



دانشگاه بین‌المللی امام خمینی



IMAM KHOMEINI
INTERNATIONAL UNIVERSITY

دانشگاه بین‌المللی امام خمینی
دانشکده علوم اجتماعی
گروه روان‌شناسی

عنوان پایان‌نامه :

رابطه خود کارآمدی، خود بسندگی با سوء مصرف مواد در مردان معتاد، معتادین ترک کرده و مردان غیر معتاد

شهر تهران در سال 1389

استاد راهنما :

دکتر محمدرضا جلالی

استاد مشاور :

دکتر علیرضا کاکاوند

پژوهشگر :

محمد علی ناجی نیا

تقدیم به :

پدر و مادر عزیزم

به پاس مهر و رزی های بیکرانشان

تقدیر و تشکر:

حمد و سپاس ایزد بی همتا، که بندگان را به وادی بیکران دانش رهنمون ساخت و توان گام نهادن در این راه را، به آن ها عطا نمود.

ناگفته پیداست که این کار فراهم نمی شد، مگر در سایه عنایات بی شائبه و بزرگواری های خالصانه عزیزانی که پیوسته مدیون و مرهون لطف آنان هستم:

با تشکر فراوان از اساتید ارجمندم، جناب آقای دکتر محمد رضا جلالی (استاد راهنما) و جناب آقای دکتر علیرضا کاکاوند (استاد مشاور) که با آزادگی و فرزادگی مثال زدنی شان، شاگرد نوازی کردند و با راهنمایی های ارزنده خود، مرا در تمامی مراحل انجام این کار یاری نمودند.

همچنین از زحمات و رهنمودهای عالمانه جناب آقای دکتر شمس اسفند آباد، چه در طی مراحل انجام کار و چه به هنگام داوری این پژوهش، و نیز از رهنمودهای جناب آقای دکتر اسد زاده به عنوان داور خارجی، که با آزاد منشی غیر قابل وصف، داوری پایان نامه را بر عهده گرفتند و با انتقادهای و نظرات سازنده خویش، راه را برایمان هموار نمودند، کمال تشکر و سپاسگزاری را دارم.

همچنین از سرکار خانم دکتر زهره علاء الدینی به خاطر راهنمایی های بی دریغشان، به خصوص در زمینه حل مسائل آماری این پژوهش، تشکر ویژه می نمایم.

از خانواده ام، که در تمامی مراحل کار مشوق و حامی من بودند، قدر دان و سپاسگزارم.

و از سرکار خانم ریحانه شیخان، که دوست نوازی عادت دیرینه اوست و در انجام این پژوهش از رهنمودها و مساعدت هایشان بهره مند بوده ام، تشکر می نمایم.

چکیده :

هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین خودکارآمدی و خودبسندهی در مبتلایان به سوء مصرف مواد در شهر تهران است. جامعه آماری این پژوهش را سه گروه از افراد تشکیل داده اند. گروه اول، مردان معتاد شهر تهران در سال 88-89 هستند، که برای درمان سوء مصرف مواد خود، به یکی از مراکز خصوصی ترک اعتیاد تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شهر تهران مراجعه کرده اند. از این تعداد 150 نفر انتخاب شدند. گروه دوم شامل معتادینی است، که مصرف مواد را ترک کرده و حداقل 6 ماه اخیر را به طور متوالی پاک بوده اند، این افراد از طریق پرونده های بایگانی موجود در مراکز ترک اعتیاد خصوصی تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شهر تهران انتخاب شدند. تعداد این افراد نیز 150 نفر است. جامعه سوّم پژوهش را مردان غیر معتاد شهر تهران تشکیل داده اند، که از میان آن ها 150 نفر انتخاب شده اند. انتخاب افراد مبتلاء به سوء مصرف مواد و افرادی که مصرف مواد را ترک کرده اند، به شیوه خوشه ای تصادفی و مردان غیر معتاد به صورت نمونه در دسترس و به شکل همتا سازی با دو گروه دیگر انجام شد. از هدف های دیگر این پژوهش، تفکیک عینی و کاربردی میان دو مفهوم خودبسندهی و خودکارآمدی، متناسب با مبانی نظری این دو مفهوم است. اطلاعات لازم از طریق اجرای پرسش نامه های خودکارآمدی و خودبسندهی به دست آمد. پس از جمع آوری اطلاعات، داده ها با روش آماری تحلیل واریانس یک راهه و آزمون توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاکی از آن است که همیزان خودکارآمدی و خودبسندهی در سه گروه دارای تفاوت های معناداری بود. به این ترتیب که خودکارآمدی در افراد عادی و معتادین ترک کرده بالا و در افراد معتاد، در حد پایینی بود که این تفاوت از نظر آماری معنادار بود. در خصیصه خودبسندهی بین افراد عادی و دو گروه معتادین و معتادین ترک کرده تفاوت معنادار وجود داشت. میزان خودبسندهی در افراد عادی، نسبت به دو گروه دیگر، بالاتر بود و این تفاوت از نظر آماری معنادار بود.

صفحه

5.....	چکیده:
12.....	فصل اول طرح پژوهش:
13.....	مقدمه:
14.....	بیان مسأله:
15.....	اهمیت و ضرورت پژوهش:
17.....	هدف های پژوهش:
18.....	سؤال های پژوهش:
18.....	تعریف مفاهیم:
20.....	فصل دوم پیشینه پژوهش:
21.....	مقدمه:
22.....	"خود" در نظر روان شناسان:
22.....	1.دیدگاه روان پویایی فروید:
23.....	2.دیدگاه روانی اجتماعی اریک اریکسون:
24.....	3.دیدگاه روان شناسی خود و نظریه هاینر هارتمن:
25.....	4.دیدگاه ویلیام جیمز:
27.....	5. دیدگاه گوردون آلپورت:
28.....	6.دیدگاه جرج هربرت مید:
29.....	7.دیدگاه پدیدار شناختی کارل راجرز:
30.....	8.دیدگاه شناختی-اجتماعی:
33.....	خودکارآمدی:
33.....	تعریف خودکارآمدی:
35.....	خودکارآمدی ادراک شده:
35.....	ماهیت و ساختار خودکارآمدی:

- 36..... نقش خودکارآمدی در عملکرد:
- 37..... نقش خودکارآمدی در سلامت روان:
- 37..... نقش خودکارآمدی در تعیین هدف ها:
- 38..... نقش انگیزشی خودکارآمدی:
- 40..... تأثیر زمینه های فرهنگی و اجتماعی روی باورهای خودکارآمدی:
- 41..... خودکارآمدی و جریان های واسطه ای:
- 41..... ابعاد خودکارآمدی:
- 43..... شکل گیری خودکارآمدی و منابع آن:
- 44..... منابع خودکارآمدی:
- 46..... شیوه های اثر گذاری باورهای خودکارآمدی:
- 47..... پژوهش های مرتبط با خودکارآمدی و سوء مصرف مواد:
- 51..... خودبستگی:
- 51..... تعریف خودبستگی:
- 54..... تبیین تفاوت بین دو مفهوم خودکارآمدی و خودبستگی:
- 56..... تبیین تفاوت بین دو مفهوم جرأت ورزی و خودبستگی:
- 56..... تبیین تفاوت بین دو مفهوم عزت نفس و خودبستگی:
- 57..... تبیین تفاوت بین دو مفهوم خودپنداره و خودبستگی:
- 57..... پژوهش های مرتبط با خودبستگی و سوء مصرف مواد:
- 59..... سوء مصرف مواد:
- 64..... اثرات داروها:
- 68..... طبقه بندی داروها:
- 69..... دارو شناسی اختصاصی:
- 69..... 1. تحریک کننده های سیستم عصبی مرکزی:
- 74..... 2. کند سازهای سیستم اعصاب مرکزی:

77	.....3. روان پریش ها:
81	.....4. نارکوتیک ها:
84	..... الگوی پیشرفت مصرف مواد:
86	..... فصل سوم روش پژوهش:
87	..... جامعه آماری:
87	..... نمونه و روش نمونه گیری:
87	..... روش گردآوری اطلاعات:
88	..... ابزارهای اندازه گیری:
93	..... متغیرهای پژوهش:
93	..... روش آماری تحلیل داده ها:
95	..... فصل چهارم تجزیه و تحلیل داده ها:
96	..... تجزیه و تحلیل داده ها:
96	..... یافته های توصیفی و استنباطی:
97	..... سؤال 1:
99	..... سؤال 2:
102	..... یافته های جانبی:
107	..... فصل پنجم بحث و نتیجه گیری:
108	..... نگاهی اجمالی به موضوع و روش شناسی پژوهش:
108	..... نتیجه گیری کلی:
109	..... سؤال اول:
117	..... سؤال دوم:
121	..... نتیجه گیری کلی:
123	..... کاربردها و پیشنهادها:
123	..... محدودیت های پژوهش:

124.....: پیشنهادهایی برای پژوهش های آینده

125..... منابع و مأخذ

فهرست جداول:

- جدول شماره (1): یافته های توصیفی مربوط به خودکارآمدی افراد عادی، معتاد و ترک کرده..... 97
- جدول شماره (2): نتایج آزمون لوین مربوط به همگنی واریانس ها..... 98
- جدول شماره (3): نتایج تحلیل واریانس یک راهه، برای مقایسه میزان خودکارآمدی افراد عادی، معتاد و ترک کرده..... 98
- جدول شماره (4): نتایج آزمون مقاوم بودن در برابر نقض مفروضه های تحلیل واریانس..... 98
- جدول شماره (5): نتایج آزمون توکی مربوط به تفاوت جفتی بین گروه ها از نظر خودکارآمدی..... 99
- جدول شماره (6): یافته های توصیفی مربوط به خودبستگی افراد عادی، معتاد و ترک کرده..... 99
- جدول شماره (7): نتایج آزمون لوین مربوط به همگنی واریانس ها..... 100
- جدول شماره (8): نتایج تحلیل واریانس یک راهه، برای مقایسه میزان خودبستگی افراد عادی، معتاد و ترک کرده..... 101
- جدول شماره (9): نتایج آزمون مقاوم بودن در برابر نقض مفروضه های تحلیل واریانس..... 101
- جدول شماره (10): نتایج آزمون توکی مربوط به تفاوت جفتی بین گروه ها از نظر خودبستگی..... 102
- جدول شماره (11): میانگین و انحراف استاندارد خودکارآمدی و خودبستگی به تفکیک تحصیلات..... 102
- جدول شماره (12): آزمون تی برای مقایسه خودکارآمدی و خودبستگی در دو گروه تحصیلی (دیپلم و زیر دیپلم)..... 103

- جدول شماره (13): میانگین و انحراف استاندارد خودکارآمدی و خودبسندهی در دو گروه متأهل و مجرد..... 103
- جدول شماره (14): آزمون تی برای مقایسه خودکارآمدی و خودبسندهی در دو گروه متأهل و مجرد..... 104
- جدول شماره (15): همبستگی بین متغیرهای خودکارآمدی و خودبسندهی با سن و طول مدت مصرف..... 104
- جدول شماره (16): تحلیل کواریانس برای مقایسه خودبسندهی در سه گروه عادی، معتاد و ترک کرده..... 105
- جدول شماره (17): میانگین های تعدیل شده خودبسندهی..... 105
- جدول شماره (18): مقایسه های زوجی تحلیل کواریانس برای مقایسه خودبسندهی در سه گروه عادی، معتاد و ترک کرده..... 105
- جدول شماره (19): تحلیل کواریانس برای مقایسه خودکارآمدی در سه گروه عادی، معتاد و ترک کرده..... 106
- جدول شماره (20): میانگین های تعدیل شده خودکارآمدی..... 106
- جدول شماره (21): مقایسه های زوجی تحلیل کواریانس برای مقایسه خودکارآمدی، در سه گروه عادی، معتاد و ترک کرده..... 106

فصل اوّل

طرح پژوهش

مقدمه :

بشر در مسیر پر فراز و نشیب زندگی چند هزار ساله خود بر این کره خاکی، همواره با مشکلات و مصایب زیادی دست به گریبان بوده است. از بلایای طبیعی گرفته تا بیماری ها، جنگ ها و قحطی ها. بی شک در هر زمان این مشکلات، مهم ترین و اصلی ترین دغدغه بشر بوده است. بشر امروزی هم ناگزیر با مشکلات و مسائلی چون آلودگی محیط زیست، نگرانی های مرتبط با سلاح های میکروبی، شیمیایی و هسته ای، شیوع ایدز و البته سوء مصرف موادروبه رو است. شاید بتوان از سوء مصرف مواد به عنوان یکی از مهم ترین و در عین حال فراگیرترین مشکلات در جامعه عصر حاضر نام برد. در این میان شرایط جامعه ما، بحرانی تر و مشکلات مرتبط با سوء مصرف مواد در آن به نسبت، بیشتر از سایر کشورها است، چراکه متأسفانه، موقعیت جغرافیایی ایران به گونه ای است که امکان دسترسی به این گونه مواد را تسهیل می کند. مرزهای طولانی ایران با افغانستان و پاکستان، زمینه نقل و انتقال مواد مخدر را تسهیل کرده و شرایط طبیعی دسترسی به مواد را فراهم ساخته است. هم اینک، افغانستان به عنوان یکی از اصلی ترین منابع تولید کننده مواد مخدر، برای توزیع تولیدات خود در جهان، از ایران به عنوان شاه راه اصلی سود می برد.

بر اساس برآوردهای انجام شده، میزان کشفیات انواع مواد مخدر در سال 1388، در حدود 682 تن بوده است. این میزان کشفیات بر مبنای تریاک (با فرض تبدیل یک به ده) معادل 1067 تن است که به نسبت سال 1387، نمایانگر 3 درصد رشد است (روزنامه جام جم، 1389).

از سوی دیگر، تجربه چند ساله برخورد مقابله ای با این پدیده، مانند برخوردهای نظامی و یا حتی مجرم دانستن مبتلایان به سوء مصرف مواد، هرگز نتوانست از شیوع بیشتر این پدیده جلوگیری کند. بدیهی است اتکای صرف به شیوه های قهرآمیز، برای ریشه کن کردن این پدیده کافی نیست و نگاهی علمی و اتخاذ تدابیر مبتنی بر مفاهیم علمی راه گشا خواهد بود. در واقع ارائه نظریه های مختلف جامعه شناختی و روان شناختی از یک سو و توسعه پژوهش در این زمینه، برای کشف ابعاد مختلف این پدیده از سوی دیگر، درک واقع بینانه تری به ما خواهد داد. بی تردید آموزه های این یافته ها بسیار روشن و برای مواجهه با اعتیاد سودمند و مؤثر است. علاوه بر این باید دانست، پژوهش در زمینه اعتیاد در ایران، بسیار جدید است و از همان مشکلات پژوهش در سایر حوزه های علوم رفتاری رنج می برد. در کنار اقدامات عملی، آن چه ما بیشتر بدان نیاز داریم، انجام پژوهش های بنیادی است. بدون نظریه پردازی های مفهومی و مدل سازی ابتلاء به اعتیاد، سیر بیماری و عوامل مؤثر بر حفظ و تداوم اعتیاد، نمی توانیم اقدامات پیشگیرانه، مناسب با فرهنگ اعمال کنیم. در حال حاضر، چنین اقداماتی از سوی سازمان های دولتی و غیر دولتی بیشتر جنبه وارداتی دارد و فاقد آن نظریه پردازی های مفهومی و بنیادین است.

البته ایران به دلایل گوناگون تاریخی، جغرافیایی، فرهنگی و اجتماعی صدها سال است که با مشکل اعتیاد و عوارض آن رو به رو بوده است. اعتیاد در کشور ما، مانند سایر کشور های مشرق زمین، الگوی خاصی دارد که با الگوی موجود در کشور های توسعه یافته غربی که بیشترین تولید دانش در این زمینه را دارند، متفاوت است. در چنین شرایطی تولید اطلاعات و دانش داخلی مورد نیاز کشور، می تواند نقشی اساسی در بهبود سیاست گذاری، برنامه ریزی و انجام مداخلات ایفا نماید. بی شک اعتیاد پدیده ای پیچیده و چند عاملی است و بررسی و پژوهش در زمینه اعتیاد، بدون در نظر گرفتن عوامل مختلف، امکان پذیر نخواهد بود. در این بین مؤلفه های روان شناختی جایگاهی مهم در پژوهش های حوزه اعتیاد دارد، در این پژوهش سعی شده است دو مفهوم روان شناختی خودکارآمدی و خودبستگی، به عنوان مؤلفه هایی تأثیر گذار و البته تا حدودی ناشناخته در شروع، ادامه مصرف و بازگشت به مصرف پس از ترک، و همچنین میزان پایداری در ترک مصرف مواد، در مبتلایان به سوء مصرف مواد، مورد بررسی قرار گیرد.

بیان مسأله :

هدف نظام های سلامت و رفاه اجتماعی در هر کشور، ارتقای کیفیت زندگی مردم است. پژوهش ها می توانند از طریق ارائه رهنمود در جهت طراحی و اجرای سیاست ها و برنامه های اجتماعی و بهداشتی، نقش عمده ای در تحقق این هدف ایفا نماید. بیش از یک دهه است که مجامع بین المللی به منظور ایجاد و پیشبرد نظام پژوهشی کارآمد در حوزه سلامت به ویژه برای کشورهای در حال توسعه مشغول به فعالیت هستند و تلاش می کنند با ارائه رویکردی سامانمند، پژوهش های حوزه سلامت در این کشورها را بهینه سازند. تعیین اولویت ها، فرآیندی مهم در مدیریت پژوهش های حوزه سلامت کشورها به شمار می رود. فراهم آوری مبنایی منطقی برای تعیین اولویت ها، نیازمند وجود اطلاعات پایه ای است که در پرتو کاوش علمی میسر می شود (جاویدروزی و همکاران، 1382). ناهماهنگی و پراکندگی میان پژوهش ها به ناکارآمدی برنامه ها در حل معضلات اجتماعی منجر می شود و متقابلاً موفقیت در تنظیم برنامه های اجتماعی مؤثر، منوط به هماهنگ سازی پژوهش ها با تکیه بر تفاوت جوامع است. فقدان اطلاعات، سرعت مقابله با روند های جدید را کاهش می دهد. در حال حاضر سوء مصرف مواد یکی از مشکلات اصلی کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است. به قول گیدنز، (نقل شده در والاس¹، 1999)، جامعه امروزی به دلیل افزایش آثار نامطلوب صنعتی شدن مانند آلودگی محیط زیست، آلودگی هسته ای، افزایش جمعیت و فراوانی بیماری هایی مانند ایدز و سوء مصرف مواد، مشروعیت خود را از دست داده است. در کشور ما نیز طبق گزارش دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، علی رغم تشدید مبارزه با قاچاق و افزایش مراکز پذیرش و درمان، آمار مصرف کنندگان مواد رو به افزایش بوده است (دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، 1380). به دلیل افزایش

¹ . Wallac

مصرف کنندگان و معتادین در دهه های اخیر در اکثر کشورهای جهان، برنامه های وسیع و پرهزینه ای برای مبارزه با مواد در سطوح محلی و بین المللی اجرا می شود. امروزه دست یابی به اطلاعات هر چه دقیق تر در مورد وضعیت سوء مصرف مواد از نیازهای اساسی جوامع محسوب می شود. سلامت جامعه بشری در معرض خطرات اعتیاد است و پرسش های زیادی درباره این پدیده مطرح است، ولی پاسخ صحیح به پرسش های فوق نیازمند اطلاعاتی است که در دل پژوهش نهفته است. مطالعات نشان داده اند که اعتیاد تک سببی نیست و عوامل متعددی اعم از وضعیت زیستی، روانی، اجتماعی در رشد و گسترش آن دخالت دارند. مطالعه پدیده پیچیده ای چون اعتیاد نیازمند روش های متنوع علمی است که پویا و دارای قابلیت انعطاف باشند. نتایج مطالعات روند تغییرات سوء مصرف مواد، حاکی از آن است که الگوی مصرف مواد در حال تغییر است (نارنجیها و همکاران، 1383). این تغییر مبین نیاز فزاینده به بررسی و مطالعه مداوم پدیده مذکور است (به نقل از رفیعی و همکاران، 1387). در این پژوهش سعی شده است که نقش دو متغیر روان شناختی که در گرایش اولیه افراد به شروع مصرف مواد، ادامه مصرف مواد و ناتوانی در ترک مصرف مواد، بررسی شوند. این دو متغیر عبارتند از خودکارآمدی و خود بسندگی. از سوی دیگر در این پژوهش سعی بر آن شده است که از لحاظ نظری و مفهومی بین این دو متغیر که به اشتباه گاهی معادل هم یا مفاهیمی شبیه هم به حساب می آیند تفکیک و تمایز قایل شده و سهم هر یک در شروع، ادامه و ترک مصرف مواد، به طور جداگانه مورد بررسی قرار گیرد. خود بسندگی¹، به عنوان صفتی شخصیتی، که در تظاهرات رفتاری بروز می یابد، برای نخستین بار از سوی ولپه مطرح شد (ولپه، 1990). وجود این ویژگی در فرد میزان رضایت مندی از خود، قضاوت مثبت از توانمندی ها و اطمینان به انجام موفقیت آمیز وظیفه تعیین شده را نشان می دهد. همچنین تقابل این مفهوم با احساس کهتری بیشتر از سایر مفاهیم است. انجام فعالیت مستقل به رغم نبودن توجه و تأیید بیرونی، احساس خویشتن داری و توانایی در کار، مسؤولیت پذیری، فقدان احساس کهتری، داشتن انتظارات و افکار مثبت نسبت به خود، در افراد دارای این ویژگی، به میزان زیادی وجود دارد (جلالی، 1376). خودکارآمدی²، برای اولین بار از سوی بندورا عنوان و توضیح داده شد، به نظر بندورا، خودکارآمدی اطمینان فرد از توانایی اش برای انجام فعالیت های روزمره است (بندورا، 1986). همچنین باور های خودکارآمدی تا حدی می توانند به نحو مطلوبی پیش بینی کننده رفتار _ و نه توانایی واقعی رفتار _ باشند، چرا که این گونه باورها ابزار هایی هستند که تعیین می کنند اشخاص با دانش و مهارت هایی که دارند، چه کارهایی می توانند انجام دهند. نقش واسطه ای³ (میانجی) این باور ها، این است که آنها تبیین می کنند، چرا افراد دارای مهارت ها و دانش های مشابه، عملکردهای متفاوتی دارند (بندورا، 1968؛ به نقل از پاچاریز، 1995).

¹ . self sufficiency

² . self efficacy

³ . mediational role

اهمیت و ضرورت پژوهش :

مواد مخدر، در اسناد سازمان ملل متحد جزء چهار بحران کنونی تهدید کننده انسان قرن بیست و یکم به شمار آمده است (هاشمی، 1383؛ به نقل از حمزه ئی، 1388). بر اساس گزارش مجمع عمومی سازمان ملل، تعداد معتادین به مواد مخدر در دهه 1990، 3/78% جمعیت جهان بوده است. حجم تجارت و چرخش مالی مرتبط با مواد، در سطح جهان، 1500 میلیارد دلار در سال است (دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، 1380؛ به نقل از رفیعی و همکاران، 1387). بی شک میلیاردها دلار درآمد حاصل از قاچاق مواد مخدر، به نظام بانکی سپرده می شود و از این رو تجارت بین المللی مواد مخدر، که سود سالانه آن به ده ها میلیارد دلار می رسد، به اندازه تجارت نفت اهمیت پیدا می کند و کنترل شبکه های مواد مخدر، به اندازه کنترل لوله های نفت و گاز مهم و حیاتی محسوب می شود (شوسودفسکی، 2003؛ به نقل از رفیعی و همکاران، 1387). از سوی دیگر انسان امروزی در دهکده جهانی ساکن است و به سهولت با تمام نقاط دنیا در تماس است؛ به این ترتیب مصائب بشری نیز محدود به ملت خاصی نشده و همه جوامع را متأثر می سازد. بی شک اعتیاد نیز از این قاعده مستثنی نیست و شاید به همین دلیل یکی از مهم ترین نگرانی های فعلی موجود در کشورمان، مسأله اعتیاد به مواد مخدر و شیوع روز افزون آن است.

طبق گزارش های ستاد مبارزه با مواد مخدر، سن شروع اعتیاد در ایران 16 تا 20 سالگی برآورد شده است. میانگین سنی معتادین در زندان های ایران، 29 سال و در مراکز بازپروری و خود معرف 27 سال گزارش شده است. طبق گزارش طرح سرشماری معتادین از سوی مرکز مبارزه با مواد مخدر ناجا در سال 1381، نزدیک به 5% معتادین زیر 15 سال دارند و حدود 31% آنان در گروه سنی 15 تا 30 سال هستند و بین 31% تا 45% معتادین دستگیر و یا پذیرش شده در سنین نوجوانی، یعنی 15 تا 30 سال قرار دارند (زکریایی، 1382؛ به نقل از زمانی، محمودی و مروجی، 1388). آمارهای ده ساله مربوط به ورود معتادین به زندان ها و مراکز ترک اعتیاد دولتی تحت نظارت سازمان بهزیستی، از سال 1374 تا 1384، نیز نشان می دهد 70% معتادین کشور در سن 19 تا 39 سال قرار دارند، این مقدار در سال 1374، برابر با 67% و در سال 1384، برابر با 72% بوده است که نشان دهنده افزایش نسبی اعتیاد در گروه سنی جوانان است (جلیلیان، 1388). آمار وزارت بهداشت در سال 1380، نشان داد دست کم، سه میلیون و 761 هزار نفر مصرف کننده مواد افیونی در ایران وجود دارد و اگر هر مصرف کننده، 5 نفر دیگر را درگیر مسأله کرده باشد، نزدیک به 19 میلیون نفر در ایران با سوء مصرف مواد در ارتباط بوده اند (تاجیک، 1385؛ به نقل از میر سلیمانی، ثنایی ذاکر، وزیری و لطفی، 1388).

اعتیاد مستقیم و غیر مستقیم با ایجاد وابستگی در فرد برای مصرف مواد، تزلزل بنیادهای اخلاقی در پی دارد، که نتیجه آن افزایش انواع بزه در میان مبتلایان به سوء مصرف مواد است. هر ماه در ایران، صدها نفر

به دلیل اعتیاد جان خود را از دست می دهند و شمار زیادی از دادخواست های طلاق در رابطه با مصرف مواد مخدر است. در سال های اخیر با پایین آمدن سن ابتلاء به اعتیاد، مشکلات تحصیلی نیز به سایر مشکلات مرتبط با سوء مصرف مواد اضافه شده است. از این رو بررسی پدیده اعتیاد، تنها در چارچوب مباحث آسیب شناسی روانی و اجتماعی خلاصه نمی شود؛ بلکه مطالعه این پدیده به گستره هایی چون روان شناسی سلامت¹، روان شناسی وجودی²، روان شناسی شخصیت و روان شناسی رشد نیز قابل تسری است. اگر تعیین کننده های اصلی سوء مصرف مواد را، به طور عمده، متغیر های محیطی و بین فردی قلمداد کنیم و بپذیریم این اختلال، نشأت گرفته از رویدادهای بیرونی است، افراد جامعه انسانی کم و بیش با چنین رویداد هایی مواجه خواهند بود. به عبارت دیگر، انتظار نمی رود که در آغاز هزاره سوم، میزان رویداد های تنیدگی زای زندگی، که خود در جهت دهی به روابط بین فردی سهم عمده ای دارند، کاهش داشته باشد بر عکس، با گسترش و پیچیدگی زندگی متمدن، احتمال افزایش آن ها به مراتب بیشتر خواهد بود؛ از سوی دیگر، حتی اگر پدیده اعتیاد را به عنوان عاملی سرشتی و دارای زیر بنای ژنتیک تلقی نماییم، مبارزه مستقیم با آن، نتایج قابل ملاحظه ای نخواهد داشت. حتی امید نمی رود که دستکاری های ژنتیک، برای ایجاد تغییرات مطلوب در سپرده های ارثی، لااقل در آینده ای نزدیک، امکان پذیر باشد (به نقل از؛ ناجی نیا و کاکاوند، 1389). از این رو، چه سوء مصرف مواد را، معلول شرایط اجتناب ناپذیر بیرونی بدانیم و چه آن را زاینده عوامل از پیش تعیین شده در نظر بگیریم، مناسب ترین راهبردهایی که می توان برای کنترل و مهار این پدیده به کار گرفت، شاید شناسایی متغیر های تعدیل کننده ای است که مستقیماً در مقابل رویداد های بیرونی و یا درونی قرار نمی گیرند؛ بلکه ماهیت و دامنه ارتباط بین علت های احتمالی و معلول ها را تحت تأثیر قرار می دهند. بنابراین شناسایی این متغیرها و تعیین ارزش احتمالی آن ها در تحلیل های علمی، اهمیت انکار ناپذیری دارد. شاید بتوان از خودکارآمدی و خود بسندگی، به عنوان دو متغیر تعدیل کننده تأثیر گذار و البته تا حدودی محجور و ناشناخته در این زمینه نام برد. به نظر می رسد ایمان قلبی افراد به توانایی های خود برای رویارویی با مسائل و مشکلات زندگی، و قدرتشان برای هدایت فعالیت ها و جریان های روزمره و یا به تعبیر بندورا، همان خود کارآمدی و همچنین میزان رضایت مندی و قضاوت مثبت افراد از خود، اطمینان به داشتن توانایی برای انجام موفقیت آمیز وظایف تعیین شده و یا به زعم ولپه همان خود بسندگی، می تواند به عنوان دو خصیصه تأثیر گذار و حتی بازدارنده در زمینه سوء مصرف مواد، مورد توجه قرار گیرد.

هدف های پژوهش :

• هدف کلی

¹. health psychology

². existential psychology

پژوهش حاضر با این هدف که «آیا بین افراد معتاد، افراد عادی و افراد معتادی که اقدام به ترک نموده اند، از لحاظ میزان خودکارآمدی و خودبستگی، تفاوت وجود دارد؟» طراحی شده است.

• هدف های جزئی

1. بررسی میزان خودکارآمدی، در افراد عادی، افراد معتاد و معتادینی که اقدام به ترک کرده اند.
2. بررسی میزان خودبستگی، در افراد عادی، افراد معتاد و معتادینی که اقدام به ترک کرده اند.
3. ایجاد افتراق نظری و عملی بین دو مفهوم خودکارآمدی و خودبستگی.

سؤال های پژوهش :

- 1) آیا میان سه گروه، معتادین به مواد مخدر، معتادینی که اقدام به ترک کرده و ترک موفقیت آمیز داشته اند و افراد عادی، از لحاظ میزان خودکارآمدی تفاوت وجود دارد ؟
- 2) آیا بین سه گروه، معتادین به مواد مخدر، معتادینی که اقدام به ترک کرده و ترک موفقیت آمیز داشته اند و افراد عادی، از لحاظ میزان خودبستگی تفاوت وجود دارد؟

تعریف مفاهیم :

تعریف های نظری :

1. سوء مصرف مواد

الگوی غیر انطباقی مصرف مواد، که موجب تخریب و یا ناراحتی قابل ملاحظه بالینی می شود (سادوک و سادوک، 1387). چهارمین مجموعه بازنگری شده تشخیصی و آماری اختلالات روانی (1383)، اعتیاد را به عنوان الگوی غیر انطباقی مصرف یک ماده، که به ناراحتی قابل ملاحظه از نظر بالینی منجر می شود، تعریف می کند. اعتیاد با علایمی همچون تحمل، محرومیت و ولع برای مصرف، همراه است و علی رغم داشتن عوارض فیزیولوژیکی، روان شناختی و اجتماعی برای فرد، به مصرف آن ادامه می دهد.

2. خودکارآمدی

خودکارآمدی، به اعتقاد فرد در مورد قابلیت های خود در سازمان دهی و انجام یک رشته فعالیت های مورد نیاز، برای مدیریت شرایط و وضعیت های مختلف در زندگی گفته می شود (بندورا، 1995).

3. خودبستگی

خودبسندهی، میزان رضایت مندی فرد از خود، قضاوت مثبت از توانمندی های خود و اطمینان به انجام موفقیت آمیز وظیفه تعیین شده و همچنین کافی دانستن خود در تصمیم گیری ها و بی نیازی در کمک خواستن از دیگران گفته می شود (ولپه، 1990).

تعریف های عملیاتی :

1. مبتلا به سوء مصرف مواد:

فردی که بیش از یک سال به طور مداوم و روزانه، اقدام به مصرف مواد مخدر نموده و علائم وابستگی جسمانی و روانی بر طبق ملاک های DSM-IV-TR در او مشهود است.

2. معتاد ترک کرده:

فردی که سابقه اعتیاد دارد، اما مصرف مواد را ترک کرده است، در حال حاضر هیچ ماده مخدری مصرف نمی کند و دست کم 6 ماه از آخرین مصرفش گذشته است.

3. فرد غیر معتاد:

فردی که در طول سال های حیاتش هرگز ماده مخدری مصرف نکرده یا به ماده مخدری وابسته نبوده است.

4. خودکارآمدی

در این پژوهش، منظور از خودکارآمدی، نمره ای است که فرد از طریق اجرای پرسش نامه خودکارآمدی شرر¹ (1982)، به دست می آورد.

5. خودبسندهی

در این پژوهش، منظور از خودبسندهی، نمره ای است که فرد از طریق اجرای پرسش نامه خودبسندهی جلالی، ناجی نیا و غفوری (1389)، به دست می آورد.

¹. Sherer

فصل دوم

مبانی نظری و

پیشینه پژوهش