

بررسی رابطه سلامت معنوی و امید به زندگی بر پیشگیری از اعتیاد، در دختران متوسطه اول شهرستان آسخانه ۹۶-۹۵

رویا افراسیابی^۱، جواد افشین^۲ و معصومه ریحانی^۳

۱ هیت علمی و استادیار گروه علوم تربیتی و مدیریت آموزشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد

rafrasiabi.dr@gmail.com

۲ دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی - کارشناس مسئول اجرایی دوره های آموزشی اداره کل آموزش و پرورش خراسان شمالی

javadafshin@yahoo.com

۳ کارشناس ارشد مدیریت آموزشی - آموزگار آموزش و پرورش شهرستان شیروان

masomereihani@yahoo.com

چکیده

هدف اصلی، این پژوهش رابطه سلامت معنوی و امید به زندگی را بر پیشگیری از اعتیاد در دختران متوسطه اول شهرستان آسخانه در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ بررسی می کند. روش پژوهش حاضر کتابخانه ای و پیمایشی است. جامعه آماری این تحقیق را ۴۱۶ دختر متوسطه اول شهرستان آسخانه در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۵ که ۲۰۰ نفر آنها بر اساس جدول کوکران به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب گردید. ابزار گرد آوری داده ها شامل؛ پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزین و الیسون (۱۹۹۸)، پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر (۲۰۰۱) و پرسشنامه محقق ساخته میزان تمایل به اعتیاد. پایایی پرسشنامه ها با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ برای سلامت معنوی ۰/۹۳ و برای پرسشنامه پیشگیری از اعتیاد ۰/۷۹ و برای پرسشنامه امید به زندگی ۰/۷۲ می باشد. پرسشنامه ها جهت تایید روایی محتوا به چندین تن از اساتید و کارشناسان ارایه گردید و پس از تایید نهایی آنها به مرحله اجرا رسید. داده ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۱۱٫۵ در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی تنظیم گردیده است. نتایج نشان داد بین سلامت معنوی با امید به زندگی دانش آموزان دختر رابطه مثبت و معنا دار و بین سلامت معنوی و پیشگیری از اعتیاد رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. از سوی دیگر، نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیرهای پیشین، متغیر ملاک را به طور معناداری تبیین میکنند. در میان متغیرهای تحقیق بیشترین تاثیر در پیشگیری از اعتیاد، امیدواری عاملی و امیدواری راهبردی می باشد. سلامت معنوی و امید به زندگی به طور معناداری، پیشگیری از اعتیاد را پیش بینی میکنند و از آنجایی که افراد با سلامت معنوی بالا درجات بالاتری از امید به زندگی را دارا هستند، میتوان نتیجه گرفت که فراهم نمودن عوامل حمایتی (مانند مذهب و معنویت) به منظور افزایش سلامت معنوی و امید به زندگی میتواند منجر به افزایش پیشگیری از اعتیاد گردد.

واژه های کلیدی: سلامت معنوی، امید به زندگی، معنادار بودن زندگی، پیشگیری از اعتیاد

مقدمه

مطالعه کارکرد معنا بخشی دین در حیات فردی و تاثیرات اجتماعی آن یکی از موضوعات مهم در جامعه شناسی دین است. اهمیت معنای امید به زندگی از آنجا ناشی می شود، که با ورود به جهان مدرن، نظام های ارزشی سنتی با چالش مواجه شدند و سیال بودن جهان زندگی مدرن، کثرت معناها و روایت های متعدد از آن ها، انسان ها را دچار سرگشتگی و اضطراب کرد. جامعه شناسان حوزه دین، با جهت گیری های فکری مختلف، عمدتاً بر این نظر واقف بوده اند که دین قدرت توجیه شوربختی و خوشبختی انسان ها را دارد، که عمدتاً از طریق قرار دادن تجربیات انسان ها در چارچوبی منظم و تفسیرپذیر ساختن آنها، نقش و کارکرد خود را ایفا می کند. در نهایت به سان سپهری معنا بخش عمل می کند. همه انسان ها در طول زندگی خود با تجربه های آزاردهنده و دشواری ها و ناملایماتی روبرو هستند. همچنین شاهد تبعیض ها و بی عدالتی هایی در جهان هستند که تفسیر و توجیه آنها همواره یک معضل فکری و فلسفی بوده است که افراد عادی هم به شدت درگیر آن بوده اند. از دیگر سو پرسش از آغاز و انجام زندگی فردی و همه هستی، کنار آمدن با پدیده پر رمز و راز مرگ، پرسش هایی است که اگر پاسخ موجهی نیابد، انسان را دچار تشویش ها و سردرگمی های مشکل آفرین می کنند. همه این دغدغه ها و پرسش ها انسان را با مساله امید به زندگی درگیر می کند که نحوه پاسخی که به آن می دهیم تجربه ما از زندگی و کنش های ما در زندگی روزمره را متاثر می سازد. خلق معانی است که ادراکی از جهان برای ما فراهم می کند و مسیر زندگی ما را در جهان می سازد (مارشال، ۲۰۰۱: ۱۲۵). در این بین، اعتیاد به مواد مخدر، به عنوان نابسامانی اجتماعی، پدیده ای است که بدان «بلائی هستی سوز» نام نهاده اند؛ زیرا ویرانگری های حاصل از آن زمینه ساز سقوط بسیاری از ارزش ها و هنجارهای فرهنگی و اخلاقی می گردد و سلامت جامعه را به مخاطره می اندازد. هر سال این بلائی خانمان برانداز، قربانیان بی شماری را به آغوش سرد خاک می نشاند. در دهه ۱۹۶۰ تعداد معتادان به این پدیده آنقدر اندک بود که توجه اجتماعی را در مقایسه وسیع به خود جلب نمی کرد؛ اما در اوایل دهه ۱۹۷۰ استفاده از مواد مخدر ناگهان در میان جوانان و نوجوانان شایع شد و به صورت مسأله ای جهانی و ابعاد همه گیر آن بصورت یک موج از قاره ای به قاره دیگر گسترش یافت. روانشناسان و صاحب نظران آسیب های اجتماعی رواج اعتیاد در بین قشر نوجوان را ناشی از عدم وجود امید به زندگی، بوج گرای و گرایش به فرقه های ضد دین بیان کرده اند. معنویت و دین بخش مهمی از زندگی مردم را تشکیل می دهد و تاثیر مهمی بر سلامت روانی و بهزیستی آنها دارد به گونه ای که در بسیاری از جنبه های زندگی شخصی انسان نمود دارد (زیستی، روانی، ارتباطی، صمیمانه، خانوادگی - اجتماعی، معنوی)، هر نمودی جنبه ای متفاوتی از «خود» روانی و ارتباطی او را نشان می دهد. از سویی ارزیابی ها حاوی این نکته است که معنویت و دین، بالقوه متضمن عناصر هم مثبت و هم منفی عدیده ای هستند، یعنی ممکن است معانی و ارزش هایی را بوجود آورند که زندگی را بهبود بخشند و یا موجب احساس گناه، ترس، انکار خود و زندگی شوند (چیربان، ۲۰۰۸). امید یکی از ویژگی های زندگی است که ما را به جستجوی فردایی بهتر و می دارد. یکی از توانمندیهای اساسی بشر که در این تحقیق مورد مطالعه قرار گرفته است، "امید" است. در متن ظهور روانشناسی مثبت بود که اسنایدر و همکارانش امید را مفهوم سازی کرده و به عنوان ابزارهای اندازه گیری آن را طراحی نمودند. به اعتقاد اسنایدر و همکاران، در سالهای اخیر، روانشناسان به سازه امید به عنوان یک نقطه روانشناختی نگریسته و معتقدند که این سازه میتواند به پرورش و ایجاد سلامتی روانی کمک زیادی بنماید. امیدواری دارای دو مولفه شناختی (انتظار روی دادن وقایعی در آینده) و عاطفی می باشد که مولفه عاطفی آن می تواند پیش بینی کننده وقوع رویدادهای مثبت در آینده و در نتیجه افزایش سلامت روانی باشد (طهور سلطانی و همکاران، ۱۳۹۰). دولت ها می توانند با ابداع برنامه های ملی و بین المللی و شرکت دادن جوانان، امید به آینده و احساس مفید بودن را در آن ها ایجاد کنند (بهادری نژاد، ۱۳۷۵). اهمیت امید در زندگی انسان چنان است که قرآن کریم در آیات متعدد به طرح امید برای انسان می پردازد. برای نمونه، در سوره یونس اشاره می کند که "امید به آینده برتر در این دنیا و آخرت است که موجب می شود تا انسان باورها و عکس العمل های خود را تصحیح کند و به اصلاح و بهسازی اعمال و رفتار خود بپردازد" (آیات ۷-۸). یا در سوره بقره اشاره شده است که "امید است که انسان را به سوی کار یا عملی سوق می دهد. امید به پاسخگویی از سوی خداوند، علت و انگیزه دعا و طلب از اوست" (آیه ۱۸۶). بسیاری از جامعه شناسان معتقدند که

جامعه ما در دوران گذار به سر می‌برد. یکی از نشانه‌های این دوران ناامیدی، کم‌رنگ شدن معنویات، بی‌هنجاری، نابسامانی، بی‌قانونی، افزایش جرم و جنایت و از همه مهم‌تر افزایش اعتیاد می‌باشد که روزانه بسیاری از ما آنرا لمس و یا مشاهده می‌کنیم. از آنجایی که یکی از مؤلفه‌های اصلی سرمایه در هر جامعه و محیط کاری نیروی انسانی سالم و جوان آنست، از این رو تمام پیشرفت‌های علمی مرهون تلاش افرادی است که در سلامتی کامل به سر می‌برند (جلیلیان، ۱۳۸۰، ۱۱۳-۱۱۴). اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر از موانع عمده‌ی توسعه جوامع به شمار می‌رود و از خطرات عمده‌ای است که سلامتی نسل جوان را مورد تهاجم قرار می‌دهد. از دیدگاه تعلیم و تربیت اسلامی تمامی کژ رفتاری‌ها و انحرافات بشر از نبود و یا ضعف اعتقاد مذهبی ریشه می‌گیرد و پایبندی به اصول مذهبی، بزرگترین عامل بازدارنده از انحراف‌های اجتماعی است. (محمدی و دادخواه، ۱۳۸۰، ۲۸). می‌توان گفت افرادی که احساس کفایت اجتماعی و مذهبی در آنها ضعیف است، برای فرار از اضطراب اجتماعی به مواد مخدر روی می‌آورند و آسیب پذیرند. از طرف دیگر اعتیاد با از بین بردن ارزشهای اخلاقی، انسانی و مذهبی و دور کردن افراد از فطرت متعالی انسان، آنها را مستعد پذیرش فرهنگ پوچ و مخرب می‌نماید. بنابراین نقش مذهب در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی به گونه‌ایست که بسیاری از نظریه پردازان بزرگ جهان مذهب را به عنوان یک عامل مستحکم در مقابل آسیب‌های اجتماعی تلقی نموده‌اند. (محمدی و دادخواه، ۱۳۸۰، ۲۹). اصولاً مذهب در سه سطح می‌تواند مصرف مواد را تحت تأثیر خود قرار دهد: اولین تأثیر مذهب شامل فعالیت‌های پیشگیرانه‌ای است که برای تحریم شروع مصرف مواد به کار گرفته می‌شود و می‌تواند در برگیرنده‌ی آموزش مستقیم مردم درباره منع مصرف مواد و همچنین هدفمند کردن زندگی باشد که در این صورت مصرف مواد عملی پسندیده نیست. دومین تأثیر مذهب مداخله در جلوگیری از گسترش اعتیاد در افرادی است که مصرف آزمایشی و گاه به گاه مواد را شروع کرده‌اند. به طور کلی مصرف مواد در انسان حالتی غیر عادی ایجاد می‌نماید، این حالات که عموماً لذت بخش‌اند به صورت موقت و کاذب ایجاد می‌گردد. بروز همین حالات کیف و لذت بعد اولین مصرف که در بعضی موارد فقط به صورت کنجکاوای مبادرت به آن می‌گردد، باعث تداوم مصرف و اعتیاد می‌شود (قربان حسینی، ۱۳۶۸، ۲۹). سومین تأثیر مذهب شامل برنامه‌هایی است که برای کمک به افراد معتاد به منظور ترک و همچنین پرهیز از عود مجدد در آنها فراهم شده است. (قربانی، ۱۳۸۴، ۴۹). تا دهه هفتاد میلادی به دلیل نرخ پایین و قابل اغماض جرایم زنان نسبت به مردان موضوع جنسیت و انحرافات اجتماعی کمتر مورد علاقه جامعه شناسان قرار می‌گرفت. با آزاد شدن زنان از خانواده سنتی، کاهش محدودیت‌های اجتماعی، توسعه جنبش‌های اجتماعی زنان و ورود زنان به بازار کار، رفتار زنان و مردان به یکدیگر نزدیک شد و به دنبال آن جرایم زنان افزایش یافت. که اعتیاد از آن موارد می‌باشد (احمدی خراسانی، ۱۳۸۴: ۲۱۰). با پایین آمدن سن اعتیاد در زنان و مردان؛ زنگ هشدار اعتیاد در نسل نوجوان، برای تمام جوامع به صدا در آمده است. جمعیت دختران معتاد در سن نوجوانی به عللی مانند؛ ترس از آبرو و خوردن برچسب اعتیاد و یا به علت بودن در شهرهای کوچک که در آنجا مرکز ترک اعتیاد مخصوص بانوان وجود ندارد در نتیجه به مراکز درمانی آقایان مراجعه نمی‌کنند و این باعث می‌شود آمار واقعی دختران معتاد به طور دقیق موجود نباشد که خود موجب وارد شدن زیان‌های جبران ناپذیر فردی و اجتماعی خواهد بود. چه بسا که در این مدت ناقل بیماری‌های عفونی مثل ایدز و هیپاتیت شوند. از آنجایی که زنان وظیفه مادری و تربیت نسل آینده را به عهده دارند و وجود مادر معتاد در خانواده می‌تواند آسیب جدی را به همسر و فرزندان و در نتیجه به جامعه وارد کند. بنابراین اعتیاد دختران، را به عنوان معضلی حاد باید پذیرفت.

با در نظر گرفتن اینکه هر سه متغیر این پژوهش نقش و اهمیت ویژه‌ای در زندگی انسان دارند، لذا اهمیت و ضرورت بررسی به این پژوهش که تاکنون تحقیق کاملی در مورد آن انجام نگرفته کاملاً احساس می‌شود. با توجه به مطالب ذکر شده این پژوهش در صدد جواب این پرسش است که آیا سلامت معنوی با امید به زندگی در پیشگیری از اعتیاد دختران متوسطه اول شهرستان آشنانه، ارتباط دارد؟

دیدگاه های نظری

در بین صاحب نظران جامعه شناسی، چه آنها که موضع مثبت و جانبدارانه نسبت به دین داشته اند و چه آنها که نقش آن را برای زندگی اجتماعی منفی ارزیابی کرده اند، با تصریح یا تلویح نقش معنا بخشی آن برای افراد را پذیرفته اند. در اینجا به عنوان نمونه به برخی صاحب نظران کلاسیک و معاصر به عنوان چارچوب نظری این مقاله اشاره می شود.

- آبراهام مزلو و معنویت: آبراهام مزلو، معنویت را از مهم ترین عناصر نگرش انسان گرایانه می دانست. مزلو (۱۹۶۲) به جای اینکه به آسیب شناسی نیازهای دینی بپردازد اظهار داشت: آدمی به چهارچوبی از ارزش ها، فلسفه ای ناظر به حیات، دین یا بدیلی برای دین نیازمند است تا بدان معتقد شود و آن را در پیش گیرد، تقریباً به همان معنایی که به نورخورشید، کلسیم یا محبت نیاز دارد. او همچنین بر آن است که «روانشناسان انسان گرا احتمالاً کسی را که به این مسائل معنوی اهمیت نمی دهند باید بیمار یا ناهنجار وجودی تلقی کنند» (حسنی و همکاران، ۱۳۸۴).

-نظریه الکییز درباره ی معنویت: الکییز و همکاران پدیده ی معنویت را دارای یک ساختار چند بعدی می دانند که شامل نه بخش عمده می شود. این اجزا به طور خلاصه به قرار زیر هستند: ۱- بعد روحانی: به عنوان خدای مشخص فرد. ۲- معنا و هدف در زندگی: برای پر کردن خلأهای وجودی. ۳- داشتن رسالت در زندگی: فرد معنوی نوعی احساس وظیفه و تعهد دارد. ۴- تقدس در زندگی: فرد معنوی می تواند تجربه هایی نظیر حیرت و اعجاب، تحسین و شکفتگی را حتی در موقعیت های غیر مذهبی نیز داشته باشد. ۵- اهمیت ندادن به ارزش های مادی: رضایت نهایی را در ارزش های معنوی و روحی می توان یافت. ۶- نوع دوستی: همه ی بخشی از آفرینش هستیم. ۷- ایده آلیسم: تصور جهانی بهتر و وسیعی برای برآورده ساختن این آرمان. ۸- آگاهی از تراژدی: درد و مصیبت قسمتی از زندگی هستند. ۹- اثرات معنویت: موجب تغییر همه ی جنبه های بودن و زیستن می شود (عبدالله زاده و همکاران، ۱۳۸۸).

-دیدگاه کلمن در رابطه با اعتیاد: از نظر کلمن علت اعتیاد به مواد مخدر می تواند هم عدم انطباق شخصی با محیط با شهر و هم تأثیرات فرهنگی و اجتماعی در آن دخالت داشته باشد. کلمن از ۳ عامل مختلف سخن می گوید:

۱- استفاده از مواد مخدر برای تسکین درد ۲- اعتیاد به دلیل اختلالات شخصیتی و ناهنجاری های روانی ۳- عوامل فرهنگ فرعی که به دست می آوریم گامی مثبت در این راه برداریم یا نه.

مسئله اعتیاد مهمترین معضل کنونی ماست که همه دستگاه ها و مسئولان کشور برای کاهش و ریشه کن کردن پدیده شوم اعتیاد باید بسیج شوند در حالی که متأسفانه حساسیت کافی در کشور وجود ندارد. در صورتی که برخورد با این مسئله به همین صورت ادامه یابد چشم انداز خطرناکی برای آینده کشور متصور است. به گفته دبیر کل مبارزه با مواد مخدر که در رسانه ها اعلام شده که ۱/۲ میلیون نفر در ایران اعتیاد دارند و ۸۰۰ هزار نفر هم مواد مخدر را بطور تفرنی استفاده می کنند بر اساس آمار غیر رسمی، سهم استان خراسان ۲۰۰ تا ۲۵۰ هزار نفر است.

-نظریه کنترل اجتماعی هیرشی: این الگو که با نام پیوند از آن یاد می شود، پیدایش کجروی را معلول ضعف همبستگی در گروهها و نهادهای اجتماعی و نیز تضعیف اعتقادات معنوی موجود در جامعه بر می شمرد. نتیجه ای که هیرشی از تحلیل خویش می گیرد آن است که جامعه یا گروهی که در میان اعضای آن وابستگی های متقابل و قوی داشته باشد، بیش از جامعه یا گروهی قادر به اعمال خود خواهد بود که اعضای آن بستگی محکمی با هم نداشته باشند. هیرشی معتقد است که چهار عنصر باعث پیوند فرد و جامعه می شوند. ۱) تعهد ۲) تعلق ۳) درگیری ۴) باورها (ممتاز، ۱۳۸۱: ۱۲). عنصر وابستگی، بیانگر میزان وابستگی فرد به اشخاص دیگر در خانواده، محیط و نهادهای اجتماعی است. به نظر هیرشی، کسانی که به دیگران علاقه و توجه دارند، رفاه و احساسات آنان را در نظر می گیرند و با احساس مسئولیت نسبت به این افراد و حفظ ارتباط با آنها عمل می کنند. ایشان بر همین اساس، یاد آوری می کند که افراد فاقد این وابستگی، نگران آن نخواهد بود که روابط اجتماعی آنان به خطر افتد. بنابراین بیشتر احتمال دارد که به کجروی و ایجاد آسیب های اجتماعی روی آورند.

- نظریه برآیند کلوارد واهلین: با مطرح کردن نظریه ی خرده فرهنگ گوشه گیر و انزوا طلب این مطلب را بیان نمود که؛ محصول عدم موفقیت و کامیابی فرزندان طبقه پایین در کسب موفقیت از راههای مشروع و نا مشروع است که آنان را شکست

خورده و ناکام می سازد و به خود سرزنشی، انزوا طلبی و گرایش به سوی مصرف مواد مخدر می کشاند. کلوارد واهلین اعتقاد دارند که برخی از نوجوانان طبقه پایین که قادر به کسب موفقیت از راههای مشروع و غیر مشروع نیستند به شکستی دچار شده اند که زائیده عدم دستیابی مشروع به اهداف و دیگری عدم موفقیت در ایجاد فرهنگ های جنایی و ستیزه جویانه است. این سنخ از افراد به طریق هایی برای مثال مصرف مواد مخدر روی می آورند (محسنی تبریزی، ۱۳۸۳: ۸۸).

پیشینه تجربی پژوهش

در سالهای اخیر جامعه شناسان و روان شناسان ایرانی و خارجی پژوهش های زیادی در باره سلامت معنوی، امید به زندگی و پیشگیری از اعتیاد داشته اند. اما در این پژوهش ها یا وضع سلامت معنوی در نمونه های ملی و کشوری و جهانی از جمعیت های متفاوتی تبیین شده است؛ و یا رابطه سلامت معنوی با متغیرهای دیگری مطالعه شده است. به این دلایل پژوهشی که به رابطه سلامت معنوی و امید به زندگی بر پیشگیری از اعتیاد بپردازد یافت نشد. در این میان پژوهش هایی وجود دارند که متغیر وابسته آنها به نوعی با متغیر امید به زندگی و پیشگیری از اعتیاد مرتبط است که به بررسی آنها می پردازیم.

عصار رودی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان سلامت معنوی و کیفیت زندگی به این نتیجه دست یافت: سطوح بالای سلامت مذهبی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی ارتباط مثبت و معنی دارد.

جدیدی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان "بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی" پرداخت. نتایج نشان داد بین بعد مذهبی، در سلامت معنوی و معنی داری با کیفیت زندگی سالمندان همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. رضایی و همکاران (۱۳۸۵) در پژوهشی با عنوان "بررسی تاثیر دعا و بهزیستی معنوی در بیماران مبتلا به سرطان" به این نتیجه دست یافت که، بین سلامت معنوی و مولفه سلامت وجودی ارتباط بالایی وجود داشت. سلامت وجودی بالا در بیماران، پیش بینی کننده قوی کیفیت زندگی آنان باشد.

سراج زاده و رحیمی (۱۳۹۲)، در پژوهشی با عنوان "رابطه دینداری با معناداری زندگی" به این نتیجه دست یافتند که بعد وجودی دین، بیشترین همبستگی را با معناداری زندگی دارد، این مساله می تواند بیانگر این باشد که بعد وجودی بیشتر حالات درونی و روانی انسان را درگیر می کند و به مسایلی ماند وجود خداوند می پردازند.

رحمتی (۱۳۷۷)، در پژوهشی به بررسی بین جمعیت نمونه ۱۰ استان کشور بر روی ۱۴۵۶ نفر معتاد به شکل تحلیل ثانویه انجام داد. آزمودنی ها علت شروع مصرف مواد مخدر را به ترتیب کنجکاو، کسب لذت، مشکلات خانوادگی، فشار دوستان، در دسترس بودن مواد مخدر، کمبود عاطفی، درمان دردهای جسمانی، عدم کنترل خانوادگی، بیکاری و شکست عشقی ذکر کرده اند.

برسناهان و مریل، (۱۹۹۹) براساس پژوهشی در زمینه معنویت و امیدواری، به این نتیجه دست یافتند که همبستگی زیادی بین معنویت، امید و رضایت از زندگی وجود دارد به این صورت که معنویت و امید رضایت از زندگی را پیش بینی می کنند. در پژوهشی که نصیری و جوکار (۱۳۸۷)، با عنوان "معنا داری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان" انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که: بین معناداری زندگی و امید با شادی و رضایت از زندگی رابطه معنادار مثبتی دیده می شود. همچنین بین مولفه ی امیدواری عاملی و امیدواری راهبردی با معناداری زندگی، هم همبستگی معنادار و مستقیم دارد که مطابق با انتظار و پیش بینی ها است.

ضیغمی محمدی و تجویدی (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان ارتباط سلامت معنوی با ناامیدی و مهارت اجتماعی نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور، ۱۰۰ نفر از نوجوانان مبتلا به تالاسمی را مورد پژوهش قرار داد. نتایج حاصل از پژوهش نشان می دهد که ارتباط آماری معنی داری بین سلامت معنوی با احساس ناامیدی و مهارت اجتماعی در نوجوانان مبتلا به تالاسمی وجود داشت.

بالجانی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان "بررسی ارتباط بین سلامت معنوی، مذهب و امید در بیماران مبتلا به سرطان" انجام داد. نتایج پژوهش نشان داد که بین سلامت وجودی و سلامت مذهبی (زیر گروه های سلامت معنوی) و همچنین بین مذهب درونی و اعمال مذهبی (از زیر گروه های مذهب) با امید ارتباط معناداری وجود داشت.

ماسکارو و روزن (۲۰۰۵) با انجام یک تحقیق روی دانشجویان دانشگاه نشان دادند که سلامت وجودی نقش بسیار مهمی در افزایش امیدواری دارد.

شیر خانی (۱۳۸۶) در پژوهشی تحت عنوان "علل و سوق دهنده زنان به سوی اعتیاد" نشان داد که بینتحصیلات و اعتیاد رابطه وجود ندارد. بین وضعیت اشتغال و اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد بین نابسامانی خانواده و اعتیاد زنان رابطه معنادار وجود دارد یعنی هر چه نابسامانی بیشتر باشد احتمال معتاد شدن نیز بیشتر خواهد شد. آروالو و همکاران پژوهش فوق را در سال ۲۰۰۸ انجام دادند و هدف خود را بررسی نقش معنویات، احساس وابستگی و واکنش های کنار آمدن در ارتباط با استرس و علائم ضربه میان زنانی که درمان سوء مصرف مواد دریافت می کنند عنوان کردند. داده های پژوهش حاضر از مصاحبه با ۳۹۳ زن در نقاط شهرنشین ماساچوست بدست آمده است. مصاحبه ها از آوریل ۲۰۰۳ تا سپتامبر ۲۰۰۶ انجام گرفته اند. یافته های اولیه نشان داد که استرس مشخصاً مرتبط با شدت اعتیاد به مواد بود و علائم ضربه روحی مرتبط با شدت اعتیاد به الکل بود. نتیجه گیری نهایی مشخص نموده درمان های پیشرفته ی سوء مصرف مواد که باعث افزایش معنویت، احساس تعلق و واکنش های تحمل کننده باشد، می تواند به زنان معتاد کمک کند بهتر فشارهای ناشی از درمان و پس از آن را تحمل کنند. مطالعات کولمن و همکاران (۱۳۸۰)، نشان داده که آمار طلاق والدین در بین افراد معتاد به مراتب بیشتر از سایر افراد است. همچنین ایشان اظهار داشته که مصرف مواد مخدر در خانواده هایی که تنها دارای یکی از والدین بوده اند به مراتب بیشتر بروز کرده در حالی که در خانواده هایی با روابط رضایت بخش و صمیمی، اعتیاد به مراتب مخدر با احتمال کمتری عادت می گردد.

یافته های چارمت (۱۳۹۰)، نشان می دهد که مناطق فقیرنشین و محلاتی که دارای عواملی چون ازدحام جمعیت و وضعیت نامطلوب محیط فیزیکی هستند زمینه را برای گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر مهیا می سازند.

تعاریف نظری

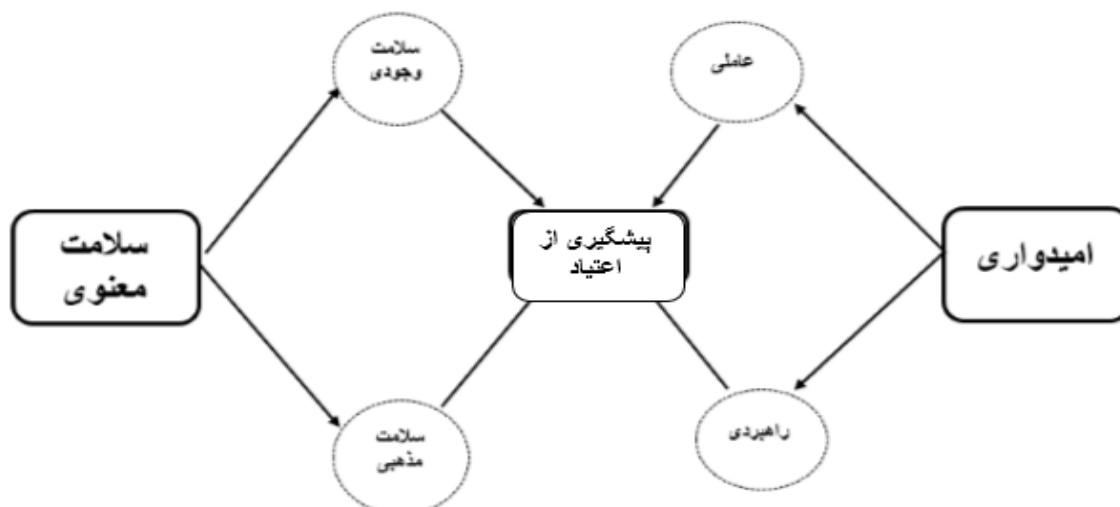
سلامت معنوی: ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می کند و با ویژگی های ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشان، خدا، جامعه و محیط مشخص می شود. سلامت معنوی، یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین می کند (کراوان، آرف، ۲۰۰۳). سلامت وجودی: در مورد اینکه چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار می شوند بحث می کند (رضایی و همکاران، ۱۳۸۷: ۳۹).

سلامت مذهبی: بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی خود، هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند متمرکز است (رضایی و همکاران، ۱۳۸۷: ۳۹).

امیدبه زندگی: امیدبه زندگی مجموعه ای شناختی که مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون (انرژی معطوف به هدف) و مسیرهای برنامه ریزی برای دستیابی به اهداف است (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱). مجموعه ای که مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون (انرژی معطوف به هدف) و مسیرها (برنامه ریزی برای دستیابی به اهداف) است (یعقوبی و همکاران، ۱۳۸۷).

پیشگیری از اعتیاد: اعتیاد یک بیماری روانی، اجتماعی و اقتصادی است که از مصرف غیرطبیعی و غیرمجاز برخی مواد مانند الکل، تریاک، حشیش... ناشی می شود و باعث وابستگی روانی یا فیزیولوژیک فرد مبتلا به این مواد می شود و در عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی وی تأثیرات نامطلوب بر جای می گذارد. این وابستگی از طرفی باعث تسکین و آرامش موقت و گاهی تحریک و نشاط گذرا برای فرد می گردد و از طرف دیگر بعد از اتمام این اثرات سبب جستجوی فرد برای یافتن مجدد ماده و وابستگی مداوم به آن می شود. در این حالت فرد هم از لحاظ جسمی و هم از لحاظ روانی به ماده مخدر وابستگی پیدا می کند و مجبور است به تدریج مقدار ماده مصرفی را افزایش دهد (زنجانی، ۱۳۸۶). پیشگیری از اعتیاد، یعنی بکارگیری اقداماتی که منجر به کاهش ابتلای افراد به اعتیاد می شود. پیشگیری شامل اقداماتی است که برای کاهش عواملی که افراد را در معرض خطر قرار می دهد و افزایش عواملی که افراد را از مصرف مواد حفظ می کند.

چارچوب نظری تحقیق



هدف کلی

-شناسایی رابطه بین سلامت معنوی و امید به زندگی با پیشگیری از اعتیاد در دانش آموزان مقطع متوسطه اول شهرستان آشنانه در سال تحصیلی ۹۵-۹۶

اهداف فرعی

-شناسایی رابطه سلامت معنوی با امیدواری در دانش آموزان مقطع متوسطه اول شهرستان آشنانه در سال تحصیلی ۹۶-۹۵

- شناسایی رابطه سلامت وجودی با پیشگیری از اعتیاد در دانش آموزان مقطع متوسطه اول شهرستان آشنانه در سال تحصیلی ۹۶-۹۵

-شناسایی رابطه سلامت مذهبی با پیشگیری از اعتیاد در دانش آموزان مقطع متوسطه اول شهرستان آشنانه در سال تحصیلی ۹۶-۹۵

-شناسایی رابطه امیدواری عملی با پیشگیری از اعتیاد در دانش آموزان مقطع متوسطه اول شهرستان آشنانه در سال تحصیلی ۹۶-۹۵

-شناسایی رابطه امیدواری راهبردی با پیشگیری از اعتیاد در دانش آموزان مقطع متوسطه اول شهرستان آشنانه در سال تحصیلی ۹۶-۹۵

فرضیه اصلی

بین بعد سلامت معنوی و میزان امیدبه زندگی با پیشگیری از اعتیاد در دانش آموزان مقطع متوسطه اول شهرستان آشنانه در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ رابطه وجود دارد.

فرضیه های فرعی

- بین بعد سلامت معنوی با امیدبه زندگی در دانش آموزان مقطع متوسطه اول شهرستان آشنانه در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ رابطه وجود دارد.

- بین بعد سلامت وجودی با پیشگیری از اعتیاد در دانش آموزان مقطع متوسطه اول شهرستان آشنانه در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ رابطه وجود دارد.

-بین بعد سلامت مذهبی با پیشگیری از اعتیاد در دانش آموزان مقطع متوسطه اول شهرستان آشنانه در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ وجود دارد.

بین بعد امیدواری عاملی با پیشگیری از اعتیاد در دانش آموزان مقطع متوسطه اول شهرستان آشنانه در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ وجود دارد.

بین بعد امیدواری راهبردی با پیشگیری از اعتیاد در دانش آموزان مقطع متوسطه اول شهرستان آشنانه در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ وجود دارد.

روش تحقیق

پژوهش حاضر، از نظر هدف کاربردی، از نظر ماهیت توصیفی-پیمایشی و از نظر روش همبستگی است. روش جمع آوری داده ها کتابخانه ای و پیمایشی است. جامعه آماری این تحقیق دانش آموزان دختر متوسطه اول شهرستان آشنانه به تعداد ۴۱۶ نفر در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۵ می باشند. که ۲۰۰ نفر آنها بر اساس جدول کوکران به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب گردید. ابزار گردآوری پرسشنامه می باشد. پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزین و الیسون (۱۹۹۸)، پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر (۲۰۰۱) و پرسشنامه محقق ساخته میزان تمایل به اعتیاد. پایایی پرسشنامه ها با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ برای سلامت معنوی ۰/۹۳ و برای پرسشنامه پیشگیری از اعتیاد ۰/۷۹ و برای پرسشنامه امید به زندگی ۰/۷۲ می باشد. در پژوهش مصرآبادی و همکاران (۱۳۹۲) روایی سازه و تشخیصی پرسشنامه سلامت معنوی، مورد بررسی قرار گرفت و مطلوب گزارش شد. تحقیقات زیادی از روایی پرسشنامه امید به زندگی به عنوان مقیاس اندازه گیری امیدواری حمایت می کنند (برایان و ونگروس، ۲۰۰۴). همسانی درونی کل آزمون ۷۴/۰ تا ۸۴/۰ است. پرسشنامه محقق ساخته میزان تمایل به اعتیاد جهت تایید روایی محتوا چندین تن از اساتید و کارشناسان حوزه پیشگیری از آسیب های اجتماعی ارایه گردید و پس از تایید نهایی آنها به مرحله اجرا رسید. داده ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۱۱٫۵ در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی تنظیم گردیده است. از آمار توصیفی جهت داده ها، تنظیم و ارائه ی آنها به صورت جدول بندی یا ترسیمی، محاسبه ی آماره ها و تعیین ارتباط بین اطلاعات و آمار استنباطی برای آزمون فرضیه های تحقیق از ضریب همبستگی و رگرسیون استفاده شده است.

یافته های تحقیق

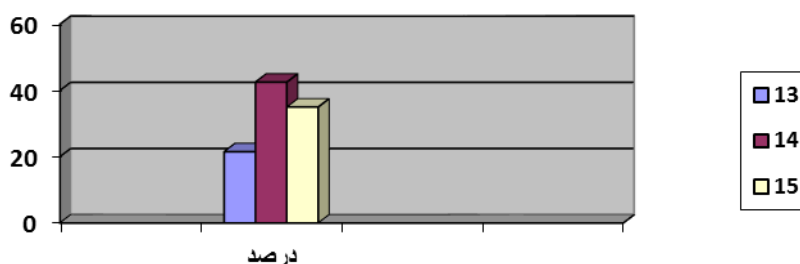
ویژگی های جمعیت و نمونه

توزیع سن افراد شرکت کننده در پژوهش در (جدول ۱) ارائه شده است، از نظر توزیع سنی بیشترین نمونه مورد مطالعه متعلق به گروه سنی ۱۴ است که ۴۲٫۵ درصد از نمونه را به خود اختصاص داده است.

جدول ۱: توزیع سن دانش آموزان شرکت کننده

سن	فراوانی	درصد	فراوانی تجمعی
۱۳	۴۳	۲۱٫۵	۲۱٫۵
۱۴	۸۴	۴۲٫۵	۶۴
۱۵	۷۰	۳۵	۹۸
بدون پاسخ	۳	۲	۱۰۰
کل	۲۰۰	۱۰۰٫۰	

با توجه به جدول فوق ملاحظه می شود که ۲۱٫۵٪ پاسخ دهندگان بین ۱۳ سال و ۴۲٫۵٪ پاسخ دهندگان بین ۱۴ سال و ۳۵٪ پاسخ دهندگان بین ۱۵ سال و در ضمن ۲٪ سن خود را مشخص ننموده اند.

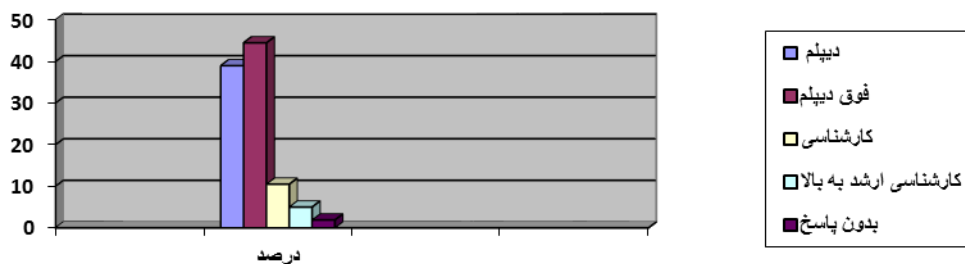


آمار توصیفی مربوط به میزان تحصیلات والدین دانش آموزان

جدول ۲: توزیع تحصیلات کارکنان شرکت کننده

میزان تحصیلات	فراوانی	درصد	فراوانی تجمعی
دیپلم	۷۸	۳۹	۳۹
فوق دیپلم	۸۹	۴۴٫۵	۸۳٫۵
کارشناسی	۲۱	۱۰٫۵	۹۳٫۵
کارشناسی ارشد به بالا	۱۰	۵	۹۸٫۵
بدون پاسخ	۲	۱٫۹	۱۰۰
کل	۲۰۰	۱۰۰٫۰	

با توجه به جدول حاضر از ۲۰۰ نفر گروه نمونه ۷۸ نفر (۳۹٪) دارای مدرک دیپلم و ۸۹ نفر (۴۴٫۵٪) دارای مدرک فوق دیپلم، ۲۱ نفر (۱۰٫۵٪) دارای مدرک کارشناسی، ۱۰ نفر (۵٪) دارای مدرک کارشناسی ارشد به بالا هستند. در ضمن ۲ نفر مدرک تحصیلی والدین خود را مشخص ننموده اند.



نرمال بودن داده ها

در انجام روش های آماری، نرمال بودن داده ها و به خصوص متغیر وابسته از اهمیت خاصی برخوردار است. پس لازم است که با آزمون های آماری مناسب نسبت به این امر اقدام نموده و از این بابت مطمئن شد. جهت بررسی این موضوع از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (K-S) استفاده می شود تا از نرمال بودن داده ها اطمینان حاصل گردد. هنگام بررسی نرمال بودن داده ها، ما فرض صفر مبتنی بر اینکه توزیع داده ها نرمال است را در سطح خطای ۵٪ تست می کنیم. بنابراین اگر آماره آزمون بزرگتر مساوی ۰٫۰۵ بدست آید، در این صورت دلیلی برای رد فرض صفر مبتنی بر اینکه داده نرمال است، وجود نخواهد داشت. به عبارت دیگر توزیع داده ها نرمال خواهد بود. برای آزمون نرمالیتت فرض های آماری به صورت زیر تنظیم می شود:

H0 : توزیع داده های مربوط به هریک از متغیرها نرمال است.
H1 : توزیع داده های مربوط به هریک از متغیرها نرمال نیست.

جدول شماره ۳: نتیجه آزمون K-S (کلموگروف-اسمیرنف)

متغیر شاخص	پیشگیری از اعتیاد	امیدبه زندگی	سلامت معنوی
سطح معنی داری	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰
K-S	۲,۱۹	۳,۸۶	۲,۵۷

همان طور که جدول (۳-۴) نشان می دهد سطح معنی داری آزمون K-S برای داده های هر سه پرسشنامه بالای ۰,۰۵ بوده که آماره های فوق نشان از نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش می باشد. نتایج آزمون K-S بیانگر این موضوع است که پژوهشگر برای بررسی فرضیات و تحلیل قادر به استفاده از آماره های استنباطی می باشد. لذا جهت آزمون فرضیات از آزمون های آماری همبستگی و رگرسیون گام به گام که از نوع آزمون های پارامتریک هستند، استفاده شده است.

آزمون فرضیات پژوهش

فرضیه اول: بین سلامت معنوی با امیدبه زندگی در دانش آموزان دختر متوسطه اول شهرستان آشنخانه در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ رابطه وجود دارد

در جدول (۴) ضرایب همبستگی پیرسونی مربوط به رابطه سلامت معنوی با امیدبه زندگی آن آمده است.

جدول ۴: ضریب همبستگی پیرسون بین سلامت معنوی با امیدبه زندگی

همبستگی		
امیدبه زندگی	سلامت معنوی	
۱,۰۰	۰,۴۹۳	امیدبه زندگی
	۰,۰۰	
۰,۴۹۳	۱,۰۰	سلامت معنوی
	۰,۰۰	
همه همبستگی ها در سطح ۰,۰۱ معنادار است (یک طرفه)		

نتایج آزمون نشان داد بین بعد امیدبه زندگی و سلامت معنوی در سطح اطمینان ۰,۹۹ همبستگی معناداری وجود دارد؛ بنابراین فرضیه اول تایید می شود. همان طوری که جدول ۴ نشان می دهد، رابطه بین بعد امیدواری و سلامت معنوی ($r=0,493$) می باشد یعنی هرچه سطح سلامت معنوی بیشتر باشد سطح امیدواری بیشتر خواهد شد. برای تعیین تاثیر سلامت معنوی بر امیدواری وارد معادله رگرسیون شدند (جدول ۵).

جدول ۵: تحلیل رگرسیونی برای پیش بینی امیدواری از طریق متغیرهای هم پیش بین

مدل	مجموع مربعات	میانگین مربعات	فیشر (F)	R	R ² (ضریب تعیین)	معناداری
رگرسیون	۳۷۹,۶۸	۳۷۹,۶۸	۳۳,۰۲	۰,۴۹۳	۰,۲۴۳	۰,۰۰۰
باقیمانده	۱۱۸۴,۴۵	۱۱,۵۰	-	-	-	-
مجموع	۱۵۶۴,۱۳	-	-	-	-	-

تحلیل رگرسیونی جدول (۵) نشان می دهد که رگرسیون نمرات متغیرهای پیش بین سلامت معنوی به طرف متغیر (امیدبه زندگی) از نظر آماری معنی دار است. مقدار ضریب تعیین ($R^2 = 0,24$) نیز نشان می دهد که متغیرهای پیش بین به طور ترکیبی قادرند ۲۴ درصد تغییرات مربوط به امیدبه زندگی را پیش بینی کنند.

جدول ۶: ضرایب استاندارد و غیر استاندارد برای پیش بینی نقش سلامت معنوی بر امیدواری

متغیر پیش بینی کننده	B (بتا) ضریب تاثیر مستقل	B	T	میزان معنی داری
ثابت		۹,۹۳	۸,۳۸۱	۰,۰۰۰
امیدبه زندگی	۰,۴۹۳	۰,۱۷۹	۵,۷۴۶	۰,۰۰۰

با توجه به ضرایب بتای مندرج در جدول (۶) معلوم می شود که رابطه مثبت و معناداری با سلامت معنوی دارند؛ بنابراین فرضیه اول نیز مورد تایید قرار می گیرد. متغیر سلامت معنوی به میزان ۲۴ درصد و متغیر امیدواری به میزان ۴۹ درصد در این رابطه تاثیر داشته و بنابراین بر اساس تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش مدل مفهومی پژوهش تایید می شود. فرضیه دوم: بین بعد سلامت وجودی با پیشگیری از اعتیاد در دانش آموزان دختر متوسطه اول شهرستان آشنانه در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ وجود دارد.

جدول ۷: ضریب همبستگی پیرسون بین سلامت وجودی با پیشگیری از اعتیاد

همبستگی		
پیشگیری از اعتیاد	سلامت وجودی	از
۰,۴۳۷	۱,۰۰	سلامت وجودی
۰,۰۰		
۱,۰۰	۰,۴۳۷	پیشگیری از اعتیاد
	۰,۰۰	
همه همبستگی ها در سطح ۰,۰۱ معنادار است (یک طرفه)		

نتایج آزمون نشان داد بین سلامت وجودی و پیشگیری از اعتیاد در سطح اطمینان ۰,۹۹ همبستگی معناداری وجود دارد؛ بنابراین فرضیه دوم تایید می شود. همان طوری که جدول (۷) نشان می دهد، رابطه بین سلامت وجودی و پیشگیری از اعتیاد ($r=0,437$) می باشد و رابطه مثبت است یعنی هرچه سطح سلامت وجودی بیشتر باشد سطح پیشگیری از اعتیاد بیشتر خواهد شد.

برای تعیین تاثیر سلامت وجودی بر پیشگیری از اعتیاد وارد معادله رگرسیون شدند (جدول ۴-۹).

جدول ۸: تحلیل رگرسیونی برای پیش بینی پیشگیری از اعتیاد از طریق متغیرهای هم پیش بین

مدل	مجموع مربعات	میانگین مربعات	فیشر (F)	R	R^2 (ضریب تعیین)	معناداری
رگرسیون	۴۵۲,۰۵۹	۴۵۲,۰۵۹	۲۴,۳۳	۰,۴۳۷	۰,۱۹۱	۰,۰۰۰
باقیمانده	۱۹۱۳,۵۰۳	۱۸,۵۷۸	-	-	-	-
مجموع	۲۳۶۵,۵۶۲	-	-	-	-	-

تحلیل رگرسیونی جدول (۸) نشان می دهد که رگرسیون نمرات متغیرهای پیش بین سلامت وجودی به طرف متغیر (پیشگیری از اعتیاد) از نظر آماری معنی دار است. مقدار ضریب تعیین ($R^2=0,191$) نیز نشان می دهد که متغیرهای پیش بین به طور ترکیبی قادرند ۱۹ درصد تغییرات مربوط به پیشگیری از اعتیاد را پیش بینی کنند.

جدول ۹: ضرایب استاندارد و غیر استاندارد برای پیش بینی سلامت وجودی با پیشگیری از اعتیاد

متغیر پیش بینی کننده	B (بتا) ضریب تاثیر مستقل	B	T	میزان معنی داری
ثابت		۸,۴۴۸	۵,۶۱۰	۰,۰۰۰
پیشگیری از اعتیاد	۰,۴۳۷	۰,۱۹۵	۴,۹۳۳	۰,۰۰۰

با توجه به ضرایب بتای مندرج در جدول (۹) معلوم می شود با ضرایب بتای ۰,۴۳۷ رابطه مثبت و معناداری با بعد سلامت وجودی دارند؛ بنابراین فرضیه دوم نیز مورد تایید قرار می گیرد. متغیر پیشگیری از اعتیاد به میزان ۴۳ درصد و متغیر سلامت وجودی به میزان ۱۹ درصد در این رابطه تاثیر داشته و بنابراین بر اساس تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش مدل مفهومی پژوهش تایید می شود.

فرضیه سوم: بین بعد سلامت مذهبی با پیشگیری از اعتیاد در دانش آموزان دختر متوسطه اول شهرستان آشنانه در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ وجود دارد.

جدول ۱۰: ضریب همبستگی پیرسون بین سلامت مذهبی با پیشگیری از اعتیاد

همبستگی		
پیشگیری از اعتیاد	سلامت مذهبی	
۰,۴۶۷	۱,۰۰	سلامت مذهبی
۰,۰۰		
۱,۰۰	۰,۴۶۷	پیشگیری از اعتیاد
	۰,۰۰	
همه همبستگی ها در سطح ۰,۰۱ معنادار است (یک طرفه)		

نتایج آزمون نشان داد بین بعد سلامت مذهبی و پیشگیری از اعتیاد در سطح اطمینان ۰,۹۹ همبستگی معناداری وجود دارد؛ بنابراین فرضیه سوم تایید می شود. همان طوری که جدول (۱۰) نشان می دهد، رابطه بین سلامت مذهبی و پیشگیری از اعتیاد ($r=0,467$) می باشد و رابطه مثبت است یعنی هرچه سطح بعد سلامت مذهبی بیشتر باشد سطح پیشگیری از اعتیاد بیشتر خواهد شد. برای تعیین تاثیر سلامت مذهبی بر متغیر پیشگیری از اعتیاد وارد معادله رگرسیون چند گانه شدند (جدول ۱۱).

جدول ۱۱: تحلیل رگرسیونی برای پیش بینی پیشگیری از اعتیاد از طریق متغیرهای هم پیش بین

تغییرات	مجموع مربعات	میانگین مربعات	فیشر (F)	R	R^2 (ضریب تعیین)	معناداری
رگرسیون	۵۱۲,۹۴	۵۱۲,۹۴	۲۸,۶۹	۰,۴۶۷	۰,۲۱۸	۰,۰۰۰
باقیمانده	۱۸۴۱,۰۱	۱۷,۸۷	-	-	-	-
مجموع	۲۳۵۳,۹۶	-	-	-	-	-

تحلیل رگرسیونی جدول (۱۱) نشان می دهد که رگرسیون نمرات متغیر پیش بین و سلامت مذهبی به طرف متغیر (پیشگیری از اعتیاد) از نظر آماری معنی دار است. مقدار ضریب تعیین ($R^2=0,218$) نیز نشان می دهد که متغیرهای پیش بین به طور ترکیبی قادرند ۲۱ درصد تغییرات مربوط به پیشگیری از اعتیاد را پیش بینی کنند.

جدول ۱۲: ضرایب استاندارد و غیر استاندارد برای پیش بینی نقش سلامت مذهبی با پیشگیری از اعتیاد

متغیر پیش بینی کننده	B (بتا) ضریب تاثیر مستقل	B	T	میزان معنی داری
ثابت		۸,۱۸۳	۵,۵۴۰	۰,۰۰۰
پیشگیری از اعتیاد	۰,۴۶۷	۰,۲۰۸	۵,۳۵۷	۰,۰۰۰

با توجه به ضرایب بتای مندرج در جدول (۱۲) معلوم می شود که سلامت مذهبی با ضریب بتای ۰,۴۶۷ رابطه مثبت و معناداری با بعد سلامت مذهبی دارند؛ بنابراین فرضیه سوم نیز مورد تایید قرار می گیرد. متغیر پیشگیری از اعتیاد به میزان ۴۶ درصد و متغیر سلامت مذهبی به میزان ۲۱ درصد در این رابطه تاثیر داشته و بنابراین بر اساس تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش مدل مفهومی پژوهش تایید می شود.

فرضیه چهارم: بین بعد امیدواری عاملی با پیشگیری از اعتیاد در دانش آموزان دختر متوسطه اول شهرستان آشنانه در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ وجود دارد.

جدول ۱۳: ضریب همبستگی پیرسون بین بعد امیدواری عاملی با پیشگیری از اعتیاد
نتایج آزمون نشان داد بین امیدواری عاملی و پیشگیری از اعتیاد در سطح اطمینان ۰,۹۹ همبستگی معناداری وجود دارد؛ بنابراین فرضیه چهارم تایید می شود. همان طوری که جدول (۱۳) نشان می دهد، رابطه بین امیدواری عاملی و پیشگیری از اعتیاد $(r=0,383)$ می باشد و رابطه مثبت است یعنی هرچه امیدواری عاملی بیشتر باشد سطح پیشگیری از اعتیاد بیشتر خواهد شد.

برای تعیین تاثیر امیدواری عاملی بر پیشگیری از اعتیاد وارد معادله رگرسیون شدند (جدول ۴-۱۵).

جدول ۱۴: تحلیل رگرسیونی برای پیش بینی پیشگیری از اعتیاد از طریق متغیرهای هم پیش بین

تغییرات	مجموع مربعات	میانگین مربعات	فیشر (F)	R	R ² (ضریب تعیین)	معناداری
رگرسیون	۴۲۴,۱۳	۴۲۴,۱۳	۱۷,۷۲۹	۰,۳۸۳	۰,۱۴۷	۰,۰۰۰
باقیمانده	۲۴۶۴,۰۰	۲۳,۹۲	-	-	-	-
مجموع	۲۸۸۸,۱۳	-	-	-	-	-

تحلیل رگرسیونی جدول (۱۴) نشان می دهد که رگرسیون نمرات متغیرهای پیش بین بعد امیدواری عاملی به طرف متغیر (پیشگیری از اعتیاد) از نظر آماری معنی دار است. مقدار ضریب تعیین $(R^2=0,147)$ نیز نشان می دهد که متغیرهای پیش بین به طور ترکیبی قادرند ۱۴ درصد تغییرات مربوط به پیشگیری از اعتیاد را پیش بینی کنند.

جدول ۱۵: ضرایب استاندارد و غیر استاندارد برای پیش بینی امیدواری عاملی با پیشگیری از اعتیاد

متغیر پیش بینی کننده	B (بتا) ضریب تاثیر مستقل	B	T	میزان معنی داری
ثابت		۹,۶۲۴	۵,۶۳۲	۰,۰۰۰
پیشگیری از اعتیاد	۰,۳۸۳	۰,۱۸۶	۴,۲۱۱	۰,۰۰۰

با توجه به ضرایب بتای مندرج در جدول (۱۵) معلوم می شود که پیشگیری از اعتیاد با ضریب بتای ۰,۳۸۳ رابطه مثبت و معناداری با بعد امیدواری عاملی دارند؛ بنابراین فرضیه چهارم نیز مورد تایید قرار می گیرد. متغیر پیشگیری از اعتیاد به میزان ۳۸ درصد و متغیر امیدواری عاملی به میزان ۱۴ درصد در این رابطه تاثیر داشته و بنابراین بر اساس تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش مدل مفهومی پژوهش تایید می شود.

فرضیه پنجم: بین بعد امیدواری راهبردی با پیشگیری از اعتیاد در دانش آموزان دختر متوسطه اول شهرستان آشنانه در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ وجود دارد.

جدول ۱۶: ضریب همبستگی پیرسون بین امیدواری راهبردی با پیشگیری از اعتیاد

همبستگی		
پیشگیری از اعتیاد	امیدواری راهبردی	
۰,۵۶۷	۱,۰۰	امیدواری
۰,۰۰		راهبردی
۱,۰۰	۰,۵۶۷	از پیشگیری
	۰,۰۰	اعتیاد
همه همبستگی ها در سطح ۰,۰۱ معنادار است (یک طرفه)		

نتایج آزمون نشان داد بین امیدواری راهبردی و پیشگیری از اعتیاد در سطح اطمینان ۰,۹۹ همبستگی معناداری وجود دارد؛ بنابراین فرضیه پنجم تایید می شود. همان طوری که جدول (۱۶) نشان می دهد، رابطه بین امیدواری راهبردی و پیشگیری از اعتیاد ($r=0,567$) می باشد و رابطه مثبت است یعنی هرچه سطح امیدواری راهبردی بیشتر باشد سطح پیشگیری از اعتیاد بیشتر خواهد شد.

برای تعیین تاثیر امیدواری راهبردی بر پیشگیری از اعتیاد وارد معادله رگرسیون شدند (جدول ۴-۱۸).

جدول ۱۷: تحلیل رگرسیونی برای پیش بینی پیشگیری از اعتیاد از طریق متغیرهای هم پیش بین

تغییرات	مجموع مربعات	میانگین مربعات	فیشر (F)	R	R ² (ضریب تعیین)	معناداری
رگرسیون	۱۲۶۸,۴۰۷	۱۲۶۸,۴۰۷	۴۸,۷۲۷	۰,۵۶۷	۰,۳۲۱	۰,۰۰۰
باقیمانده	۲۶۸۱,۱۵۵	۲۶,۰۳۱	-	-	-	-
مجموع	۳۹۴۹,۵۶۲					

تحلیل رگرسیونی جدول (۱۷) نشان می دهد که رگرسیون نمرات متغیرهای پیش بین بعد امیدواری راهبردی به طرف متغیر (پیشگیری از اعتیاد) از نظر آماری معنی دار است. مقدار ضریب تعیین ($R^2=0,321$) نیز نشان می دهد که متغیرهای پیش بین به طور ترکیبی قادرند ۳۲ درصد تغییرات مربوط به پیشگیری از اعتیاد را پیش بینی کنند.

جدول ۱۸: ضرایب استاندارد و غیر استاندارد برای پیش بینی امیدواری راهبردی با پیشگیری از اعتیاد

متغیر پیش بینی کننده	B (بتا) ضریب تاثیر مستقل	B	T	میزان معنی داری
ثابت		۱۴,۳۰۰	۸,۰۲	۰,۰۰۰
پیشگیری از اعتیاد	۰,۵۶۷	۰,۳۲۷	۶,۹۸	۰,۰۰۰

با توجه به ضرایب بتای مندرج در جدول (۱۸) معلوم می شود پیشگیری از اعتیاد با ضریب بتای ۰,۵۶۷ رابطه مثبت و معناداری با بعد امیدواری راهبردی دارند؛ بنابراین فرضیه پنجم نیز مورد تایید قرار می گیرد. متغیر پیشگیری از اعتیاد به میزان ۵۶ درصد و متغیر امیدواری راهبردی به میزان ۳۲ درصد در این رابطه تاثیر داشته و بنابراین بر اساس تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش مدل مفهومی پژوهش تایید می شود.

فرضیه اصلی:

بین بعد سلامت معنوی و میزان امیدبه زندگی با پیشگیری از اعتیاد در بین دانش آموزان دختر متوسطه اول شهرستان آشنخانه در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ رابطه وجود دارد.

جدول ۱۹: با توجه به تجزیه و تحلیل انجام شده به جدول ۲۰ توجه نمایید .

متغیر اول	متغیر دوم	زیر مولفه ها	R	R2	میزان تاثیر
پیشگیری از اعتیاد	سلامت معنوی	سلامت وجودی	۰,۴۹۳	۰,۲۴۳	۲۴ درصد
		سلامت مذهبی	۰,۴۳۷	۰,۱۹۱	۱۹ درصد
امیدبه زندگی	امیدبه زندگی	امیدواری عاملی	۰,۵۶۷	۰,۳۲۱	۳۲ درصد
		امیدواری راهبردی	۰,۵۷۸	۰,۳۳۴	۳۳ درصد

با توجه به جدول (۱۹) متوجه تاثیر بالای امیدواری عاملی و امیدواری راهبردی بر پیشگیری از اعتیاد هستیم .این نتیجه فرضیه اصلی پژوهش را تایید می کند، که رابطه مثبت و معناداری بین سلامت معنوی و امید به زندگی بر پیشگیری از اعتیاد وجود دارد. یعنی هر چقدر سلامت معنوی و امید به زندگی در دختران متوسطه اول بالاتر باشد میزان تمایل آنان به اعتیاد پایین تر خواهد بود.

با توجه به جدول (۱۹) که رابطه ضریب همبستگی بین متغیرها را نشان می دهد در سطح اطمینان ۹۹ درصد هرچه میزان مولفه سلامت معنوی و امیدواری دانش آموزان بالاتر رود به همان نسبت میزان پیشگیری از اعتیاد در دانش آموزان نیز کاهش خواهد یافت .

بحث و نتیجه گیری

امروزه بسیاری از متخصصین و صاحب نظران به اهمیت معنویت و دین در امیدبه زندگی و پیشگیری از آسیب های اجتماعی مانند اعتیاد ، نوجوانان اذعان دارند و شواهد بسیاری در میان پژوهش های معتبر در تایید این مدعا به دست آمده است . اگر چه پژوهش در این مقوله هنوز در آغاز راه است و ارزیابی های دقیق تر ، مستلزم گذر از پیچیدگی ها و دشواری های بسیاری است . این پیچیدگی ها هر سه حیطه معنویت / دین ، امیدبه زندگی ، پیشگیری از اعتیاد و ارتباط آنها را در برمی گیرد. به بیان دیگر به نظر می رسد دشواری پژوهش در این حوزه به دلیل این است که از یک سو هر یک از مفهوم های معنویت و دین و تعریف ها و تمایز یا یکسانی در میان صاحب نظران کم و بیش محل اختلاف بوده و هست و البته از این دو مهم تر ، پیچیدگی ارتباط این دو مقوله است چرا که با توجه به این دو مفاهیم چند بعدی ارایه هر الگوی ارتباطی از این دو مستلزم آن است که در آغاز تعریف مدونی از معنویت / دین و سلامت معنوی را متصور شویم. که بر سر تعریف جامعی از آن اختلافاتی وجود دارد. تاملی در سرگذشت تاریخی دین و معنویت و پرسش های مطرح در این حوزه شاید درک این دشواری را آسان تر کند. سوال هایی از این دست که ، آیا چنان که برخی تصور می کنند دین در عصر ما بر اثر سیطره علم و عقلانیت در سراسیمه افول قرار گرفته است؟ و آیا علاقمندی مردم به معنویت جدید حاصل جدایی دین از معنویت است؟ و آیا معنویت جدید فی نفسه جدید است یا ریشه در سنت های دینی تاریخی دارد؟ و سوال هایی از این قبیل...

سلامت معنوی یکی از ابعاد سلامت است که ضرورت دارد در قشر جوان و آسیب پذیر دانش آموزان دختر، مورد توجه قرار گیرد. بدیهی است چنین پژوهش هایی در حوزه معنویت و دین در بافتی چون جامعه ما که جامعه ای دینی است با توجه به برداشتی که ارکان یک جامعه دینی می توانند از دین در اذهان افراد آن جامعه ایجاد کنند، پیچیدگی های دیگری نیز به خود خواهد گرفت، برداشتی که می تواند از یک دین معنوی ناشی از ذوق و جهد درونی نسبت به خدا تا یک جغرافیایی ناشی از ترس و وابستگی امتداد یابد. بررسی رابطه بین سلامت معنوی و امید به زندگی بر پیشگیری از اعتیاد دختران متوسطه اول نشان داد ، سلامت معنوی و امید به زندگی به عنوان دو متغیر موثر و تاثیر گذار بر پیشگیری از اعتیاد می باشد. یافته های

تحقیق نشان داد که دختران متوسطه اول با توجه به شرایط سنی خود پابندی زیادی به آموزه های دینی پابندی و التزام دارند.

با توجه به تایید فرضیه اصلی می توان بیان داشت نتایج این فرضیه در پژوهش های پیشین نیز تایید شده است: نصیری و جوکار، ۱۳۸۷، ضیغمی محمدی و تجویدی، ۱۳۸۹. فرضیه فرعی اول با ضریب اطمینان ۰/۹۹. تایید شد و هر چه سطح سلامت معنوی بالاتر باشد، امید به زندگی به همان میزان بالاتر می رود که این نتیجه با پژوهش های فرینگ و همکاران ۱۹۹۷، برسناهان و مریل، ۱۹۹۹ هم خوانی دارد. فرضیه فرعی دوم با اطمینان ۰/۹۹ درصد اطمینان تایید قرار گرفته است نتایج این فرضیه با پژوهش های زیر هم خوانی دارد: رضایی و همکاران ۱۳۸۵، سراج زاده و رحیمی ۱۳۹۲. در فرضیه سوم، بعد سلامت مذهبی با پیشگیری از اعتیاد سنجیده شدو نتایج آزمون نشان داد بین بعد سلامت مذهبی و پیشگیری از اعتیاد در سطح اطمینان ۰/۹۹ همبستگی معناداری وجود دارد پژوهشگرانی مانند جدیدی و همکاران (۱۳۹۰) و عصار رودی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش ها خود به همین نتیجه دست یافتند. تجزیه و تحلیل آماری ضمن تایید فرضیه چهارم، به این نتیجه رسید که هرچه امیدواری عاملی بیشتر باشد سطح پیشگیری از اعتیاد بیشتر خواهد شد همانطور که اسنایدر و فلدمن (۲۰۰۵)، در مطالعات خود به این نتیجه دست یافتند: از آن جا که عناصر دوگانه سازنده امید، یعنی امیدواری عاملی و امیدواری راهبردی، بیانگر فرآیند افکار هدفمدار می باشند و تفکرات هدف مدار هم از لحاظ نظری نقطه مرکزی و ثقل معنا در زندگی هستند، پس می توان بیان نمود که تفکر امیدواری عاملی پیامد اصلی امید در زندگی میباشد. فرضیه فرعی پنجم در حالی مورد تایید قرار گرفت که با نتیجه ی پژوهش بیگی و همکاران (۱۳۹۰)، منطبق می باشد. با توجه به یافته های این فرضیات، می توان نتیجه گرفت که یکی از مهم ترین دلایلی که دانش آموزان دختر حس امید به زندگی و پیشگیری از اعتیاد در ارتباط با خداوند ندارند مربوط به عدم شناخت کافی از خود و خداوند است. با توجه به پاسخ هایی که دانش آموزان در پرسشنامه سلامت معنوی داده اند، می توان نتیجه گرفت که دانش آموزان در بعد شناخت (شناخت خود و خداوند) نیاز به تقویت بیشتری داشته و بهتر است در این رابطه مسولین آموزش و پرورش با برنامه ریزی دقیق در این بعد تلاش کنند. چرا که برخورداری از شناخت و معرفت ویژه نسبت به خدا، انسان و جهان هستی، رابطه انسان را با پروردگار عالم قوی و پایدار می کند و از این ارتباط هر لحظه احساس رضایت و شادمانی می کند. در همین جا می توان این نکته را بیان کرد که عدم شناخت و عدم مطالعه کافی در رابطه با انسان و خداوند می تواند دلیل این موضوع باشد که امید و اعتیاد ممکن است در میان دانش آموزان کم رنگ گردد. لذا ایجاد و ترویج فرهنگ اسلامی در بین دانش آموزان در تحقق و افزایش امیدواری موثر خواهد بود. لذا هر قدر مدارس برای سلامت معنوی سرمایه گذاری کند، منجر به امیدواری و پیشگیری از اعتیاد در آنان می گردد و در نتیجه پیشرفت تحصیلی مضاعفی خواهد داشت و به امیدواری و معناداری پایدارتری در زندگی خود دست پیدا می کنند.

پیشنهادات

اغلب نظر سنجی ها نشان می دهد شکاف عمیق میان سلامت معنوی و فقدان امید به زندگی عامل مهمی در بروز اعتیاد می باشد که این عوامل باعث شکاف عمیق میان نوجوانان و خانواده ها شده است. لذا محقق با توجه به مطالبی که گذشت پیشنهادات زیر را در جهت داشتن جامعه ای پویا و به دور از آسیب ارایه مینماید:

- تلاش در جهت تغییر نگرش افراد جامعه نسبت به اعتیاد دختران که آن را یک سوء رفتار اخلاقی تلقی نکنند، بلکه اعتیاد دختران نیز در جامعه به عنوان یک بیماری نگریسته شود تا با درمان این مشکل اجتماع از پیامدها و عوارض ناگوار، مهلک و جبران ناپذیر آن در امان باشند.

- لزوم توجه به تفاوت های جنسیتی در برنامه های پیشگیرانه، همانطور که اشاره شد به دلیل تفاوت های جنسیتی دختران و پسران، بایستی برنامه های پیشگیرانه در ابعاد مختلف برای دو جنس با توجه به ویژگیهای آنها طراحی و اجرا شود.

- توجه ویژه به سلامت معنوی در گروه های نوجوان خود عامل مهمی در پیشگیری آنها از آسیب های اجتماعی می گردد.

- کارگاه های آموزشی برای آگاهسازی خانواده ها در مورد خطرات و عوارض مواد مخدر، افزایش مهارت های زندگی مانند مهارت تصمیم گیری، حل مسئله، ارتباطات اجتماعی در مدارس به صورت رایگان برگزار گردد.

- تدابیری جهت بهبود شرایط دختران بعد از دوران ترک اعتیاد لحاظ گردد.
- گنجاندن برنامه هایی در مدارس با رویکرد بالا بردن امید به زندگی و تقویت دین و معنویت

منابع

احمدی خراسانی، نوشین (۱۳۷۷). جنس دوم، مجموعه مقالات، مقاله زن و مواد مخدر در ایران. بالجانی، اسفندیار؛ خشابی، جواد؛ امانپور، الهام؛ عظیمی، ندا (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین سلامت معنوی، مذهب و امید در بیماران به سرطان، مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات). دوره ۱۷، شماره ۳، ص ۳۷-۲۷.

بهادری نژاد، م، ۱۳۵۷. شادی و زندگی، تهران: واحدی جلیلیان، فرشته، (۱۳۹۰)، (روشهای پیشگیری از اعتیاد در محیطهای کاری (صنعتی-کارگری و اداری)، مجموعه مقالات برگزیده همایش پیشگیری اولیه از اعتیاد (با نگاه ویژه به استان کرمانشاه)، ناشر علوم پلیسی، کرمانشاه چهارم. تهران: چاپ غزال. حسنی، فاطمه؛ کمالی، محمد؛ اکبر فهیمی، ملامت؛ دواتگران، کیوان (۱۳۹۰). عوامل مرتبط با کیفیت زندگی سالمندان ساکن آسایشگاه های سالمندان شهر تهران.

محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۸۳). "افسردگی و اعتیاد: کاربرد مقیاس ۹۰ در سنجش میزان افسردگی SCL نادعلی - شناخت و درمان اعتیاد- نشر ادب- سال ۱۳۸۲ رحمتی، محمد مهدی (۱۳۷۳). عوامل موثر در شروع مصرف مواد مخدر با اشاره به وضعیت معتادان، پایان نامه کارشناسی ارشد.

رضایی، محبوبه؛ سید فاطمی، نعیمه؛ حسینی، فاطمه؛ (۱۳۸۷). سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)، دوره ۱۴، شماره ۳ و ۴، ص ۳۹. زنجانی، تهمنه (۱۳۸۶). "اعتیاد در نوجوانان" پایگاه اینترنتی انجمن درمانگران ایران. ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۷). تهران: نشر دبیر خانه ستاد مبارزه با مواد مخدر. سراج زاده، حسین، رحیمی، فرشید (۱۳۹۲). رابطه دینداری با معناداری زندگی در یک جامعه دانشجویی، راهبرد فرهنگ/شماره ۲۴/ زمستان ۹۲.

شیرخانی، فاطمه (۱۳۸۶). "علل و عوامل سوق دهنده زنان به سوی اعتیاد"، پایان نامه کارشناسی ارشد. فرچاد- دکتر محمدحسین- آسیب شناسی اجتماعی و جامعه شناسی انحرافات- نشر معلم- سال ۱۳۸۵ قربان حسینی، علی اصغر، (۱۳۶۸) پژوهشی نو در مواد مخدر و اعتیاد، انتشارات امیر کبیر، تهران قربانی، حسین، (۱۳۸۴)، مواد مخدر: نقش مذهب در پیشگیری از اعتیاد، نشریه روانشناسی و علوم تربیتی، شماره ۴۴ کریمیان، (۱۳۹۰). ارتباط بین جهت گیری مذهبی و امید در مراجعه کنندگان مبتلا به سرطان سینه، کمیته تحقیقات دانشجویی، پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی، اصفهان، ص ۹-۱۵. محمدی، محمد علی و بهروز دادخواه، (۱۳۸۰)، نقش مذهب در پیشگیری از اعتیاد، نشریه روانشناسی و علوم تربیتی، شماره ۹ و ۱۰.

مصدری، فرح، (۱۳۸۶)، تأثیر نماز بر ترک اعتیاد، نشریه اقتصاد، شماره ۴۶۳ معتادان خود معرف به مراکز اعتیاد و باز پروری، فصلنامه اعتیاد پژوهشی، سال اول، شماره اول. میرحسامی، شریف، بررسی نقش خانواده در گرایش جوانان و نوجوانان به اعتیاد، ۱۳۸۸، پایان نامه کارشناسی. دانشگاه پیام نور.

یعقوبی، ابوالقاسم و حسین محقق، ۱۳۸۷، رابطه بین هوش معنوی و بهداشت روان دانشجویان دانشگاه بوعلی، در: مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان.

Averill, J.R., Catlin, G., & Chon, K.k. (1990). **Rules of hope** New York Springer Verlag
Snyder, C. R. (1994) “**The Psychology of Hope: You Can Get There From Here**”, New York:
Free Press.