



## بررسی نقش میانجی‌گری سرسختی روان‌شناختی در رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، خودکارآمدی و خودپنداره با گرایش به اعتیاد

فاطمه جلیلیان کاسب<sup>۱</sup>، محسن حجت‌خواه<sup>۲</sup>، علیرضا رشیدی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۲/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۱۰

### چکیده

**هدف:** مطالعه حاضر به هدف بررسی نقش میانجی سرسختی روان‌شناختی در رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، خودپنداره و خودکارآمدی در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد انجام گرفته است. **روش:** روش پژوهش مورد استفاده توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری دانشجویان پسر دانشگاه رازی مقطع کارشناسی بوده که تعداد ۳۵۸ دانشجو به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. پرسش‌نامه‌های جهت‌گیری مذهبی آلپورت، خودکارآمدی شرر، خودپنداره بک و سرسختی روان‌شناختی اهواز و آمادگی اعتیاد اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد خودکارآمدی، خودپنداره و جهت‌گیری مذهبی درونی از طریق سرسختی روان‌شناختی با گرایش به اعتیاد رابطه منفی معنادار دارند. **نتیجه‌گیری:** با توجه به تأثیر متغیرهای پژوهش بر گرایش به اعتیاد می‌توان از نتایج پژوهش در برنامه‌های اجرایی در زمینه پیشگیری و درمان اعتیاد استفاده کرد. **کلیدواژه‌ها:** جهت‌گیری مذهبی، خودکارآمدی، خودپنداره، سرسختی روان‌شناختی، گرایش به اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد خانواده، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران، پست

الکترونیک: fatemeh.jalilian62@gmail.com

۲. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

۳. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

## مقدمه

یکی از معضلات مهم و اساسی در دنیای کنونی اعتیاد به مواد مخدر است که علیرغم تلاش‌های فراوان و هزینه‌های سنگین مبارزه با آن می‌توان راه‌حل مناسب و قابل قبولی برای جلوگیری و چیره شدن بر این مشکل جهانی به دست آورد (رضایی و صنوبری، ۱۳۹۲). اعتیاد ابتلای اسارت‌آمیز فرد به ماده یا داروی مخدر است، به گونه‌ای که او را از نظر جسمی و روانی به خود وابسته می‌کند رفتارهای فردی و اجتماعی او را تحت الشعاع قرار می‌دهد و به عنوان مهمترین آسیب اجتماعی، جامعه انسانی را مورد هجوم خود قرار داده است (اصغری، کردمیرزا، و احمدی، ۱۳۹۲). اعتیاد به مواد مخدر، طی دهه اخیر یکی از مهمترین بحران‌های بهداشتی و اجتماعی بوده است. از آنجایی که مبارزه با اعتیاد مستلزم شناخت همه ابعاد آن (اقتصادی، اجتماعی و...) است، در این میان شناخت شخصیت و ویژگی‌های رفتاری معتادان به منظور مبارزه با اعتیاد و نیز پیشگیری و درمان آن، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. پژوهش‌ها در علت‌شناسی مصرف مشکل‌زای مواد به عواملی چون ویژگی‌های شخصیتی افراد اشاره دارند و به نقش قدرتمند صفات شخصیتی افراد در تعامل با دیگر عوامل محیطی در شروع و تداوم مصرف مشکل‌زای مواد پرداخته‌اند (درمودی، چون و مانوک<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳). از جمله متغیرهای شخصیتی که با گرایش به مصرف مواد ارتباط دارد، نگرش فرد نسبت به خودش می‌باشد. در واقع خود‌پنداره<sup>۲</sup> تصویر شخص است نسبت به کل وجود خویش که این برداشت در مجموعه اعمال و رفتار منعکس می‌شود و باعث می‌شود در تعامل با دیگران و مواجهه با موقعیت‌های مختلف، سازگاری لازم را کسب نماید (کوپر و پروین<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸). خود‌پنداره ارزیابی کلی فرد از خودش است. این ارزیابی ناشی از ارزیابی‌های ذهنی فرد از ویژگی‌های خود است که ممکن است مثبت یا منفی باشد. خود‌پنداره مثبت نشان دهنده این است که فرد خودش را در مقام شخصی با نقاط قوت و ضعف می‌پذیرد و این امر موجب بالا رفتن اعتماد به نفس او در روابط اجتماعی می‌شود. خود‌پنداره منفی منعکس

1. Dermody, Cheon, & Munuck  
2. self-concept  
3. Cooper, & Pervin

کننده احساس بی‌ارزشی و بی‌لیاقتی و نیز ناتوانی «خود» است. به اعتقاد بارنت و گوتلیب<sup>۱</sup> (۱۹۸۸) این احتمال وجود دارد که رویدادهای منفی زندگی در افرادی که از احساس خودارزشی چندانی برخوردار نیستند، تحقیقات بسیاری بیان می‌کند که خودپنداره به عنوان کلید اساسی رفتارهای فرد می‌باشد. در واقع این خودپنداره است که انگیزه‌های لازم برای اعمال و رفتارهای مورد نیاز را فراهم می‌آورد. طبق نتایج پژوهش قنبری زرنندی، محمدخانی و هاشمی‌نسب (۱۳۹۵) افراد دارای عزت نفس بالا از طریق توانمندی خودکنترلی و مهارت‌های اجتماعی بر مصرف الکل، سیگار و سایر مواد در نوجوانان در معرض خطر تأثیر می‌گذارد. نتایج پژوهش‌های فروع‌الدین و صدرالسادات (۱۳۸۱) نشان داد که خودپنداره افراد معتاد و غیرمعتاد با یکدیگر تفاوت دارد و خودپنداره منفی را می‌توان عاملی در گرایش به اعتیاد دانست.

خودکارآمدی یکی دیگر از متغیرهای شخصیتی می‌باشد که با سوء مصرف مواد ارتباط دارد. خودکارآمدی به عنوان سازه‌ای شخصیتی، قضاوتی است از جانب فرد درباره توانایی خود در بروز رفتارهای مشخصی که به اهداف معینی منجر شده، که در مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا کمک‌کننده می‌باشد. خودکارآمدی یکی از مهمترین مؤلفه‌های کسب موفقیت و سازش‌یافتگی است (اشنایدر، لویز و شانی، ۲۰۰۲). افرادی که احساس خودکارآمدی بالا دارند در مواجهه با تکلیف مشکل به جای اجتناب از آن‌ها با تکلیف چالش می‌کنند، تعهد بالایی برای رسیدن به اهداف خود دارند، هنگام مواجهه با مشکل به جای اضطراب و ترس احساس آرامش را تجربه می‌کنند، بعد از شکست اعتماد تضعیف شده آن‌ها به سرعت بهبود می‌یابد، به راه‌حل‌های خود اطمینان دارند، ولی در عین حال انعطاف‌پذیر هستند (بندورا، ۱۹۹۳). عزت‌نفس پایین، خودکارآمدی پایین و کمبود قدرت‌های انطباقی برای مقابله با حوادث روزانه زندگی در زنان می‌تواند زمینه‌ساز شروع اعتیاد و یا از نتایج آن باشد (دهقان، قاسمی، صفری، ابراهمی و اعتمادی، ۱۳۹۲). به نظر می‌رسد افراد دارای خودکارآمدی پایین به دلیل داشتن روحیه ضعیف در حل مشکلات زندگی و عدم باور نسبت به توانمندی‌های خود، زمانی که در شرایط تنش‌زا قرار بگیرند

1. Barnt, &amp; Gotlib

2. Snyder, Lopez, &amp; Shane

نسبت به افرادی که دارای خودکارآمدی بالا می‌باشند، احتمال بیشتری دارد که درگیر اعتیاد شوند. طبق پژوهش جلالی و احدی (۱۳۹۴) سطوح پایین خودکارآمدی در گرایش نوجوانان به سوء مصرف مواد موثرند. همچنین در پژوهش‌های اصغری، کردمیرزا و احمدی (۱۳۹۲)؛ بهادری، و خانجانی (۱۳۹۲)؛ ابوالقاسمی، پورکرد و نریمانی (۱۳۸۸)؛ اورکی (۱۳۸۹)؛ تات و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) دریافتند که بین خودکارآمدی با گرایش به مصرف مواد رابطه منفی وجود دارد و افراد دارای خودکارآمدی پایین از گرایش بیشتری به سمت مواد مخدر دارند.

از جمله عوامل دیگری که می‌تواند در عدم گرایش جوانان به سمت اعتیاد نقش مؤثری داشته باشد، داشتن اعتقادات مذهبی است. با توجه به نقش باورهای مذهبی و احاطه آن بر شئون زندگی انسان، در بازداری فرد از گرایش به مواد مخدر نقش تعیین کننده‌ای دارد. توریانو و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۲) بیان می‌کنند که باورهای مذهبی به بهبود سلامت، کیفیت زندگی و افزایش عزت نفس منجر می‌شود. افرادی که از دینداری بالایی برخوردارند سازگاری بهتری با موقعیت‌های استرس‌زا دارند، میزان پایین تری از هیجانات منفی و افسردگی را تجربه می‌کنند، از مصرف مواد روان گردان و الکل پرهیز می‌کنند. به دلیل اتخاذ شیوه‌های سالم در زندگی امید به زندگی بالاتری نسبت به افراد عادی دارند (کوئینگ و کوهن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). و از آنجا که کشور ما یک کشور اسلامی و مذهبی است، مذهب به عنوان یک منبع کنترل درونی و بیرونی قوی محسوب می‌شود، که می‌تواند عامل تأثیر گذاری در عدم گرایش جوانان به سمت اعتیاد باشد. مطالعه یاور، نوری و حسن آبادی (۱۳۹۴)؛ پورنیکدست، تقی‌زاده، علی‌اکبری، امیدیان و میکائیلی (۱۳۹۳)؛ شیخ الاسلامی و همکاران (۱۳۹۲)؛ زرگر، نجاریان و نعمانی (۱۳۸۷)؛ طوفانی (۱۳۸۰)؛ یانگ، هامان، بورلند، فونگ و اومار<sup>۴</sup> (۲۰۰۹) نشان داد که بین نگرش مذهبی و آمادگی به اعتیاد رابطه وجود دارد. همچنین در تحقیق سانجرو ناپو<sup>۵</sup> (۲۰۰۸) مذهب درمانی در دانش‌آموزان دبیرستانی معتاد تأثیر مثبتی بر بهبودی آنان داشته است.

1. Tate  
2. Turiano  
3. Koenig, & Cohen

4. Yong, Hamann, Borland, Fong, & Omar  
5. Sanchez, & Nappo

از دیگر متغیرهای تأثیرگذار در گرایش به اعتیاد سرسختی روان‌شناختی می‌باشد، که موجب می‌شود افراد در مقابل رویدادهای استرس‌زا و موقعیت‌های پرتنش زندگی عملکرد مناسبی داشته باشند، سرسختی روان‌شناختی، نگرش درونی خاصی را به وجود می‌آورد که شیوه رویارویی افراد را با مسایل مختلف زندگی تحت تأثیر قرار می‌دهد. کوباسا، مدی و کوهن<sup>۱</sup> (۱۹۸۲) سازه سرسختی را به عنوان یک منبع مقاومت در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی می‌داند. در واقع می‌توان عنوان کرد افراد با سطح سرسختی روان‌شناختی قوی با توجه به صفات مبارزه‌جویی و ابراز وجود و نیرومندی و استقامت در مقابل حوادث تنش‌زای محیطی کمتر دچار آسیب‌های جسمانی و روانی از جمله اعتیاد می‌شوند. از دیدگاه کوباسا (۱۹۷۹) فرد سرسخت کسی است که، نسبت به فعالیت‌هایی که انجام می‌دهد، توانایی احساس عمیق در آمیختگی و یا تعهد دارد؛ معتقد است که قادر به کنترل و یا تأثیرگذاری بر روی حوادث است و استرس‌زاهای روانی را قابل تغییر می‌داند. به نظر می‌رسد با توجه به مبانی نظری و پیشینه، افرادی که گرایشات مذهبی قوی، خودکارآمدی بالا و خودپنداره قوی و مثبت دارند، سرسختی روان‌شناختی بیشتری در برابر عوامل استرس‌زا و موقعیت‌های تنش‌زا دارند. و به عبارتی ویژگی سرسختی روان‌شناختی موجب توانمندی بیشتر فرد در برابر وسوسه و گرایش به سمت اعتیاد خواهد شد. جانسون نشان داد باورهای دینی در سلامت‌روان و سازگاری افراد نقش عمده‌ای دارد و همچنین طبق نتایج پژوهش زرگر و همکاران (۱۳۸۷) سرسختی روان‌شناختی و نگرش مذهبی، بیشترین اهمیت را در تبیین واریانس‌های آمادگی به اعتیاد و خرده‌مقیاس‌های آن دارند. همچنین طبق پژوهش ملازاده اسفنجانی، کافی و صالحی (۱۳۹۰) بین سرسختی روان‌شناختی و اعتیاد رابطه وجود دارد. یافته‌های پژوهش جوکار، معین و هنرپروران (۱۳۹۳)؛ زاهد و رجبی (۱۳۹۰)؛ نیز حاکی از آن بود که سرسختی روان‌شناختی با خودکارآمدی و خودپنداره رابطه مثبت معنادار دارد. همچنین یاسمی‌نژاد، گل محمدیان، فعلی (۱۳۹۰) آزموده و همکاران (۱۳۸۶)؛ مدی (۲۰۰۲) نیز عنوان کردند که بین جهت‌گیری مذهبی و سرسختی روان‌شناختی رابطه وجود دارد و افراد با

جهت‌گیری درونی نسبت به افراد با جهت‌گیری بیرونی از تعهد، مهار و مبارزه‌جویی بیشتری برخوردارند.

کشور ایران هم اکنون دارای یکی از جوان‌ترین جمعیت‌های جهان است و از آنجایی که اعتیاد عمدتاً نسل جوان هر جامعه‌ای را تهدید می‌کند و ایران نیز از این مسئله مبرا نیست بنابراین نیاز به اتخاذ تصمیم جدی در زمینه پیشگیری از اعتیاد وجود دارد. این پژوهش به دنبال بررسی نقش جهت‌گیری مذهبی، خودپنداره و خودکارآمدی در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد در دانشجویان با میانجی‌گری سرسختی روان‌شناختی می‌باشد.

## روش

### جامعه، نمونه، روش نمونه‌گیری

این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش کل دانشجویان پسر دانشگاه رازی کرمانشاه در مقطع کارشناسی در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ می‌باشد که طبق آمار معاونت آموزشی دانشگاه رازی کرمانشاه، برابر ۵۲۹۹ نفر می‌باشد. از این جامعه با استفاده از فرمول کوکران نمونه‌ای به حجم ۳۵۸ نفر انتخاب شد. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی بود.

۱۵۰

150

## ابزار

۱. مقیاس آمادگی برای اعتیاد<sup>۱</sup>: اولین بار توسط وید و بوچر<sup>۲</sup> در سال ۱۹۹۲ ساخته شد، و مقیاس ایرانی آن نیز توسط زرگر، نجاریان و نعامی (۱۳۸۵) ساخته شد (به نقل از زرگر، و همکاران، ۱۳۸۷). از دو عامل تشکیل شده و دارای ۳۶ گویه به اضافه ۵ گویه‌ی دروغ‌سنج است. نمره‌گذاری هر سؤال بر روی یک پیوستار از ۰ (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) می‌باشد. در عامل اول (آمادگی فعال) بیشترین گویه‌ها مربوط به رفتارهای ضد اجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت به مواد، افسردگی و هیجان‌خواهی است و در عامل دوم (آمادگی منفعل) بیشترین گویه‌ها مربوط به عدم ابراز وجود و افسردگی است (زرگر، و همکاران، ۱۳۸۷). اعتبار این ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰، عامل فعال ۰/۹۱ و عامل

1. Addiction Potential Scale (APS)

2. Wade, & Butcher

منفعل ۰/۷۵ گزارش شده است (زرگر و غفاری، ۲۰۰۹). برای روایی سازه همبستگی نمرات این مقیاس با مقیاس فهرست بالینی علائم بالینی SCI-25، ۰/۴۵ گزارش شد (زرگر و همکاران، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر اعتبار آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و آلفای هر یک از خرده مقیاس‌های آمادگی منفعل و فعال به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۹۲ به دست آمد.

۲. مقیاس سرسختی اهواز<sup>۱</sup>: این مقیاس توسط کیامرثی، نجاریان و مهرابی زاده در سال ۱۳۷۷ ساخته شد و دارای ۲۷ گویه است. نمره گذاری به صورت ۰ (هرگز)، ۱ (به ندرت)، ۲ (گاهی اوقات)، ۳ (اغلب اوقات) می‌باشد. گویه‌های ۶، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۷ و ۲۱ معکوس نمره گذاری می‌شوند. دامنه نمرات ۰ تا ۸۱ می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۶ به دست آمد (نجاریان و همکاران، ۱۳۷۷). برای بررسی روایی، همبستگی نمرات این مقیاس با نمرات مقیاس خود شکوفایی مازلو، مقیاس اعتبار سازه‌ای سرسختی، و پرسش‌نامه اضطراب در دانشجویان به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۰، ۰/۴۴ به دست آمد که معنادار بود و حکایت از روایی مقیاس داشت. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۵ به دست آمد.

۳. مقیاس خودکارآمدی شیرر<sup>۲</sup>: این مقیاس توسط شیرر و مادوکس (۱۹۸۲) ساخته شده و شامل ۱۷ گویه بوده که توسط براتی در سال ۱۳۷۵ ترجمه شده است. شرر و مادوکس ضریب اعتبار آن را ۰/۸۲ گزارش نمودند. جهت روایی، همبستگی نمره‌ی این پرسش‌نامه با نمره‌ی مقیاس منبع کنترل راتر معنادار به دست آمد. روش نمره گذاری به این صورت است که به هر گویه از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) امتیاز تعلق می‌گیرد. گویه‌های ۱، ۱۳، ۸، ۹، ۳ و ۱۵ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. این مقیاس دارای حداکثر نمره ۸۷ و حداقل نمره ۱۷ می‌باشد. در پژوهش نجفی و فولاد چنگ (۱۳۸۶) اعتبار این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و روایی آن را از طریق همبستگی آن با مقیاس عزت نفس روزنبرگ ۰/۶۱ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

1. Ahvaz Hardiness Inventory Scale (AHIS)  
2. Sherer self-efficacy Scale Scale

۴. مقیاس جهت‌گیری مذهبی آلپورت<sup>۱</sup>: آلپورت و راس<sup>۲</sup> در سال ۱۹۵۰ این مقیاس را برای سنجش جهت‌گیری‌های درونی و بیرونی مذهب تهیه کردند. این آزمون دارای ۲۱ گویه است که سؤالات ۱ تا ۱۲ جهت‌گیری بیرونی و ۱۳ تا ۲۱ جهت‌گیری درونی را می‌سنجد. نمره‌گذاری از ۱ (کاملاً مخالفم)، تا ۵ (کاملاً موافقم) می‌باشد. در مطالعات اولیه‌ای که بر این مبنا صورت گرفت، مشاهده شد که همبستگی جهت‌گیری بیرونی با درونی ۰/۲۱ است (آلپورت و راس، ۱۹۶۷). همسانی درونی مقیاس ۰/۷۱ و اعتبار بازآزمایی ۰/۷۴ گزارش شد (مختاری و همکاران، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ کل برابر ۰/۷۸ و آلفای هر یک از خرده مقیاس‌های جهت‌گیری مذهبی بیرونی و درونی به ترتیب ۰/۵۲، ۰/۷۰ به دست آمد.

۵. مقیاس خودپنداره بک<sup>۳</sup>: این مقیاس را نخستین بار بک در سال ۱۹۹۰ به منظور بررسی خودپنداره افراد مطرح کرد و مجدداً بک، استیر، اپستین و برون<sup>۴</sup> در همان سال آن را ارزیابی کردند. این مقیاس ۲۵ گویه‌ای وسیله‌ای برای ارزیابی نگرش‌های شخص از خودش است. سؤالات ۱۳، ۱۱، ۳، ۲، ۱۹، ۲۱، ۲۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات از ۱۲۵-۲۵ می‌باشد. بک و همکاران (۱۹۹۰) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۲، ضریب اعتبار بازآزمایی با فاصله زمانی یک هفته را ۰/۸۸ و با فاصله زمانی سه ماه را ۰/۶۵ گزارش نمودند. این مقیاس را در ایران نبوی در سال ۱۳۷۳ روایی یابی نمود. برای روایی ملاکی این مقیاس توانست تفاوت معناداری بین افراد عادی و افسرده به دست آورد. ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۵ گزارش شد و در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۹ به دست آمد.

### یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Allport - religious orientation Scale  
2. Ross

3. self-concept scale  
4. Beck, Steer, Epstin, & Brown



جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در گروه نمونه

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
گرایش به اعتیاد	۴۰/۵۹	۲۲/۴۹	۲	۱۰۳
خودپنداره	۹۰/۰۹	۲/۹۷	۵۶	۱۱۳
خودکارآمدی	۵۰/۵۱	۶/۴۹	۳۵	۶۴
جهت‌گیری مذهبی بیرونی	۲۲/۱۶	۲/۹۷	۱۴	۳۰
جهت‌گیری مذهبی درونی	۲۸/۵۳	۴/۰۴	۲۰	۳۷
سرسختی روان‌شناختی	۴۹/۴۶	۶/۰۴	۳۳	۶۱

پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم مدل پیشنهادی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم مدل پیشنهادی

مسیرها	ضریب $\beta$	ضریب غیراستاندارد	نسبت بحرانی	خطای استاندارد	معناداری
جهت‌گیری مذهبی بیرونی با سرسختی روان‌شناختی	۰/۰۳	۰/۰۶	-۰/۶۳	۰/۱۰	۰/۵۲
جهت‌گیری مذهبی درونی با سرسختی روان‌شناختی	۰/۲۹	۰/۹۳	-۶/۰۷	۰/۱۵	۰/۰۰۱
خودکارآمدی با سرسختی روان‌شناختی	۰/۱۲	۰/۳۰	۵/۵۹	۰/۱۱	۰/۰۱
خودپنداره با سرسختی روان‌شناختی	۰/۲۳	۰/۶۷	۴/۷۷	۰/۱۴	۰/۰۰۱
سرسختی روان‌شناختی با گرایش به اعتیاد	-۰/۳۵	-۰/۵۸	-۸/۵۳	۰/۰۶	۰/۰۰۱
جهت‌گیری مذهبی بیرونی با گرایش به اعتیاد	-۰/۰۶	-۰/۸۲	۵/۸	۰/۱۴	۰/۱۰
جهت‌گیری مذهبی درونی با گرایش به اعتیاد	-۰/۳۰	-۱/۶۲	-۷/۷۷	۰/۲۰	۰/۰۰۱
خودکارآمدی با گرایش به اعتیاد	-۰/۲۸	-۱/۱۴	-۷/۳۴	۰/۱۵	۰/۰۰۱
خودپنداره با گرایش به اعتیاد	-۰/۱۶	-۰/۷۹	-۴/۱۸	۰/۱۸	۰/۰۰۱

شاخص‌های نکویی برازش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های نکویی برازش مدل اصلاح شده

معناداری	RMSEA	NFI	GFI	AGFI	GFI	X <sup>2</sup> /df	درجه آزادی	X <sup>2</sup>
۰/۲۱	۰/۰۴	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۹۵	۰/۹۷	۱/۱۱	۱	۱/۱۱

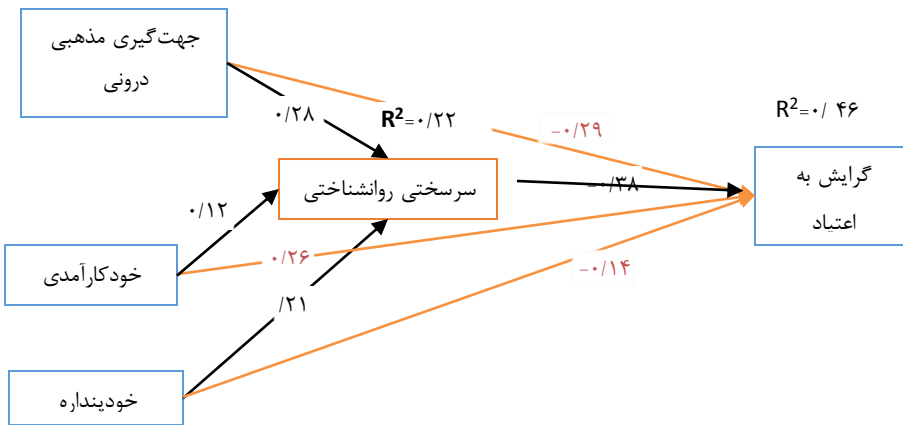
با توجه به نتایج جدول ۳، مدل پیشنهادی از برازش خوبی برخوردار است. هر قدر شاخص‌های GFI، AGFI، CFI، NFI به عدد یک نزدیک‌تر باشند بیانگر برازش بهتر

مدل می‌باشد. نتایج بوت استرپ روابط غیرمستقیم مدل اصلاح شده در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج بوت استرپ روابط غیرمستقیم مدل اصلاح شده

مسیرها	برآورد استاندارد	حد بالا	حد پایین	معناداری
رابطه خودکارآمدی با گرایش به اعتیاد از طریق سرسختی روان‌شناختی	۰/۱۵	۰/۱۲	-۰/۲۳	۰/۰۰۱
رابطه جهت‌گیری مذهبی درونی با گرایش به اعتیاد از طریق سرسختی روان‌شناختی	۰/۲۷	۰/۲۱	-۰/۳۴	۰/۰۰۱
رابطه خودپنداره با گرایش به اعتیاد از طریق سرسختی روان‌شناختی	۰/۲۹	۰/۲۵	-۰/۳۳	۰/۰۰۱

با توجه به عدم رابطه علی بین جهت‌گیری مذهبی بیرونی با سرسختی روان‌شناختی و گرایش به اعتیاد از مدل حذف شده است. مدل اصلاح شده در نمودار ۱ ارائه شده است.



نمودار ۱: مدل پیشنهادی رابطه‌ی علی بین متغیرهای جهت‌گیری مذهبی، خودپنداره و خودکارآمدی با گرایش به اعتیاد با میانجی‌گری سرسختی روان‌شناختی

### بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل مسیر مدل پیشنهادی پژوهش نشان داد رابطه غیر مستقیم جهت‌گیری مذهبی درونی با گرایش به اعتیاد از طریق سرسختی روان‌شناختی منفی و معنادار است؛ یعنی جهت‌گیری مذهبی از طریق سرسختی روان‌شناختی، گرایش به اعتیاد را کاهش می‌دهد. این یافته را می‌توان اینگونه تبیین کرد که افراد مذهبی، به دلیل داشتن یکسری اعتقادات و باورهای

درونی رویدادهای استرس‌زا را به گونه‌ای متفاوت ارزیابی می‌کنند. در موقعیت‌های مختلف سازش و سرسختی بیشتری از خود نشان می‌دهند که با یافته‌های یاور، نوری و حسن آبادی (۱۳۹۴)؛ شیخ‌الاسلامی و همکاران (۱۳۹۲)؛ اصغری، کردمیرزا و احمدی (۱۳۹۲)؛ ابوالقاسمی، پورکرد و نریمانی (۱۳۸۸)؛ طوفانی (۱۳۸۰)؛ زرگر، نجاریان و نعمانی (۱۳۸۷)؛ توریانو و همکاران (۲۰۱۲)؛ سانجزو ناپو (۲۰۰۸)؛ یانگ و همکاران (۲۰۰۹)؛ پرگمانت، ماهونی و اسمیت (۲۰۰۸)؛ آرالو، پرادو و آمارو (۲۰۰۸) همسو می‌باشد. در واقع، مذهبی بودن می‌تواند آثار بحران‌های شدید زندگی را تعدیل کند. مؤلفه‌های نظام معنادهی متأثر از دین (شامل باورها، هماینها، انتظارات و اهداف) به عنوان نقطه مرکزی هیجان‌ات و اعمال فرد عمل می‌کند (سیل برمن، ۲۰۰۵). بنابراین، هر چه سطح دینداری فرد بیشتر باشد، به تبع آن، معنایی که به خود و جهان اطرافش می‌دهد، توأم با احساس ارزشمندی و هدفمندی است؛ به گونه‌ای که زمان پیدایش تنش و استرس، همانند سپر عمل کرده و موجب می‌شود فرد به واسطه باورهای شناختی خود، فشار روانی را تعدیل کند و به عنوان میانجی بر فرایند فکری و ارزیابی رویدادهای روزمره زندگی تأثیر می‌گذارد. بدین ترتیب، حتی بسیاری از رویدادهای به ظاهر منفی، مثبت و معنادار ارزیابی می‌شوند و فرد از آن‌ها احساس مثبت خواهد داشت. همچنین موجب می‌شود فرد در برابر مشکلات سرسختی بیشتری از خود نشان دهد و بر اعمال و رفتار خود کنترل بیشتری داشته باشد و در زمان تنش کمتر دچار استرس شده و آسیب‌پذیری کمتری او را تهدید کرده و در واقع فرد سلامت روان بیشتر و بهزیستی روان‌شناختی بهتر دارد و در نهایت کمتر گرایش به اعتیاد دارد.

همچنین بررسی پژوهش حاضر نشان داد که بین خودپنداره با گرایش به اعتیاد از طریق سرسختی روان‌شناختی رابطه‌ی معنادار وجود دارد. وجود رابطه مثبت بین خودپنداره و سرسختی روان‌شناختی با نتایج پژوهش دهقانی و همکاران (۱۳۹۲)؛ ملازاده اسفنجانی، کافی و صالحی (۱۳۹۰)؛ فروغ‌الدین و صدرالسادات (۱۳۸۱)؛ استاکی (۲۰۰۳)؛ بوکستین (۲۰۰۰)؛ میلر (۱۹۹۵) همسو می‌باشد. این یافته را می‌توان اینگونه تبیین کرد که افراد دارای خودپنداره منفی شناخت دقیق‌تری از خود وجودی، نقاط ضعف و قوت خود را

ندارند به همین دلیل در زمان بروز مشکل توانمندی خود را قبول ندارد که باعث افزایش ناامیدی در فرد می‌شود و چنین فردی زمان پیدایش مشکلات به دلیل عدم انگیزه کافی، احساس خود ارزشمندی در خود ندارد و تصور می‌کند کنترلی بر تصمیمات و رویدادها ندارد و کمتر احساس تعهد خواهد کرد و به همین دلیل روحیه مبارزه طلبانه کمتری داشته که موجب سرسختی کمتر فرد در برابر مشکلات می‌شود... به عبارتی افراد دارای خود پنداره منفی قدرت درونی خود را باور ندارند که موجب می‌شود فرد در موقعیت‌های تنش‌زا و هنگام وقوع استرسورها، توانایی پذیرش اینکه از پس مشکلات برخوردار آمد را ندارند به عبارتی می‌توان نتیجه گرفت که این افراد در زمان بروز تنش و چالش سرسختی کمتری دارند که موجب می‌گردد این افراد شکست بیشتری را در زندگی متحمل شوند و به دنبال آن استرس و اضطراب بیشتری را تجربه کنند که در نهایت این فشار روانی، زمینه کشیده شدن فرد به سمت اعتیاد را ایجاد می‌کند. و افرادی که خودپنداره مثبت دارند، درصد بیشتری از تجارب زندگی شان را مثبت ارزیابی می‌کنند و تمایل دارند رویدادهای استرس‌زای زندگی را به شیوه کمتر استرس‌زا ارزیابی کنند. و همین امر موجب می‌شود این افراد دارای سلامت روان بیشتری بود کمتر به سمت اعتیاد گرایش داشته باشند.

همچنین رابطه غیر مستقیم خودکارآمدی با گرایش به اعتیاد از طریق سرسختی روان‌شناختی منفی و معنادار به دست آمد؛ وجود رابطه مثبت معنادار بین خودکارآمدی با سرسختی روان‌شناختی با نتایج پژوهش جلالی و احدی (۱۳۹۴)؛ دهقانی و همکاران (۱۳۹۲)؛ بهادری و خانجانی (۱۳۹۲)؛ اصغری، کردمیرزا، و احمدی (۱۳۹۲)؛ ابوالقاسمی، پورکرد و نریمانی (۱۳۸۸)؛ دولان و همکاران (۲۰۰۸)؛ مک‌کلار و همکاران (۲۰۰۸)؛ تات و همکاران (۲۰۰۷)؛ استرلینگ و همکاران (۲۰۰۷)؛ تات، وو، مسیوآید، کامینز، شریور و همکاران (۲۰۰۷)؛ راینسون و والش (۱۹۹۴) همسو می‌باشد. یافته فوق را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که با توجه به اینکه خودکارآمدی عاملی است که به عنوان یک میانجی شناختی عمل می‌کند و شناخت و افکار و احساسات افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع احساس خودکارآمدی از ناامیدی و احساس سرخوردگی فرد در شرایط پرتنش که یکی از دلایل شایع گرایش جوانان به اعتیاد می‌باشد جلوگیری می‌کند.

همچنین می‌توان گفت افرادی که خودکارآمدی پایینی دارند در رویارویی با مشکلات به آسانی از تلاش دست برمی‌دارند. در حالی که افراد با خودکارآمدی بالا، مشکلات را با بهبود مهارت‌ها پشت سر گذاشته و بر امور تسلط بیشتری دارند. از این رو خودکارآمدی از طریق سرسختی روان‌شناختی در فرد، می‌تواند باعث حفظ افراد به سمت گرایش به سوی مصرف مواد شود.

با توجه به نقش میانجی‌گری سرسختی روان‌شناختی در گرایش دانشجویان به اعتیاد می‌بایستی تدابیر و راهکارهایی جهت افزایش سرسختی روان‌شناختی بالاخص در محیط دانشگاهی، صورت پذیرد. همچنین با توجه به نقش جهت‌گیری مذهبی و خودکارآمدی در کاهش گرایش جوانان به سمت اعتیاد و با توجه به نقش پررنگ خانواده در تقویت و شکل‌گیری گرایش‌های مذهبی اعضای خانواده، پیشنهاد می‌شود با اجرای برنامه‌های موثر و متنوع سعی در تقویت بنیان مذهبی اعضای خانواده و راهکارهایی جهت بهبودبخشی و افزایش خودکارآمدی جوانان از طریق برنامه‌های آموزشی و عملی در خانواده، جامعه و محیط‌های آموزشی انجام گیرد.

## منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ پورکرد، مهدی؛ و نریمانی، محمد (۱۳۸۸). ارتباط مهارت‌های اجتماعی و خودکارآمدی با گرایش به مصرف مواد در نوجوانان. *فصلنامه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، ۱۶(۴)، ۱۸۸-۱۸۱.
- اصغری، فرهاد؛ کردمیرزا، عزت‌اله؛ و احمدی، لیلا (۱۳۹۲). رابطه نگرش مذهبی، منبع کنترل و گرایش به سوء مصرف مواد در دانشجویان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۷(۲۵)، ۱۱۲-۱۰۳.
- اورکی، محمد (۱۳۸۹). بررسی رابطه خشم، خودکارآمدی، مهارت‌های مقابله‌ای و میل به مصرف مواد در گروهی از درمان‌جویان وابسته به مواد مخدر افیونی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۵(۱۸)، ۵۴-۳۹.
- آزموده، پیمان؛ شهیدی، شهریار؛ دانش، عصمت (۱۳۸۶). رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با سرسختی و شادکامی، *مجله روان‌شناسی*، ۱۱(۴۱)، ۷۴-۶۰.
- براتی بختیاری، سیامک (۱۳۷۵). *بررسی رابطه ساده و چندگانه متغیرهای خودآثربخشی، عزت نفس و خوب‌بایی با عملکرد تحصیلی در دانش‌آموزان سال سوم متوسطه اهواز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه شهید چمران.

بهادری خسروشاهی، جعفر؛ خانجانی، زینب (۱۳۹۲). ارتباط راهبردهای مقابله‌ای و خودکارآمدی با گرایش به سوء مصرف مواد در دانشجویان. *نشریه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴(۵۳)، ۸۰-۹۰.

پورنیکدست، سبحان؛ تقی‌زاده، محمد احسان؛ علی اکبری دهکردی، مهناز؛ امیدیان، مهدی؛ و میکائیلی‌حور، فرهنگ (۱۳۹۳). مقایسه نوجوانان با نگرش مذهبی بالا و پایین از لحاظ سازگاری تحصیلی، عاطفی و اجتماعی و گرایش به اعتیاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۸(۳۲)، ۷۵-۸۵.

جلالی، ایران؛ و احدی، حسن (۱۳۹۴). رابطه تنظیم هیجان، خودکارآمدی، برانگیختگی و مهارت‌های اجتماعی با سوء مصرف مواد در نوجوانان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۹(۳۶)، ۹۵-۱۰۹.

جوکار، تهمنه؛ معین، لادن؛ و هنرپروان، نازنین (۱۳۹۳). *رابطه‌ی بین سرسختی روان‌شناختی و خودپنداره با خودکارآمدی در بین دانش‌آموزان ناشنوای شهر شیراز*، دومین کنفرانس ملی روانشناسی و علوم رفتاری.

دهقانی فیروزآبادی، سمیره؛ قاسمی، حامد؛ صفری، سعیده؛ ابراهیمی، علی‌اکبر؛ و اعتمادی، عذرا (۱۳۹۲). اثربخشی جلسات گروهی مصاحبه انگیزشی بر ارتقاء عزت‌نفس و خودکارآمدی زنان معتاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۷(۲۶)، ۱۴۵-۱۵۸.

زاهد، عادل؛ و رجبی، سعید (۱۳۹۰). *بررسی ارتباط سرسختی و امید با خودکارآمدی دانشجویان ورزشکار*. نخستین همایش ملی دستاوردهای جدید علمی در توسعه ورزش و تربیت بدنی.

زرگر، یداله؛ نجاریان، بهمن؛ و نعامی، عبدالزهرا (۱۳۸۷). بررسی رابطه‌ی ویژگی‌های شخصیتی (هیجان‌خواهی، ابراز وجود، سرسختی روان‌شناختی)، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر در کارکنان یک واحد صنعتی شهر اهواز. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱۵(۱)، ۹۹-۱۲۰.

شیخ الاسلامی، فرزانه؛ ستوده ناورودی، امید؛ زینعلی، شینا؛ و طالبی، محمود (۱۳۹۲). ارتباط باورهای مذهبی، سلامت‌روان، عزت‌نفس و خشم در افراد عادی و وابسته به مواد. *مجله پرستاری و مامایی جامع نگر*، ۲۳(۲)، ۴۵-۵۱.

طوفانی، حمید؛ جوان‌بخت، مریم (۱۳۸۰). مقایسه شیوه‌های مقابله‌ای نگرش‌های ناسالم در معتادان مواد مخدر با گروه شاهد غیر معتاد. *مجله علوم پزشکی سبزوار*، ۷(۳)، ۳۸-۴۵.

فروع‌الدین، اکبر؛ و صدرالسادات، جلال‌الدین (۱۳۸۱). بررسی رابطه‌ی بین خودپنداره و گرایش به اعتیاد در جوانان. *مجله طب و تزکیه*، ۱۱(۳)، ۶۶-۷۴.

قنبری زرنندی، زهرا؛ محمدخانی، شهرام؛ و هاشمی نسب، محسن (۱۳۹۵). مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان: نقش مستقیم عوامل فردی، روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی، فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۰(۳۸)، ۱۰۳-۸۸

کرد میرزا، عزت‌الله (۱۳۷۸). هنجاریابی آزمون مقیاس آمادگی اعتیاد APS به منظور شناسایی افراد مستعد سوء مصرف مواد در بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی.

کیامرثی، آذر؛ نجاریان، بهمن؛ مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز (۱۳۷۷). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش سرسختی روان‌شناختی. مجله روانشناسی، ۲(۷)، ۲۸۴-۲۷۱.

مختاری، عباس؛ اللهیاری، عباسعلی؛ و رسول‌زاده طباطبایی، کاظم (۱۳۸۰). رابطه جهت‌گیری مذهبی با میزان تنیدگی. مجله روان‌شناسی، ۵(۱۷)، ۱۱۱-۱۰۰.

ملازاده اسفنجانی، رحیم؛ کافی، موسی؛ و صالحی، ایرج (۱۳۹۰). مقایسه سرسختی روان‌شناختی و سبک‌های مقابله با فشار روانی در افراد معتاد و عادی. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۵(۱۷)، ۵۷-۴۱.

نجفی، محمود؛ فولادچنگ، محبوبه (۱۳۸۶). رابطه خودکارآمدی و سلامت روان در دانش‌آموزان دبیرستانی. روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۱(۲۲)، ۸۳-۶۹.

یاسمی‌نژاد، پریسا؛ گل محمدیان، محسن؛ و فعلی، بهنام (۱۳۹۰). بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی و سرسختی روان‌شناختی در دانشجویان. پژوهش در مسائل تعلیم و تربیت اسلامی، ۱۹(۱۲)، ۱۳۷-۱۱۹. یآوری، سمیرا؛ نوری، ربابه؛ و حسن‌آبادی، حمیدرضا (۱۳۹۴). مدل ساختاری مصرف مواد در دانشجویان: نقش معنویت، الگوگیری اجتماعی و نگرش به مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۹(۳۳)، ۱۶۴-۱۴۶.

Allport, G. W., & Ross, I. M. (1967). Personal religions orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432-443.

Bandura, A. (1993). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Barnet, P. A., & Gotlib, I. H. (1988). Psychological functioning and depression. Distinguishing among antecedents, concomitants and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97-128.

Beck, A. T., Steer, R. A., Epstein, N., Brown, G. (1990). Beck self-concept test. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(2), 191-197.

Cooper, C. L., & Pervin, L. A. (1998). *Personality: Critical concepts in psychology*. New York: Routledge.

Dermody, S. S., Cheong, J., & Munuck, S. (2013). An evaluation of the stress negative affect model in explaining alcohol use. The role of components of negative affect and coping style. *Substance use & Misuse*, 48, 297-308. DOI: 10.3109/10826084.2012.761713.

Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Zola, M. A. (1983). Type A and hardiness. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 41-51. DOI: 10.1007/BF00845275.

- Kobassa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of personality and social psychology*, 42, 168-177.
- Koenig, H. G., & Cohen, H. (2002). *The link between religion and mental health*. Oxford University Press.
- Sanchez, Z., & Nappo, S. A. (2008). Religious treatments for drug addiction. *Social Science & Medicine*, 67, 638-646.
- Sherer, M. M., & Maddux, E. (1982). The self- efficacy scale: Construction and validation. *Psychology Report*, 51, 663- 671.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2002). *Handbook of positive psychology*, Oxford university press.
- 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.
- Weed, N., Butcher, N. J., McKenna, T., & Ben-Porath Y. (1992). New measures for assessing alcohol and other drug problems with MMPI-2, APS & AAS. *Journal of Personality Assessment*, 58, 389-404.