

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی

گروه آموزشی علوم تربیتی

پایان‌نامه برای دریافت درجه‌ی کارشناسی ارشد
در رشته‌ی مشاوره گرایش توانبخشی

عنوان:

**مقایسه‌ی سرسختی روانشناختی و جهت‌گیری مذهبی در معتادان گمنام و
معتادان مراکز سرپایی**

استاد راهنما:

دکتر علی رضایی شریف

استاد مشاور:

دکتر حسین قمری گیوی

پژوهشگر:

سیده سمیه جعفری

شهریور ۱۳۹۳

تعهدنامه‌ی اصالت اثر و رعایت حقوق دانشگاه

تمامی حقوق مادّی و معنوی مترتب بر نتایج، ابتکارات، اختراعات و نوآوری‌های ناشی از انجام این پژوهش، متعلق به **دانشگاه محقق اردبیلی** می‌باشد. نقل مطلب از این اثر، با رعایت مقرّرات مربوطه و با ذکر نام دانشگاه محقق اردبیلی، نام استاد راهنما و دانشجو بلامانع است.

اینجانب سیده سمیه جعفری دانش‌آموخته‌ی مقطع کارشناسی ارشد رشته‌ی مشاوره گرایش توانبخشی دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی به شماره‌ی دانشجویی ۹۱۱۱۵۵۳۱۰۸ که در تاریخ ۹۳/۶/۱۹ از پایان‌نامه‌ی تحصیلی خود تحت عنوان مقایسه‌ی سرسختی روانشناختی و جهت‌گیری مذهبی در معتادان گمنام و معتادان مراکز سرپایی دفاع نموده‌ام، متعهد می‌شوم که:

- این پایان‌نامه را قبلاً برای دریافت هیچ‌گونه مدرک تحصیلی یا به عنوان هرگونه فعالیت پژوهشی در سایر دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی و پژوهشی داخل و خارج از کشور ارائه ننموده‌ام.
- مسئولیت صحت و سقم تمامی مندرجات پایان‌نامه‌ی تحصیلی خود را بر عهده می‌گیرم.
- این پایان‌نامه، حاصل پژوهش انجام شده توسط اینجانب می‌باشد.
- در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران استفاده نموده‌ام، مطابق ضوابط و مقرّرات مربوطه و با رعایت اصل امانتداری علمی، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در متن و فهرست منابع و مأخذ ذکر نموده‌ام.
- چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده یا هرگونه بهره‌برداری اعم از نشر کتاب، ثبت اختراع و ... از این پایان‌نامه را داشته باشم، از حوزه‌ی معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه محقق اردبیلی، مجوزهای لازم را اخذ نمایم.
- در صورت ارائه‌ی مقاله‌ی مستخرج از این پایان‌نامه در همایش‌ها، کنفرانس‌ها، سمینارها، گردهمایی‌ها و انواع مجلات، نام دانشگاه محقق اردبیلی را در کنار نام نویسندگان (دانشجو و اساتید راهنما و مشاور) ذکر نمایم.
- چنانچه در هر مقطع زمانی، خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن (منجمله ابطال مدرک تحصیلی، طرح شکایت توسط دانشگاه و ...) را می‌پذیرم و دانشگاه محقق اردبیلی را مجاز می‌دانم با اینجانب مطابق ضوابط و مقرّرات مربوطه رفتار نماید.

نام و نام خانوادگی دانشجو:

امضا

تاریخ



دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی

گروه آموزشی علوم تربیتی

پایان نامه برای دریافت درجه‌ی کارشناسی ارشد

در رشته‌ی مشاوره گرایش توانبخشی

عنوان:

مقایسه‌ی سرسختی روانشناختی و جهت‌گیری مذهبی در معنادان گمنام و

معنادان مراکز سرپایی

پژوهشگر:

سیده سمیه جعفری

ارزیابی و تصویب شده‌ی کمیته‌ی داوران پایان‌نامه با درجه‌ی.....

نام و نام خانوادگی	مرتبه‌ی علمی	سمت	امضاء
دکتر علی رضایی شریف	استاد یار	استاد راهنما و رییس کمیته‌ی داوران	
دکتر حسین قمری گیوی	دانشیار	استاد مشاور	
دکتر علی خالق خواه	استاد یار	داور	

شهریور ۱۳۹۳

تقدیم به:

به وجود نازنین موجود مقدسی که شمع وجودش مسیر تاریک زندگی ام را روشنی
بخشید و روح زندگی را در کالبد جسم دمید؛

مادر،

به کسی که کوه سرسبز وجودش تکیه گاه امن من است، و دستان پرمهری که قطره‌ی
وجود من عاجز است از وصف دریای بی کران محبتش؛

پدر،

و تقدیم به دردانه‌ی درخشان زندگی ام که چون مرواریدی گرانقدر در صدف خانواده می
درخشد؛

تنها برادر عزیزم

سپاسگزاری

نخست لازم است تقدیر و تشکر خود را نسبت به همه‌ی عزیزانی که مرا در مسیر انجام این پژوهش همراهی و یاری کردند ابراز نمایم. در ابتدا از سر اخلاص و بدون اغراق از زحمات بی دریغ، تلاش‌های بی وقفه و استاد راهنمای بزرگوارم جناب آقای دکتر رضایی شریف که همواره با مناعت طبع در اتمامی مراحل این پژوهش مرا راهنمایی کردند تشکر و قدردانی میکنم. همچنین از راهنمایی‌های ارزشمند استاد مشاور جناب آقای دکتر حسین قمری، نهایت تشکر و قدردانی را می‌نمایم. همچنین از خانواده‌ی عزیزم و دوستان بزرگوارم که همراه من بودند کمال تشکر را دارم. و در پایان از همه‌ی افرادی که در تکمیل پرسشنامه‌ها همکاری لازم را کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

نام خانوادگی دانشجو: جعفری	نام: سیده سمیه
عنوان پایان‌نامه: مقایسه‌ی سرسختی روانشناختی و جهت‌گیری مذهبی در معتادان گمنام و معتادان مراکز سرپایی	
استاد راهنما: دکتر علی رضایی شریف استاد مشاور: دکتر حسین قمری گیوی	
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد	رشته: مشاوره
گرایش: توانبخشی	دانشگاه: محقق اردبیلی
دانشکده: علوم تربیتی و روانشناسی	تاریخ دفاع: ۹۳/۶/۱۹
چکیده:	تعداد صفحات: ۹۵
<p>این پژوهش با هدف مقایسه‌ی سرسختی روانشناختی و جهت‌گیری مذهبی در معتادان گمنام و معتادان مراکز سرپایی انجام گرفت. روش تحقیق حاضر بصورت علی-مقایسه‌ای بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر در اعضای انجمن معتادان گمنام عبارت بود از کلیه‌ی افراد معتاد در حال بهبودی شهرستان اردبیل که از طریق شرکت در انجمن معتادان گمنام در پرهیز از مواد بودند و جامعه‌ی آماری در معتادان مراکز سرپایی عبارت بود از کلیه‌ی افراد معتاد در حال بهبودی که در مراکز ترک سرپایی از طریق درمان نگهدارنده‌ی متادون در پرهیز از مواد بودند. به عنوان نمونه ۴۰ نفر از اعضای انجمن معتادان گمنام و ۴۰ نفر از افراد تحت درمان نگهدارنده در مراکز سرپایی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس جهت‌گیری مذهبی آلپورت و مقیاس سرسختی روانشناختی پولتی به عنوان ابزار استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها علاوه بر روش‌های آمار توصیفی مثل میانگین، انحراف معیار و جدول فراوانی از روش‌های آمار استنباطی تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا)، آنوا و آزمون T برای آزمون فرضیه‌ها و سوالات پژوهش استفاده شد. نتایج یافته‌ها نشان داد که جهت‌گیری مذهبی بین اعضای انجمن معتادان گمنام و معتادان مراکز سرپایی تفاوت معنی‌داری دارد. به این شکل که جهت‌گیری مذهبی درونی در معتادان گمنام و جهت‌گیری مذهبی بیرونی در معتادان مراکز سرپایی بیشتر است که هر دو نتیجه موید یکدیگرند. همچنین یافته‌ها نشان داد که سرسختی روانشناختی در معتادان گمنام بیشتر از معتادان مراکز سرپایی است. همچنین یافته‌ها نشان داد که بین جهت‌گیری مذهبی و همچنین سرسختی روانشناختی بر حسب نوع مواد مخدر تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.</p>	
کلید واژه‌ها: سرسختی روانشناختی، جهت‌گیری مذهبی، معتادان گمنام، معتادان مراکز سرپایی	

فهرست مطالب

فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱- مقدمه.....	۲
۲-۱- بیان مسئله.....	۵
۳-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش.....	۹
۴-۱- اهداف پژوهشی.....	۱۲
۵-۱- فرضیات پژوهشی.....	۱۲
۶-۱- سوالات پژوهشی.....	۱۳
۷-۱- تعاریف نظری و عملیاتی.....	۱۳

فصل دوم: مبانی نظری پژوهش

۱-۲- مقدمه.....	۱۶
۲-۲- مبانی نظری اعتیاد.....	۱۶
۱-۲-۲- وابستگی.....	۱۶
۲-۲-۲- رویکردهای چهارگانه‌ی اعتیاد.....	۱۹
۳-۲-۲- ترک.....	۲۰
۴-۲-۲- بازگشت.....	۲۲
۵-۲-۲- نظریه‌های بازگشت.....	۲۲
۶-۲-۲- انجمن معتادان گمنام.....	۲۴
۷-۲-۲- درمان نگهدارنده.....	۲۷
۳-۲- مبانی نظری سرسختی روانشناختی.....	۲۸
۱-۳-۲- نظریه‌های زیر بنایی سرسختی روانشناختی.....	۳۱
۲-۳-۲- مولفه‌های سرسختی.....	۳۴
۳-۳-۲- ویژگی‌های سرسختی روانشناختی.....	۳۵
۴-۳-۲- پیامدهای سرسختی روانشناختی.....	۳۵
۵-۳-۲- زیر بنای مفهومی آینده سرسختی روانشناختی.....	۳۶
۴-۲- دین.....	۳۶

۳۷	۱-۴-۲ تعاریف دین.....
۳۸	۲-۴-۲ تاریخچه‌ی مذهب.....
۳۹	۳-۴-۲ روانشناسی دین.....
۳۹	۱-۳-۴-۲ دیدگاه سنتی در مورد روانشناسی دین.....
۴۶	۲-۳-۴-۲ دیدگاه‌های کارکردی درباره‌ی نگرش دینی.....
۴۷	۳-۳-۴-۲ دیدگاه ابعادی در مورد نگرش دینی.....
۴۸	۴-۴-۲ نقش مذهب در بهداشت روان.....
۵۰	۵-۴-۲ مذهب و مقابله با فشار روانی.....
۵۲	۶-۴-۲ مکانیزم‌های موجود در رفتارهای مذهبی.....
۵۳	۷-۴-۲ نقش مذهب در درمان اعتیاد.....
۵۵	۵-۲ پیشینه‌ی پژوهشی جهت‌گیری مذهبی.....
۵۵	۱-۵-۲ پژوهش‌های داخلی.....
۵۶	۲-۵-۲ پژوهش‌های خارجی.....
۵۸	۶-۲ پیشینه‌ی پژوهشی سرسختی.....
۵۸	۱-۶-۲ پژوهش‌های داخلی.....
۵۹	۲-۶-۲ پژوهش‌های خارجی.....
۶۰	۷-۲ جمع‌بندی.....

فصل سوم: مواد و روش پژوهش

۶۲	۱-۳ مقدمه.....
۶۲	۲-۳ روش تحقیق.....
۶۲	۳-۳ جامعه آماری.....
۶۲	۴-۳ نمونه و روش نمونه‌گیری.....
۶۳	۵-۳ روش و ابزار گردآوری.....
۶۳	۱-۵-۳ مقیاس جهت‌گیری مذهبی آلپورت.....
۶۳	۲-۵-۳ پرسشنامه‌ی سرسختی روانشناختی.....
۶۴	۶-۳ شیوه‌ی اجرای پژوهش.....
۶۴	۷-۳ روش تحلیل یافته‌ها.....

فصل چهارم: نتایج و یافته‌های پژوهش

۶۶	۱-۴- مقدمه
۶۶	۲-۴- یافته‌ها
۶۶	۱-۲-۴- یافته‌های توصیفی
۷۰	۲-۲-۴- آمار استنباطی

فصل پنجم: نتیجه‌گیری و بحث

۷۶	۱-۵- مقدمه
۷۶	۲-۵- نتیجه‌گیری و بحث
۸۱	۳-۵- نتیجه‌گیری کلی
۸۱	۴-۵- محدودیت‌ها
۸۲	۵-۵- پیشنهادات
۸۲	۶-۵- پیشنهادات کاربردی

منابع و مأخذ

۸۳	منابع فارسی
۹۰	منابع انگلیسی

پیوست‌ها و ضمائم

فهرست جدول‌ها

- جدول ۴-۱ توزیع اشتغال پاسخگویان بر اساس گروه آنها..... ۶۶
- جدول ۴-۲ توزیع تحصیلات پاسخگویان بر اساس گروه آنها..... ۶۷
- جدول ۴-۳ توزیع تاهل پاسخگویان بر اساس گروه آنها ۶۷
- جدول ۴-۴ نوع مصرف مواد پاسخگویان بر اساس گروه آنها ۶۸
- جدول ۴-۵ آماره های توصیفی سن پاسخگویان ۶۸
- جدول ۴-۶ میزان حضور در مراسم مذهبی پاسخگویان بر اساس گروه آنها..... ۶۹
- جدول ۴-۷ میانگین و انحراف معیار سرسختی روانشناختی و جهت‌گیری مذهبی در معتادان گمنام و معتادان مراکز سرپایی ۶۹
- جدول ۴-۸ نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیره‌ی جهت‌گیری مذهبی..... ۷۰
- جدول ۴-۹ نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) بر روی متغیر از جهت‌گیری مذهبی..... ۷۱
- جدول ۴-۱۰ نتایج آزمون t با دوگروه مستقل جهت تعیین اختلاف میانگین سرسختی روانشناختی با توجه به معتادان گمنام و معتادان مراکز سرپایی ۷۲
- جدول ۴-۱۱ نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه (anova) جهت تعیین معنی‌داری اختلاف میانگین... ۷۲
- جدول ۴-۱۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه (anova) جهت تعیین معنی‌داری اختلاف میانگین. ۷۳
- جدول ۴-۱۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه (anova) جهت تعیین معنی‌داری اختلاف میانگین. ۷۳
- جدول ۴-۱۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه (anova) جهت تعیین معنی‌داری اختلاف میانگین. ۷۴

فهرست علائم اختصاری

مفهوم یا توضیح	علامت اختصاری
معتادان گمنام	N.A

فصل اول:

کلیات پژوهش

۱-۱- مقدمه

چهارمین مجموعه‌ی بازنگری شده تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۰۰) اعتیاد^۳ را به عنوان الگوی غیرانطباقی مصرف یک ماده، که به ناراحتی قابل ملاحظه از نظر بالینی منجر می‌شود، تعریف می‌کند. اعتیاد با علائمی چون تحمل^۴، محرومیت^۵ و ولع^۶ برای مصرف همراه است و علی‌رغم داشتن عوارض فیزیولوژیک، روانشناختی و اجتماعی برای فرد به مصرف آن ادامه می‌دهد. اعتیاد معضل بزرگ جوامع امروزی است (کاکیا، ۱۳۸۹). اعتیاد پدیده‌ای است که از زمان‌های دور در جوامع بشری وجود داشته است و در حال حاضر نیز به موازات پیشرفت‌های علمی و افزایش غیر قابل تردید سطح شعور و آگاهی مردم هم‌چنان در حال گسترش می‌باشد و هر ساله افراد زیادی را به دام خود می‌کشد. اعتیاد جنبه‌ی فردی ندارد بلکه یک آسیب اجتماعی نیز محسوب می‌شود و علاوه بر تهدید سلامت جسم و روان افراد بر جنبه‌های اجتماعی و اقتصادی جامعه نیز اثرات زیان آور غیر قابل جبرانی وارد می‌سازد (احمدوند، ۱۳۷۷).

اعتیاد بیماری زیستی- روانی - اجتماعی قلمداد می‌شود که عبارت است از، مصرف مکرر و زیاد یک ماده که محرومیت از آن موجب علائم ناراحتی و میل شدید به مصرف دوباره می‌شود و این روند منجر به تباهی جسمی و روانی می‌گردد (بورن و گروو^۷، ۲۰۰۷).

یکی از انواع روش‌های ترک اعتیاد گروه‌های انجمن ترک اعتیاد معتادین گمنام (N.A)^۸ است. عضویت در گروه‌های خودیاری از جمله روش‌هایی است که موفقیت خود را در دوام و ماندگاری دوره‌ی پاک‌ی، بهبود کیفیت زندگی، امید به داشتن منابع حمایتی و تقویت اراده‌ی معتادان در حال بهبودی به تأیید رسانده است (گراه، جاسون و کیس^۹، ۲۰۰۸). به نظر می‌رسد، انجمن معتادان گمنام با تکیه بر برنامه‌های معنوی ۱۲ گامی و تقویت معنویت افراد، همچنین، حمایت اجتماعی قدرتمند و مؤثر اعضا از یکدیگر جهت پرهیز از مواد و تغییر نگرش افراد نسبت به حل مشکلات زندگی، توانسته است موفقیت

^۱. Dignostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM-IV-TR)

^۲. American Psychitery of Association

^۳. addiction

^۴. tolerance

^۵. withdrawal

^۶. craving

^۷. Burns & Grove

^۸..Narcotics Anonymous

^۹. Groh, Jason & Keys

زیادی را در بهبودی جسمانی و روانی اعضا فراهم کند. با این همه، بعضی پژوهش‌ها نسبت به شرکت افراد در جلسات معنوی ۱۲ گامی نظر منفی دارند و معتقدند که تکیه به یک نیروی برتر به عنوان اصل محوری انجمن معتادان گمنام، مسئولیت‌پذیری شخصی افراد را تضعیف می‌کند (اریک^۱، ۲۰۰۰؛ به نقل از از بیگی، فراهانی، محمدخانی، محمدی‌فر، ۱۳۹۰).

یکی دیگر از روش‌های ترک اعتیاد که می‌تواند درمان مؤثری را برای معتادان افیونی ارائه دهد و در سالهای اخیر توجه قابل ملاحظه‌ای به آن شده است و تأثیر آن را بر طول مدت پرهیز، وضعیت روان شناختی، سلامت و بهزیستی روانی بررسی کرده‌اند، برنامه‌های درمان نگهدارنده‌ی متادون در مراکز ترک سرپایی است (مارمانی، پانی، پاسینی و پروگی^۲، ۲۰۰۷؛ ماتیک، کیمبر، برین^۳، ۲۰۰۴). یافته‌های پژوهش‌ها نشان می‌دهد که متادون می‌تواند کیفیت عملکرد و کیفیت زندگی، وضعیت روان‌پزشکی و سازگاری عمومی بیماران درمان شده را برای یک دوره‌ی طولانی مدت افزایش دهد. با این همه نتایج پژوهش‌ها در مورد تأثیر درمان نگهدارنده‌ی متادون بر سلامت روانی معتادان متناقض است. به عنوان مثال بعضی پژوهش‌ها نشان داده است که در مقایسه با جمعیت عمومی، معتادان تحت درمان متادون سطح بالایی از مشکلات سلامت روانی را نشان دادند، و اکثراً اختلال‌های خلقی و عاطفی مانند افسردگی و اضطراب را تجربه کرده‌اند (پلس، اشریبر، ادلسون^۴، ۲۰۰۶).

هم‌چنین پژوهش مینترز^۵ و استیزر^۶ (۲۰۰۷) نشان داد که معتادان تحت درمان نگهدارنده‌ی متادون متادون اختلالاتی را در سرعت روانی حرکتی، حافظه‌ی کاری، تصمیم‌گیری و فراحافظه نسبت به گروه کنترل نشان دادند. هم‌چنین نتایج این پژوهش، اختلالات احتمالی را در مکانیسم‌های بازداری اختلال در تخمین زمان، انعطاف‌ناپذیری مفهومی یا حافظه‌ی درازمدت نشان داده‌اند. وسعت و دامنه‌ی عملکردهای مختل شده قابل توجه است، و ممکن است تلویحات مهمی را برای عملکرد روزانه‌ی معتادان تحت درمان نگهدارنده‌ی متادون داشته باشد.

به طور خلاصه و با توجه به یافته‌های متنوعی که در ارتباط با پیامدهای حضور در جلسات انجمن معتادان گمنام وجود دارد و هم‌چنین یافته‌های ضد و نقیضی که در استفاده از درمان نگهدارنده‌ی متادون دیده شده است و با توجه به این مسأله که اکثر پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی اعتیاد، به مقایسه‌ی معتادان با افراد سالم تخصیص یافته و کمتر به مقایسه‌ی پیامدهای روش‌های درمانی پرداخته شده است، به نظر می‌رسد که لزوم مقایسه‌ی پیامدهای روش‌های درمانی مختلف پرهیز از مواد، اهمیت ویژه‌ای دارد.

^۱. Eric

^۲. Maremmani,pani,Pacini & Perugi

^۳. Mattick, Kimber, Breen & Davoli

^۴. Peles, Schreiber & Adelson

^۵. Mintzer

^۶. Stitzer

عوامل بسیاری در سبب‌شناسی اعتیاد مطرح شده است. از جمله عوامل زیستی، محیطی، شخصیتی، اجتماعی، فرهنگی و ... (کاپلان، سادوک^۱، ۲۰۰۷). در این میان یکی از عوامل مهم و مورد توجه، عامل فرهنگی است و یکی از وجوه بسیار مهم فرهنگی، مذهب است. برخی از روان‌شناسان باورها و رفتارهای مذهبی را نمودهایی از آسیب‌شناسی روانی به‌ویژه در اعتیاد و گرایش به اعتیاد به شمار آورده‌اند. فروید^۲ (۱۹۰۸؛ به نقل از یوسیفوا و لوینتال^۳، ۲۰۰۹) مذهب را یک نوروز وسواس جهان‌شمول توصیف می‌کند و علایم برخی از عادات را همانند آیین‌های مذهبی می‌داند. بنابراین مذهب و جهت‌گیری مذهبی^۴ در گرایش به اعتیاد نقش ویژه‌ای دارد.

جهت‌گیری مذهبی روی آورد کلی شخص به ارتباط با موجود متعالی است و به عنوان مجموعه‌ای از اعتقادات، اعمال و تشریفات خاص برای ارتباط با آن موجود متعالی، تعریف می‌شود. افراد دارای جهت‌گیری مذهبی براساس مذهب خود، دارای اعتقادات و باورهایی هستند که بر نگرش و رفتارهای آنان تأثیر گذاشته و در نتیجه سبک زندگی و رفتار آنان، متأثر از دین‌ورزی و جهت‌گیری مذهبی آنان است. جهت‌گیری مذهبی دارای دو مولفه‌ی جهت‌گیری مذهبی درونی^۵ و جهت‌گیری مذهبی برونی^۶ می‌باشد. شخصی که جهت‌گیری مذهبی درونی دارد، انگیزه‌هایش را در خود مذهب، می‌یابد. چنین اشخاصی، مذهب و شخصیت‌شان یکی می‌شود. درحالی که اشخاصی که جهت‌گیری مذهبی برونی دارند، برای رسیدن به اهدافی دیگر به سمت مذهب می‌روند. به عبارت دیگر به سمت خداوند می‌روند، بدون این که از خود روی بگردانند (آذربایجانی، ۱۳۸۸).

یکی دیگر از مولفه‌هایی که در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفته شده است، سرسختی‌روانشناختی^۷ روانشناختی^۷ می‌باشد. سرسختی ویژگی شخصیتی است که نحوه‌ی مقابله با استرس‌زها را در افراد تعدیل تعدیل می‌کند؛ یعنی آنها را در تحلیل موفقیت‌آمیز موقعیت استرس‌زا یاری می‌کند (کوباسا، ۱۹۷۹؛ به نقل از کیامرثی و ابوالقاسمی، ۱۳۸۵). کوباسا سرسختی را ویژگی شخصیتی پیچیده‌ای معرفی می‌کند که از سه مؤلفه‌ی تعهد^۸، کنترل^۹ و چالش^{۱۰} تشکیل شده است.

¹ .Kaplon & Sadok

² .Freud

³ .Yossifova & Loewenthal

⁴ .Religious orientation

⁵ .Intrinsic orientation

⁶ .Extrinsic orientation

⁷ .psychological hardiness

⁸ . Commitment

⁹ . Control

¹⁰ . Challenge

بنابراین باتوجه به مسایل عنوان شده در پژوهش حاضر محقق در پی مقایسه‌ی معتادان گمنام و معتادان تحت درمان نگهدارنده‌ی متادون مراکز ترک سرپایی درمتغیرهای سرسختی روانشناختی وجهت-گیری مذهبی است.

۱-۲- بیان مسئله

سوء مصرف مواد یک معضل جهانی است که هر جامعه با توجه به ویژگی‌های خاص افراد خود، به نحوی از آن رنج می‌برد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳؛ به نقل از کشاورز، قمرانی، باقریان و موسی رضایی، ۱۳۹۳).

وابستگی به مواد اختلالی مزمن و بازگشت‌کننده است که هزینه‌های سنگینی را بر افراد، خانواده‌ها و جامعه تحمیل می‌کند. با وجود این، هنوز شیوه‌ی درمان قطعی برای آن یافت نشده است حتی پس از آن که فرد وابسته، مصرف مواد مخدر را برای مدتی طولانی قطع نماید، نیز نمی‌توان امیدوار بود که مصرف مواد را از سر نگیرد و دوره‌ی درمان را کامل کند. زیرا که بیماری اعتیاد ماهیتی مزمن و عودکننده دارد. از آن جایی که در مورد اعتیاد هم مانند سایر بیماری‌ها و معضلات به پیشگیری بیشتر توجه شده است؛ در زمینه‌ی ترک و ماندگاری بر درمان نیز تأکید فراوانی شده که متأسفانه موفقیت‌چندانی نیز در این زمینه به دست نیامده است (به نقل از کشاورز و همکاران، ۱۳۹۳).

از این رو امروزه علاوه بر پرهیز از مواد، به پیامدهای انواع روش‌های درمانی اعتیاد نیز توجه شایانی می‌شود (مارمانی و همکاران، ۲۰۰۷؛ فریدمن^۱، ۲۰۰۶). شرکت درانجمن معتادان گمنام و استفاده از درمان نگهدارنده‌ی متادون در مراکز سرپایی عمده روش‌های درمان اعتیاد هستند (روبینسون^۲، ۲۰۰۴). شرکت در جلسات ۱۲ مرحله‌ای معتادان گمنام از جمله روش‌های غیردارویی در درمان اعتیاد می‌باشد (بورن و گروو، ۲۰۰۷).

جلسات ۱۲ مرحله‌ای معتادان گمنام متشکل از انجمنی غیرانتفاعی، بین‌المللی و برخاسته از بطن جامعه است و در ۱۳۱ کشور فعال است (به نقل از قدرتی تربتی، صحبایی، نبوی، زارع، ۱۳۹۲). هسته‌ی اصلی و قلب جلسات معتادان گمنام ۱۲ قدم جهت رسیدن به بهبودی است که در طول شرکت در این جلسات اجرا می‌شوند. برنامه‌ی ۱۲ قدم بر مبنای پیروی از یک سری اصول و قوانینی است که جهت بهبودی از اعتیاد پیشنهاد شده‌است. این برنامه توسط کسانی اداره می‌شود که قبلاً معتاد بوده و اکنون در حال بهبودی می‌باشند و تنها شرط و لازمه‌ی عضویت، تمایل به قطع مصرف مواد می‌باشد (بیل^۳، ۲۰۰۹).

^۱. Friedman

^۲. Robinson

(بیل^۱، ۲۰۰۹). یکی از دلایل موفقیت این جلسات، گمنامی افراد و کمک مددجو به مددجوی دیگر و به اشتراک گذاشتن تجربیات خود با دیگران می‌باشد (بورن و گروو، ۲۰۰۸). اصل اعتقادی مهم دیگر در جلسات معتادین‌گمنام، جمله‌ی "فقط برای امروز" است که با توجه به این اصل، افراد شرکت‌کننده در جلسات به خود می‌گویند "فقط برای امروز" افکارم را بر روی بهبودی‌ام متمرکز خواهم کرد، زندگی می‌کنم و بدون مصرف هیچ‌گونه ماده مخدری روز خوبی خواهم داشت و تکرار این جمله آنقدر ادامه می‌یابد که باعث می‌شود مددجویان روزها، ماه‌ها و سال‌های متوالی را عاری از اعتیاد به مواد شوند و تداوم ترک آنها از این طریق ادامه‌دار می‌گردد (ودرهوس، لائودت و کریستنسن^۲، ۲۰۱۰).

به‌طور یقین تأثیر سازمان خودیاری معتادان گمنام بر درمان اختلال مصرف مواد بسیار زیاد است. امروزه اکثر برنامه‌های درمان اعتیاد، بر نقش عوامل معنوی در بهبودی تأکید دارند و شرکت در گروه‌های خودیاری ۱۲ قدمی را تشویق می‌کنند (بوک، توماس، دمپسی و راندال^۳، ۲۰۰۹).

در چند دهه‌ی اخیر، تحقیقات مهمی درباره‌ی گروه‌های خودیاری به عنوان یکی از روش‌های پرهیز از مواد انجام شده‌است و درمورد اثربخشی و سودمندی این گروه‌ها برای افرادی که از این جلسات استفاده می‌کنند جای هیچ‌گونه شک و تردیدی نیست (کلی^۴، ۲۰۰۳، موس و موس^۵، ۲۰۰۵).

در انجمن معتادان گمنام، اقرار به عجز و ناتوانی در برابر اعتیاد و مددجویی از یک نیروی برتر، برای رهایی از اعتیاد پشتمانه‌ی محکمی را برای اعضای خود فراهم می‌کند. این برنامه یک مجموعه از اصول روحانی را به اعضا ارائه می‌دهد که فرد به کمک آن از یک حالت لاعلاج جسمی، ذهنی و روحی بهبود پیدا می‌کند. برنامه‌های معتادان گمنام مبتنی بر پذیرش، عاجز بودن در برابر اعتیاد، و اعتراف به قدرتی برتر جهت احیای هشیاری است (فلورا و پافتاپولوس^۶، ۲۰۰۷).

اکثر گروه‌های خودیاری مبتنی بر اصول ۱۲ قدمی هستند. تمرکز بر فلسفه‌ی ۱۲ قدمی، مفهومی از مداخله‌ی ربانی و یا تکیه بر نیروی برتر برای بازگردانی شخص به هشیاری است. ۷ اصل از ۱۲ اصل به یک تصور خاص از خداوند اشاره می‌کند (بورک، چائوین و میرانتی^۷، ۲۰۰۵).

از جمله دیگر روش‌هایی که برای درمان معتادان به مواد مخدر استفاده می‌شود، و در سال‌های اخیر توجه قابل ملاحظه‌ای به آن شده‌است، و تأثیر آن را بر طول مدت پرهیز، وضعیت روانشناختی، سلامت و

¹. Bill

². Vederhus, Laudet & Kristensen

³. Book, Thomas, Dempsey & Randall

⁴. Kelly

⁵. Moss & Moss

⁶. Flora & PafTapoulos

⁷. Burk, Chauvin & Miranti

بهبودی روانی بررسی کرده‌اند، درمان نگهدارنده‌ی متادون در مراکز سرپایی است (مارمانی و همکاران، ۲۰۰۷؛ ماتیک و همکاران، ۲۰۰۴).

درمان نگهدارنده با متادون (MMT) یکی از اقدامات پراهمیت و کلیدی است که در راستای اهداف کاهش آسیب، در مراکز سرپایی ترک اعتیاد انجام می‌شود و امکان استفاده از مواد تزریقی غیرقانونی را به شدت کاهش می‌دهد. همچنین، مصرف منظم و درازمدت متادون از عود مجدد و مصرف مواد پیشگیری می‌کند. به دنبال درمان دارویی معمولاً وضعیت روانی و جسمانی، و همچنین عملکرد اجتماعی بیمار بهبود می‌یابد و احتمال بازگشت وی به کار بیشتر می‌شود (اسپلیکا^۱ و همکاران، ۲۰۰۰؛ به نقل از عبیدی‌زادگان، مرادی و فرنام، ۱۳۸۷). درمان نگهدارنده‌ی متادون می‌تواند درمان مؤثری را برای معتادان افیونی ارائه دهد. اثربخشی و کارایی متادون در درمان مصرف هروئین، وضعیت روانپزشکی و سازگاری اجتماعی به طور مکرر در مطالعات واپس‌نگرانه و آینده‌نگرانه مشخص شده و در آزمایش‌های تصادفی تأیید شده است (مارمانی و همکاران، ۲۰۰۷؛ ماتیک و همکاران، ۲۰۰۴).

اعتیاد بیماری پیچیده‌ای است و طبیعی است که مدیریت و کنترل آن نیز پیچیدگی‌های خود را دارد، به طوری که بیش از ۹۵ درصد افراد بعد از ترک اعتیاد، بازگشت را تجربه می‌کنند (بورن و گروو، ۲۰۰۸). بنابراین با توجه به ماهیت مزمن و عودکننده‌ی اعتیاد، با شناخت عواملی نظیر صفات شخصیتی، مهارت‌های مقابله‌ای، عوامل خطر ساز درون‌خانوادگی و محیطی می‌توان احتمال عود را پیش‌بینی نمود و با ملاحظات صحیح و به موقع از بازگشت مجدد به اعتیاد پیشگیری به عمل آورد و ماندگاری در درمان را تداوم بخشید. ماندگاری در درمان عبارت است از عود نکردن مصرف در معتادان؛ یعنی یک فرایند مثبت و رو به بهبودی و سلامت عقل شامل عدم بازگشت مجدد به مصرف مواد یا به صورت عدم افزایش مقدار مصرف یا مصرف نکردن مواد جدید طی فرایند ترک و قطع مواد مخدر و یا انجام حرکات و رفتارهایی که نشانه‌ای از بهبودی و عدم تمایل به مصرف و همچنین روی نیاوردن مجدد فرد به اعتیاد است (به نقل از کشاورز و همکاران، ۱۳۹۳). در واقع منظور از ماندگاری در درمان، مدت زمان و دوره‌ی درمانی ترک می‌باشد، که فرد معتاد باید بدون لغزش و بازگشت مجدد به سوی مواد این دوره را سپری نماید.

عوامل بی‌شماری از جمله عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی در شروع، ادامه و بازگشت پس از درمان اعتیاد مؤثر هستند. در این میان به نظر می‌رسد که نقش جهت‌گیری‌های مذهبی و معنویات به لحاظ احاطه داشتن بر همه‌ی شئون زندگی انسان، در بازداری فرد از گرایش به مواد مخدر نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد (سیگل، ۱۹۹۷؛ به نقل از کشاورز و همکاران، ۱۳۹۳).

¹. Spilka

بنابراین از جمله عواملی که می‌تواند در پیشگیری و کاهش اختلالات روانی و همچنین مشکلات ناشی از آن مانند خودکشی، اعتیاد به مواد مخدر، افسردگی و اضطراب نقش مؤثری داشته باشد، داشتن اعتقادات مذهبی است (اصغری، کردمیرزا و احمدی، ۱۳۹۲). جهت‌گیری مذهبی یکی از مفاهیمی است که در پرتو توجه و علاقه‌ی جهانی روان‌شناسان به حوزه‌ی دین و معنویت، مطرح شده و توسعه پیدا کرده‌است (امونس^۱، ۲۰۰۳). آلپورت در گستره‌ی شخصیت و روانشناسی اجتماعی برحسب جهت‌گیری دینی افراد، آنها را به دو نوع جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی تقسیم‌بندی کرده‌است. از نظر آلپورت، افراد دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی، به لحاظ نظری دارای باورهای مذهبی هستند. در دیدگاه جهت‌گیری مذهبی بیرونی، مذهب ابزار ارضای نیازهای اولیه فرد خواهد بود. از دیدگاه آلپورت افراد دارای جهت‌گیری مذهبی درونی ضمن درون‌سازی ارزش‌های دینی، مذهب را به مثابه‌ی هدف در نظر می‌گیرند. در این جهت-گیری، دین دارای کنش‌وری خودمختار و مستقلی شده و به انگیزه‌ی برتر مبدل می‌شود (آلپورت و راس^۲، ۱۹۶۷؛ به نقل از اصغری و همکاران، ۱۳۹۲).

پس یکی از تعدیل‌کننده‌های آسیب‌های جسمانی و روانی، جهت‌گیری مذهبی افراد است (به نقل از یاسمی‌نژاد، گل‌محمدیان و فعلی، ۱۳۹۰). در این راستا پژوهش‌ها نشان داده‌اند که داشتن نگرش‌ها و باورهای مذهبی و اعمال معنوی با کاهش استرس‌های روان‌شناختی و پیشگیری از رفتارهای پرخطری هم چون سیگار کشیدن، مصرف الکل و مواد همراه بوده است. همچنین مطالعات نشان داده‌اند که 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 (ویل، ۲۰۰۳).

به اعتقاد کول‌هارا راهبردهای مقابله‌ای و تکنیک‌های حل مشکل با استفاده از معنویت در واقع کاربردهای سازگاران‌های در ترک و تداوم درمان اعتیاد می‌باشند (کول‌هارا، چاکرابارتی، آواستی، شارما و شارما^۳، ۲۰۰۹).

جهت‌گیری‌های مذهبی و اعتقادات معنوی جایگزین مناسبی به جای روابط عاطفی است که می‌تواند شکننده و در نهایت باعث عدم ماندگاری بر درمان و گرایش مجدد به اعتیاد باشد. جهت‌گیری مذهبی و باورهای مذهبی با تجلی در کردار و سبک زندگی می‌تواند، زمینه‌ی ارتقای سلامت روانی فرد و ادامه دادن دوره‌ی درمان را فراهم آورد (آرمیستید^۴، ۲۰۰۳؛ تورسن و هریس^۵، ۲۰۰۲؛ کوبزانسکی^۶، ۲۰۰۶).

¹. Emmons

². Allport & Ross

³. Kulhara, Chakrabarti, Avasthi, Sharma & Sharma

⁴. Armistead

⁵. Thoresen & Harris

⁶. Kubzansky

شواهد زیادی دال بر این مسئله است که کاستی‌های مدارا با استرس باعث سوءاستفاده از مواد و الکل می‌شود. مواد مخدر به این دلیل استفاده می‌شود تا افراد از هیجانات منفی خود فرار کنند و یا هیجانات منفی خود را هدایت کنند (موس و موس، ۲۰۰۵). همچنین یکی از دلایل بازگشت پس از درمان، استرس‌ها و فشارهای دوره‌ی ترک است، بنابراین یکی از ویژگی‌های شخصیتی که ارزیابی آن در روشهای درمانی اعتیاد منطقی به نظر می‌رسد، سرسختی روانشناختی است. سرسختی مجموعه‌ای ویژگی‌های شخصیتی است که در هنگام مواجهه با وقایع فشارزای زندگی، به عنوان یک منبع مقاومت و سپر محافظ ایفای نقش می‌کند و دارای سه مؤلفه‌ی اساسی شامل کنترل (قابلیت کنترل موقعیت‌های متنوع زندگی)، تعهد (تمایل به درگیر شدن بجای دور شدن از انجام کاری)، چالش (قابلیت درک اینکه تغییرات زندگی چیزی طبیعی است) می‌باشد (هورسبرگ، شرمر، وسلکا و ورنان^۱، ۲۰۰۸).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سرسختی روانشناختی، فشارزا بودن حوادث و برانگیختگی جسمی-روانی حاصل از این حوادث را کاهش می‌دهد و تأثیر مثبتی بر سلامتی افراد دارد (مدی، هاروی، خوشابا، پرسیکو و برو^۲، ۲۰۰۶؛ شیرد و گالبی^۳، ۲۰۰۷).

در قرن حاضر پیامدهای انواع روش‌های درمانی و بهبودی و زیستی افراد بعد از پرهیز از مواد از اهمیت گسترده‌ای برخوردار است. به نظر می‌رسد پژوهش در مورد پیامدهای انواع درمان‌های مربوط به اعتیاد و مشخص کردن شاخصه‌های یک زندگی رضایت‌بخش در افراد معتاد بعد از پرهیز از طریق درمانی خاص در فرایند ادامه‌ی پرهیز فرد از مواد تأثیر بسزایی داشته باشد.

با نظر به اینکه یکی از مهمترین اهداف تمام برنامه‌های درمان اعتیاد، پیشگیری از بازگشت است و همچنین با توجه به اینکه اثربخشی استفاده از درمان نگهدارنده‌ی متادون مراکز ترک سرپایی و حضور در انجمن معتادان گمنام در متغیرهای متفاوتی تأیید شده است، لازم است تفاوت اثربخشی این دو روش درمانی بر اساس معیارهای خاصی برجسته‌سازی شود و مشخص شود که چه متغیرهایی در افراد با توجه به استفاده از هر یک از این دو روش درمانی (درمان نگهدارنده‌ی متادون مراکز سرپایی، انجمن معتادان گمنام) به نحو مؤثری متحول خواهد شد. بنابراین پژوهش حاضر در نظر دارد به بررسی این مسأله بپردازد که آیا از نظر سرسختی روانشناختی و جهت‌گیری مذهبی بین دو گروه مذکور تفاوتی وجود دارد؟

۱-۳- اهمیت و ضرورت پژوهشی

¹. Horsburgh, Schermer, Vwselka & Vernon

². Maddi, Harvey, Khoshaba, Persico, Brow

³. Sheard & Golby