایین‌تر از افراد غیرمعتاد بود. این یافته با نتایج مطالعات دیگر همسو است (۲۳، ۲۴، ۳۲ و ۳۳).

یافته‌های یک بررسی نشان می‌دهد که سابقه‌ی بدرفتاری در خانواده‌ی که فرد در آن پرورش یافته است با سلامت عمومی فعلی مرتبط است و این سابقه موجب می‌شود که فرد نارضایتی از خانواده را گزارش کند و عملکرد ضعیفی در حوزه‌های مختلف زندگی از خود نشان دهد؛ در نتیجه، گرایش به اعتیاد و رفتارهای پرخطر دیگر نیز افزایش پیدا می‌کند (۲۲). یافته‌های پژوهشی دیگر نشان می‌دهد که آسیب‌های مربوط به خانواده همچون تعارض والد - فرزند، نگرش منفی والدین به فرزندان و الگوبرداری از رفتار منفی برادر و خواهر موجب نارضایتی در فرد و گرایش به مصرف مواد مخدر و رفتارهای اعتیادی دیگر همچون اعتیاد به اینترنت می‌شود (۲۳). نتایج پژوهشی دیگر همسو با یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که دل‌بستگی ضعیف بین والد - فرزند، سبک‌های فرزندپروری ناکارآمد و سابقه‌ی اعتیاد در دیگر فرزندان خانواده در افزایش گرایش به اعتیاد نقش دارد (۳۴).

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت پیوند با کانون گرم خانواده می‌تواند تأثیر بسیاری در پیشگیری از اعتیاد افراد داشته باشد. رابطه‌ی گرم بین اعضای خانواده به‌ویژه با فرزندان امکان جذب آنان را به خانواده بیشتر می‌کند و احتمال گریز از خانه و خانواده و پناه بردن به گروه دوستان و رفتارهای پرخطر را کاهش می‌دهد (۳۳). رضایت از خانواده که با صمیمیت و پیوند بین اعضا همراه است موجب می‌شود فرد از نظر هیجانی و روان‌شناختی احساس توانمندی کند، از عزت

### قدردانی

از افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر و همچنین از مسئولان مراکز ترک اعتیاد شهر دهدشت که در اجرای این پژوهش یاریگر پژوهشگران بوده‌اند و بدون همکاری آنان انجام پژوهش حاضر ممکن نبود تشکر و قدردانی می‌شود.

### تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی دربارهی این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

### References

1. Moallemi S, Raghbi M, Salari Z. comparison of spirituality and mental health in addicted and non-addicted. The journal of shahid Sodoughi University of medical science. 2011;18(3):235-42. (Full Text in Persian)
2. Sussman S, Sussman A. Considering the Definition of Addiction. Int J Environ Res Public Health. 2011;8(10):4025-38.
3. Allen T. Religiosity, Spirituality, and substance abuse. USA: University of Alabama; 2009.
4. Galantar M. A research and clinical perspective. The American journal on addiction. 2006;15:286- 92.
5. Johnson T, Sheets V, Kristeller J. Identifying Mediators of the Relationship between Religiousness/Spirituality and Alcohol Use. Journal of studies on alcohol and drug. 2008;69(1):160-70.
6. Leigh J, Bowen S, Marlatt G. Spirituality, mindfulness and substance abuse. Additive behaviors. 2005;30(7):1335- 41.
7. Memaryan N, Rassouli M, Mehrabi M. Spirituality Concept by Health Professionals in Iran: A Qualitative Study. Evid Based Complement Alternat Med. 2016;3:1-9. (Full Text in Persian)
8. Rezaei M, Seyyedfatemi N, Hoseini F. Spiritual health in cancer patients undergoing chemotherapy. Hayat. 2009;14(3):13- 39. (Full Text in Persian)
9. Brill Hart B. A study of spirituality and life satisfaction among persons with spinal cord injury Rehabilitation nursing. 2012;30(1):31-4.
10. Narimani M, Pooresmaeili A. Compare alexithymia and spiritual intelligence in addicts, people treated with methadone, and non-addicts. Journal of research on addiction. 2013;6(26):7- 23. (Full Text in Persian)
11. Rassoulilian A, Seidman C, Loffler-Stastka H. Transcendence, religion and spirituality in medicine.

### نتیجه‌گیری

نفس بیشتری برخوردار باشد، در هنگام مواجهه با مشکلات از حمایت اعضای خانواده بهره‌برد و در نتیجه آسیب‌پذیری کمتری در برابر رفتارهای اعتیادی از خود نشان دهد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه معتاد و غیرمعتاد از نظر سلامت معنوی و سازه‌های خانوادگی تفاوت معنادار وجود دارد. یکی از تلویحات یافته‌های به‌دست‌آمده این است که برای پیشگیری و درمان اعتیاد می‌توان در کنار عوامل دیگر بر معنویت و استحکام خانواده تأکید ویژه‌ی داشت. اعتیاد یکی از مشکلات عدیده‌ی جامعه است و گنجاندن این مؤلفه‌ها در برنامه‌های درمانی می‌تواند غنا و اثربخشی درمان‌ها را افزایش دهد. با این حال، با وجود اینکه معنویت جایگاه به‌نسبت مناسبی دارد، در برنامه‌های درمانی داخل کشور تأکید کمتری بر برنامه‌های خانواده‌مدار شده است و درمان‌های فردی رواج بیشتری دارد. با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد به نقش عوامل معنوی و خانوادگی توجه بیشتری کرد و با ارتقای سلامت و بهزیستی معنوی و افزایش عملکرد سالم خانواده‌ها از بروز اعتیاد پیشگیری کرد یا از میزان شیوع آن کاست. همچنین می‌توان در برنامه‌های پیشگیری سطح دوم و حتی سطح سوم نیز با بهبود سازه‌های معنوی و تقویت عملکرد خانواده‌گام‌های سازنده‌ی در جهت جلوگیری از پیشرفت اعتیاد و توان‌بخشی فردی و خانوادگی افراد معتاد برداشت.

### محدودیت‌ها و پیشنهادها

پژوهش حاضر در جامعه‌ی آماری شهرستان دهدشت استان کهگیلویه و بویر احمد در سال ۱۳۹۴ صورت گرفته است که باید در تعمیم یافته‌های آن به جوامع آماری دیگر، برای مثال معتادان زن یا معتادان شهرهای دیگر کشور احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی مشابه در جمعیت آماری زنان انجام شود و دربارهی نقش عوامل خانوادگی و معنوی دیگر در تبیین اعتیاد به مواد مختلف پژوهش‌های دقیق‌تری صورت گیرد. بر اساس یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به نقش عوامل مؤثر دیگر همچون عوامل زیستی و اجتماعی نیز در تبیین پدیده‌ی اعتیاد توجه شود و پژوهش‌هایی مشابه در جمعیت‌های آماری دیگر همچون زنان معتاد و معتادان دیگر شهرهای ایران صورت گیرد.



Medicine (Baltimore). 2016;95(38):1-6. (Full Text in Persian)

12. Green M, Emery C, Kozora E, Diaz P, Make B. Religious and Spiritual Coping and Quality of Life Among Patients With Emphysema in the National Emphysema Treatment Trial. *Respir Care*. 2011;56(10):1514-21.

13. McNicol ML, Thorsteinsson EB. Internet Addiction, Psychological Distress, and Coping Responses Among Adolescents and Adults. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2017;20(5):296-304.

14. Benzie K, Mychasiuk R. Fostering family resilience: A review of the key protective factors. *Child and Family Social Work*. 2008;14:103-14.

15. Walsh F. *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press; 2006.

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

17. Seyyedi M, Bagherian F. prediction of family hardiness based on Leisure and religious practice at home with the mediation role of Quality of communication in the family. *Journal of Family Counseling & Psychotherapy*. 2012;1(2): 226-42. (Full Text in Persian)

18. Cuomo C, Sarchiapone M, Giannantonio MD, Mancini M, Roy A. Aggression, impulsivity, personality traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2008;34(3):339-45.

19. Jalili Nikoo S, Kharamin SH, Ghasemi Jobaneh R, Mohammad Alippoor Z. Role of Family Resilience and Mindfulness in Addiction Potential among Students. *Armaghane-danesh*. 2015;20(4):357-64. (Full Text in Persian)

20. Olson DH, Gorall DM. Circumplex model of maritaland family systems. In F. Walsh (Ed.) *Normal Family Processes* New York: Guilford; 2003.

21. Akhlaq A, Malik N, Khan N. Family Communication and Family System as the Predictors of Family Satisfaction in Adolescents *Science Journal of Psychology*. 2013;258:1-6.

22. Joeke EO, Marchand K, Guh D, Marsh DC, Brissette S, Krausz M, et al. History of reported sexual or physical abuse among long-term heroin users and their response to substitution treatment. *Addictive Behaviors*. 2011;36(1):55-60.

23. Yen J, Chen CC, Chen SH. Family factors of internet addiction and substance use experience in Taiwanese adolescents. *Cyber Psychology & Behavior*. 2007;10:323-7.

24. Bahrami H, Nejati V, Pooretamad H. Comparison OF Selected Attention AND and Transitional among

Children and adolescents with developmental stuttering and Healthy counterparts. *Journal of Applied Psychology*. 2012;6(1):23-35. (Full Text in Persian)

25. Ghasemi Jobaneh R, Zaharakar K, Hamdami M, Karimi K. Role of Spiritual Health and Mindfulness in Psychological Capital of Students. *Research in medical education*. 2016;8(2):27-36. (Full Text in Persian)

26. AllipourBirgani S. the relationship agreeableness and parenting styles with family satisfaction in students *Biannual journal of applied counseling*. 2012;2(2):73-84. (Full Text in Persian)

27. AlGhaferia H, Bondb C, Matheson C. Does the biopsychosocial-spiritual model of addiction apply in an Islamic context? A qualitative study of Jordanian addicts in treatment. *Drug and Alcohol Dependence*. 2017;172:14-20.

28. Gomes F, Andrade A, Izbicki R, Almeida A, Oliveira L. Religion as a protective factor against drug use among Brazilian university students: a national survey. *Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association*. 2013;35:29-37.

29. Rew L, Wong YJ. A systematic review of associations amongreligiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *Journalof Adolescent Health*. 2006;38:433-42.

30. Agha S, Zia H, Irfan S. Psychological problems and family functioningas risk factors in addiction. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2008;20(3):88-91.

31. Nikmanesh Z, Honakzahi F. Examining Perceived Social Support, Positive Affection, and Spirituality, as Resilience Factors, Among Boys of Drug-Dependent Fathers. *Shiraz E-Med J*. 2016;17(12):1-5. (Full Text in Persian)

32. McCubbin HI, McCubbin MA. Typologies of resilient families: Emerging Roles of social class and ethnicity. *Family Relations*. 1988;37:247-54.

33. Van Ryzin MJ, Roseth CJ, Fosco GM, Lee YK, Chen IC. A component-centered meta-analysis of family-based prevention programs for adolescent substance use. *Clin Psychol Rev*. 2016;45:72-80.

34. McLaughlin A, Campbell A, McColgan M. Adolescent Substance Use in the Context of the Family: A Qualitative Study of Young People's Views on Parent-Child Attachments, Parenting Style and Parental Substance Use. *Subst Use Misuse*. 2016;51(14):1846-55.