

Predicting University Students' Addiction Admission based on their Self-Efficacy and Social Support Feelings

Saeed Akbari-Zardkhaneh. Ph.D.

Academic member, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Saeid Zandi. M.A.

Family Counseling, University of Tehran, Tehran, Iran

Abstract

The purpose of the study was to investigate the predicting role of self-efficacy and social support in addiction admission among university students. In terms of purpose, this study was a basic research; and in terms of data collection, it was an ex post facto descriptive research. Using multistage cluster sampling method, 296 (153 female and 147 male) students were selected from University of Tehran and they were asked to complete Perceived Multidimensional Social Support (Zimet et al., 1980), Self-Efficacy Scale (Schwarzer & Jerusalem, 1995), and Addiction Admission Scale (Weed et al., 1992). Results of stepwise regression analysis showed that total social support and self-efficacy can equally explain four percent of variance in addiction admission ($p=0/003$). In addition, among social support subscales, family support can explain six percent of variance in addiction admission ($p=0/006$). However, friend and significant others components did not have a significant role in the prediction. Therefore, focusing on family-oriented and individual-based approaches in addiction prevention may be more advantageous as compared to community-based approaches.

Keywords: addiction admission, social support, self-efficacy, university students.

پیش‌بینی پذیرش اعتیاد دانشجویان براساس احساسات خودکارآمدی و حمایت اجتماعی آنان

سعید اکبری زردخانه*

عضو هیأت علمی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

سعید زندی

کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه تهران، تهران، ایران

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در پذیرش اعتیاد دانشجویان بود. این مطالعه از نظر هدف جزء مطالعات بنیادی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها از نوع مطالعات توصیفی پس‌رویدادی بود. تعداد ۲۹۶ دانشجو (۱۵۳ دختر و ۱۴۷ پسر) از بین دانشجویان دانشگاه تهران و با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و از آنها خواسته شد، پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی (زیمت، داهلم، زیمت و فارلی، ۱۹۸۸)، خودکارآمدی (شوآترز و جورازل، ۱۹۹۵) و پذیرش اعتیاد (وید، باچر، بن پورات و مک‌کنا، ۱۹۹۲) را تکمیل کنند. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد خودکارآمدی و حمایت اجتماعی کلی چهار درصد از واریانس پذیرش اعتیاد را تبیین می‌کنند ($P=0/003$). در ضمن از مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، حمایت از جانب خانواده ۶ درصد از واریانس پذیرش اعتیاد را تبیین می‌کند ($P=0/006$)؛ در صورتی که دیگر مؤلفه‌های حمایت اجتماعی دوستان و افراد مهم در این پیش‌بینی نقش معناداری را نشان ندادند؛ بنابراین، به نظر می‌رسد که در پیشگیری از اعتیاد، تمرکز بیشتر بر رویکردهای خانواده‌محور و فردمدار در مقایسه با رویکردهای اجتماعی مؤثرتر باشد.

واژه‌های کلیدی: پذیرش اعتیاد، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی، دانشجویان.

مقدمه

نشان داد بیشترین فراوانی مصرف و مسمومیت با مواد مخدر در دامنه سنی ۲۹-۲۰ سال مشاهده می‌شود.

بوالهری، طارمیان و پیروی (۱۳۸۵) شیوع مصرف سیگار، قلیان، مشروبات الکلی، حشیش، قرص‌های اکس، تریاک، هرویین، کراک و شیشه را در بین دانشجویان دانشگاه تهران به ترتیب ۲/۲۴، ۹/۳۹، ۱۷، ۲/۲، ۰/۷، ۲/۳، ۰/۲، ۰/۲ و ۰/۷ درصد گزارش کرده‌اند. مطالعه کردمیرزا، آزاد و اسکندری (۱۳۸۲) بر روی دانشجویان رشته‌های پزشکی، فنی و مهندسی، هنر و علوم انسانی در سطح دانشگاه‌های تهران نیز نشان داده است که ۱۶/۳ درصد دانشجویان رشته‌های هنر، ۸/۸۵ درصد دانشجویان رشته‌های علوم انسانی، ۶ درصد دانشجویان فنی و مهندسی و ۵ درصد دانشجویان رشته پزشکی به مصرف مواد اذعان دارند.

این آمارهای از یک‌سو و موضوعات دیگری از جمله هزینه‌های بسیار بالای مبارزه با مواد مخدر، درمان و نگهداری معتادان و همچنین معایب مربوط به روش‌های درمان و سم‌زدایی از سوی دیگر، اهمیت و ضرورت پیشگیری از سوءمصرف مواد را بیشتر نمایان می‌کند. از این‌رو یکی از زمینه‌های مهم پژوهش در زمینه سوءمصرف مواد، شناسایی عوامل مؤثر بر آن و متغیرهای پیش‌بینی‌کننده آسیب‌پذیری فرد نسبت به آن است.

اعتیاد تأثیرات گسترده‌ای بر سلامتی شخص و جامعه دارد (پوراصل، وحیدی، فخاری، رستمی و دستگیری^۷، ۲۰۰۷). افزایش احتمال آسیب و مرگ بر اثر خشونت و تصادفات رانندگی (میلر، لستینگ و اسمیت^۸، ۲۰۰۱) افزایش رفتارهای پرخطر جنسی (فلشر، زیرووگل و چارلتون^۹، ۱۹۹۶) و افزایش احتمال خودکشی (استولب^{۱۰}، ۱۹۹۸)، ابتلا به بیماری‌های جسمانی و واگیری چون ایدز، هپاتیت و حتی بیماری‌های روانی همچون ازدیاد جرایم مرتبط با اعتیاد، سرقت، قتل، خودسوزی، بیکاری، خشونت خانگی، کودک‌آزاری، افزایش آمار طلاق، افت تحصیلی دانش‌آموزانی که والدین آنها معتادند (رستمی، سردارپور گودرزی و بوالهری، ۱۳۸۲)، فقط نمونه‌هایی از تأثیرات اعتیاد است.

عادت‌های سوءمصرف مواد به عوامل روان‌شناختی از جمله ویژگی‌های شخصیتی، خانوادگی و اجتماعی فرد نیز

یکی از موضوع‌های اساسی در ارتباط با سلامت جوانان، سوء مصرف مواد است (ولت، بارنس، هافمن و دینچف^۱، ۱۹۹۹؛ گرکین و شر^۲، ۲۰۰۶؛ هوانگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۶). میزان مصرف مواد در نوجوانان و جوانان روز به روز افزایش می‌یابد و برای کنترل این امر لازم است در برنامه‌های پیشگیری و درمان از رویکردهای جدید بهره گرفته شود (هوانگ و همکاران، ۲۰۰۶؛ ایسرالوویتز و راسون^۴، ۲۰۰۶).

مسئله مصرف مواد در میان جمعیت جوان و تحصیلکرده‌های جوامع از اهمیت بیشتری برخوردار است؛ چرا که این قشر از جمعیت کشور، در واقع سرمایه‌های اصلی جوامع در تولید علم و فناوری هستند و به لحاظ نیروی انسانی از پایه‌های بنیادی پیشرفت و توانمندی هر جامعه محسوب می‌گردند و همچنین دوران جوانی به دلیل ویژگی‌های خاص جسمانی و روانی، پرخطرترین دوره ابتلا به سوءمصرف مواد محسوب می‌گردد. بنابراین طبیعی است که اعتیاد بیشترین خسارت را از نظر تباهی نیروهای جوان، فعال، کارآمد و عمدتاً تحصیلکرده بر جوامع وارد می‌سازد.

متأسفانه علی‌رغم اینکه انتظار می‌رود تحصیلات دانشگاهی به دلیل افزایش سطح آگاهی، توان فکری و موقعیت اجتماعی از عوامل پیشگیری در برابر سوءمصرف مواد عمل کند؛ ولی آمارها از گسترش روزافزون سوءمصرف مواد در بین دانشجویان همه کشورها حکایت می‌کند. به عنوان مثال، راپ و لیزا^۵ (۲۰۰۴) گزارش کردند که ۶۱ درصد از دانشجویان آمریکایی سیگار، ۸۰ درصد الکل و ۵۴ درصد داروهای غیرقانونی مصرف می‌کنند.

در ایران نیز شواهد نشان‌دهنده افزایش مصرف مواد در جوانان و دانشجویان است. اسماعیلی، صفاتیان، متولی و محسنی (۱۳۷۹) گزارش کردند که ۱۰ درصد از زندانیان مرتبط با مواد را تحصیلکردگان دانشگاهی تشکیل می‌دهند. طبق گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۶) بالاترین میزان سوءمصرف در دامنه سنی ۲۷-۲۱ سال مشاهده می‌شود. گزارش رسمی وزارت بهداشت (۱۳۸۱) نیز نشان می‌دهد که وابستگی به مواد در میان متولدان دهه ۱۳۵۰ حدود بیست برابر دهه ۳۰ است. پژوهش کاربخش و زندگی^۶ (۲۰۰۷) نیز

1. Welte, Barnes, Hoffman & Dintcheff
3. Huang
5. Rupp & Lisa
7. Poorasl, Vahidi, Fakhari, Rostami & Dastghiri
9. Flisher, Ziervogel & Charlton

2. Grekin & Sher
4. Isralowitz & Rawson
6. Karbakhsh & Zandi
8. Miller, Lesting & Smith
10. Stoelb

جانب دوستان، در فرد بزرگسال با کاهش اعتیاد همراه است، اما در نوجوانان به افزایش خطر می‌انجامد. یا حمایت اجتماعی بالا از جانب خانواده‌ای که پدر یا مادر سابقه اعتیاد دارند، به افزایش احتمال اعتیاد فرزند منتهی می‌شود (الهیاری، کاظمی، حیدری و پیکان حیرتی، ۱۳۹۲)، اما حمایت اجتماعی بالا از جانب خانواده‌ای که سابقه اعتیاد ندارند، با کاهش احتمال ابتلای فرزند و در صورت ابتلا، با افزایش احتمال درمان موفق همبسته است (آورنا و هسلبروک^{۱۳}، ۲۰۰۱). نکته مهمی که درباره حمایت اجتماعی وجود دارد، ادراک فرد از آن است. به این معنی که درک فرد از محیط خویش و میزان حمایت اجتماعی است که تعیین‌کننده‌تر است، هر چند که واقعیت وجود حمایت اجتماعی نیز مهم است (آلمی^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۳).

اعتیاد با چگونگی ادراک فرد از خود نیز رابطه دارد. معلوم شده است که افراد مبتلا، اعتماد به نفس پایین‌تری دارند (وارن، استین و گرلا^{۱۴}، ۲۰۰۷)، در رفتارهای خود، تکانشی عمل می‌کنند و به هنگام روبه‌رو شدن با مشکلات، به جای برخورد مسأله‌مدار و ریشه‌ای از آنها اجتناب می‌کنند، چرا که توانایی‌های خود را دست‌کم می‌گیرند و خود را از پیش شکست‌خورده می‌دانند (کون، پنا و ایلچ^{۱۵}، ۱۹۹۸). می‌توان گفت که این افراد، خودکارآمدی^{۱۶} پایینی دارند (وارن و همکاران، ۲۰۰۷).

خودکارآمدی به‌عنوان سازه‌ای شخصیتی، قضاوتی است از جانب فرد درباره توانایی خود در بروز رفتارهای مشخصی که به اهداف مشخص بینجامد یا آنکه به وی در مقابله با موقعیت‌های تنش‌زا کمک کند (بندورا^{۱۷}، ۱۹۹۷، به نقل از کارادماس^{۱۸}، ۲۰۰۶). به عبارت دیگر، خودکارآمدی بازنماینده حس خوش‌بینی نسبت به توانایی‌های شخصی است، سازه‌ای جهانشمول است و به نظر می‌رسد که در انگیزش انسان نقش داشته باشد (شولز^{۱۹}، ۲۰۰۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خودکارآمدی بالا با کیفیت زندگی بهتر، اعتماد به نفس بالاتر، اعتیاد کمتر و نتایج درمانی بهتر رابطه دارد (وارن و همکاران، ۲۰۰۷، کون و همکاران، ۱۹۹۸).

بستگی دارد (هامپسون، آندروز، بارکلی، لیختنشتاین و لی^۱، ۲۰۰۶؛ هاراکها، شولته، ورسب، روتگر و انگلسا^۲، ۲۰۰۶؛ والیا، فوکسا، دریب و استار^۳، ۲۰۰۵؛ فین و هال، ۲۰۰۴ و خیری، عبداللهی و شاهقلیان، ۱۳۹۲). به عبارت دیگر، برخی از افراد آمادگی بیشتری برای پذیرش اعتیاد دارند. وید و همکاران (۱۹۹۲) پذیرش اعتیاد را تمایل به پذیرش مصرف الکل و داروهای مخدر تعریف کرده‌اند و اذعان داشته‌اند که اگر میزان پذیرش اعتیاد در فرد بالا باشد، زمینه ابتلای او به اعتیاد در آینده بیشتر فراهم می‌گردد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند افرادی که نمی‌توانند برانگیختگی‌های خود را مهار کنند، به احتمال زیاد مصرف‌کننده دایمی مواد می‌شوند (دوران، مک‌شارکو و کوهن^۴، ۲۰۰۷). همچنین نوجوانانی که تنوع‌طلب و تحریک‌جو هستند، بیشتر به دنبال مواد می‌روند (ون نورینگ و اورلاند^۵، ۱۹۸۵؛ ویلز، واکارو و مک‌نامارا^۶، ۱۹۹۴).

از عوامل مرتبط با اعتیاد کیفیت شبکه اجتماعی فرد است (کوپلو، ویلیامسون، اورفورد و دی^۷، ۲۰۰۶). اعتیاد احتمال خشونت در خانواده را بالا می‌برد (کریستوفرسن و سوئیل^۸، ۲۰۰۳)، به تخریب روابط شغلی و تحصیلی می‌انجامد و باعث می‌شود که فرد از شبکه روابط سالم دور شود و به شبکه‌هایی روی بیاورد که همگونی بیشتری با وضعیت فعلی فرد دارند. همین امر بر احتمال تداوم و تشدید اختلال می‌افزاید. از سوی دیگر، وجود افراد سالم در شبکه اجتماعی فرد و حمایت آنها از وی در برابر استرس‌های محیطی، هم با کاهش احتمال ابتلا و هم با افزایش احتمال درمان موفق پس از ابتلا، رابطه دارد (پولین و نیکولسون^۹، ۲۰۰۵). در متون روان‌شناسی، سازه‌ای که برای صورت‌بندی نظری این تأثیرات متقابل به کار می‌رود، حمایت اجتماعی است (طیبی، ابوالقاسمی و محمودعلیلو، ۱۳۹۱). حمایت اجتماعی، از سه مؤلفه حمایت از جانب خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم^{۱۰} تشکیل شده است (زیمت و همکاران، ۱۹۹۸، نقل از چنگ و چن^{۱۱}، ۲۰۰۴) و تصور می‌شود که هر یک از این مؤلفه‌ها، رابطه‌ای متفاوت از دیگر مؤلفه‌ها با اعتیاد دارند. به‌عنوان مثال، حمایت اجتماعی بالا از

1. Hampson, Andrews, Barckley, Lichtenstein & Lee
3. Whalleya, Foxa, Dearyb & Starr
5. Van Knorring & Orelan
7. Copello, Williamson, Orford & Day
9. Poulin & Nicholson
11. Cheng & Chan
13. Alemi
15. Coon, Pena & Illich
17. Bandura
19. Scholz

2. Harakeha, Scholtea, Vriesb, Rutger & Engelsa
4. Doran, McCharge & Cohen
6. Wills, Vaccaro & McNamara
8. Christoffersen & Soothill
10. significant others
12. Aversa & Hesselbrock
14. Warren, Stein & Grella
16. self-efficacy
18. Karademas

ابزار سنجش:

۱- **مقیاس پذیرش اعتیاد**^۳: دارای ۱۳ ماده است و وید و همکاران (۱۹۹۲) آن را برای اندازه‌گیری تمایل به پذیرش مصرف الکل و داروهای مخدر ساخته‌اند. کردمیرزا (۱۳۷۸) آلفای کرونباخ این مقیاس را برابر با ۰/۷۵ و رستمی، نصرت‌آبادی و محمدی (۱۳۸۶)، برابر با ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. اعتبار^۴ این ابزار نیز در فاصله زمانی دو هفته، برای مردان و زنان به ترتیب برابر با ۰/۸۹ و ۰/۸۴ گزارش شده است (گراهام^۵، ۲۰۰۰). ضریب همبستگی این مقیاس با مقیاس تجدیدنظرشده الکلیسم مک‌اندرو^۶ (MAC-R)، ۰/۷۶ و همسانی درونی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است (آفاقی، ۱۳۸۰). تحلیل حساسیت^۷ (SA) و تحلیل ویژگی دریافت‌کنندگی عملی^۸ (ROC) این ابزار در جامعه دانشجویی نیز مناسب گزارش شده است (رستمی و همکاران، ۱۳۸۶). صادقی فیروزآبادی (۱۳۸۶) ضرایب همبستگی مقیاس AAS با فهرست غربالگری غیرمستقیم سوءمصرف مواد^۹ (SASSI₃) را در جمعیت غیرمعتاد و معتاد به ترتیب ۰/۵۶ و ۰/۷۰ گزارش کرده است. یک نمونه از گویه‌های این ابزار عبارت است از: «زمانی که می‌خواهم کاری انجام دهم، دستم می‌لرزد».

۲- **مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده**^{۱۱} (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸): این ابزار مشتمل بر ۱۲ ماده برای سنجش میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سه منبع خانواده، دوستان و دیگران مهم است که بر اساس یک مقیاس ۵ نقطه‌ای از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» پاسخ داده می‌شود. مؤلفان ابزار و پژوهشگران بسیاری (از جمله ادواردز^{۱۱}، ۲۰۰۴؛ چنگ و چان، ۲۰۰۴) از پایایی و روایی این ابزار حمایت کرده‌اند. آلفای کرونباخ مقیاس کلی، ۰/۸۹ گزارش شده است (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸). مقدار آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های این مقیاس در این پژوهش بین ۰/۷۶ و ۰/۸۹ به‌دست آمد. یک نمونه از گویه‌های این ابزار عبارت است از: «دوستانم واقعاً سعی دارند که به من کمک کنند».

۳- **مقیاس خودکارآمدی**^{۱۲} (شوآرتز و جورازلم^{۱۳}، ۱۹۹۵): این ابزار ۱۰ ماده دارد که براساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای از «اصلاً درست نیست» تا «کاملاً درست است» سنجیده می‌شود. رجیبی (۱۳۸۵) روایی این ابزار را تأیید کرده است. آلفای کرونباخ مقیاس کل ۰/۸۵ گزارش شده است (شوآرتز و جورازلم،

مطالعات اخیر نقش خودکارآمدی امتناع را در مصرف مواد نشان داده‌اند. به‌عنوان مثال، مصرف الکل، سیگار و سایر مواد با ناتوانی نوجوان در مقابله با فشارهای اجتماعی رابطه دارد (فارل و مارشال^۱، ۲۰۰۶). همچنین مطالعات حاکی از آن است که ویژگی‌های درون‌فردی مرتبط با قابلیت‌های عمومی نظیر حل مسأله و خودکارآمدی نقش اساسی در آمادگی برای مصرف سیگار دارند. برخی مطالعات نیز بر رابطه مستقیم بین مصرف سیگار و مهارت‌های حل مسأله ضعیف و خودکارآمدی پایین تأکید می‌کنند (اپستین، گریفین و بوتوین^۲، ۲۰۰۰).

اعتیاد رفتاری پیچیده و چندبعدی است و بخش عظیم و به‌خصوص جوانان و دانشجویان جامعه را چه به‌صورت مستقیم و چه غیرمستقیم درگیر کرده است. بنابراین هرگونه تلاشی در فهم دقیق‌تر و شناخت بیشتر متغیرهایی که ممکن است بر آن تأثیر داشته باشند، بجا و ضروری است و از آنجایی که حمایت اجتماعی و خودکارآمدی از این دسته از متغیرها به شمار می‌روند، این پژوهش با هدف بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی پذیرش اعتیاد از روی سطوح خودکارآمدی و حمایت اجتماعی دانشجویان دانشگاه انجام پذیرفت. این پژوهش درصدد آزمون فرضیه‌های زیر بود.

۱- خودکارآمدی و حمایت اجتماعی کلی، پذیرش اعتیاد را پیش‌بینی می‌کنند.

۲- مؤلفه حمایت خانواده، پذیرش اعتیاد را پیش‌بینی می‌کند.

۳- مؤلفه حمایت دوستان، پذیرش اعتیاد را پیش‌بینی می‌کند.

۴- مؤلفه حمایت دیگر افراد مهم، پذیرش اعتیاد را پیش‌بینی می‌کند.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این مطالعه از نظر هدف جزء مطالعات بنیادی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها از نوع مطالعات توصیفی (غیرآزمایشی) پس‌رویدادی است (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۹۱). جامعه آماری این پژوهش همه دانشجویان دختر و پسر مشغول به تحصیل در دانشگاه تهران بود. ۲۹۶ دانشجو (۱۵۳ دختر و ۱۴۷ پسر) با میانگین سنی ۲۱/۶ به‌صورت تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و از ایشان خواسته شد تا به ابزارهای پژوهش پاسخ دهند. برای گردآوری داده‌ها، از ابزارهای زیر استفاده شد:

1. Farrell & Marshal

3. Addiction Admission Scale (AAS)

5. Graham

7. sensitivity analysis

9. Substance Abuse Subtle Screening

11. Edwards

13. Schwarzer & Jerusalem

2. Epstein, Griffin & Botvin

4. reliability

6. MAC Andrew Alcoholism Scale-R

8. Receptive Operation Characteristic

10. Perceived Social Support Scale (PSSS)

12. Generalized Self-Efficacy Scale

یافته‌ها

بررسی ضرایب همبستگی میان پذیرش اعتیاد، خودکارآمدی و مؤلفه‌ها و نمره کلی حمایت اجتماعی نشان داد میزان ضریب همبستگی پذیرش اعتیاد با مؤلفه‌های حمایت اجتماعی به ترتیب از بیشتر به کمتر با حمایت از جانب خانواده ($P < 0/01$ ، $r = -0/25$)، حمایت کلی ($P < 0/01$ ، $r = -0/20$) و حمایت دیگر افراد مهم ($P < 0/01$ ، $r = -0/15$) است. از سوی دیگر، رابطه خودکارآمدی با همه مؤلفه‌های حمایت اجتماعی رابطه مستقیم معنادار نشان می‌دهد. ترتیب میزان این رابطه به ترتیب از بیشتر به کمتر با حمایت کلی ($P < 0/01$ و $r = 0/38$)، خانواده ($P < 0/01$ و $r = 0/32$)، دوستان ($P < 0/01$ و $r = 0/30$) و دیگر افراد مهم ($P < 0/01$ و $r = 0/28$) است. از مؤلفه‌های حمایت اجتماعی نیز حمایت دیگر افراد مهم بیشترین و حمایت دوستان کمترین رابطه را با حمایت کلی نشان می‌دهد. در مرحله بعد برای بررسی این سؤال که آیا خودکارآمدی و حمایت اجتماعی کلی توانایی پیش‌بینی پذیرش اعتیاد را دارند یا خیر، از روش تحلیل رگرسیون گام به گام^۳ استفاده شد (جدول ۱).

۱۹۹۵). مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس در این مطالعه ۰/۸۸ به دست آمد. یک نمونه از گویه‌های این ابزار عبارت است از: «به راحتی می‌توانم اهدافم را دنبال کنم و به مقصود برسم».

روش اجرا و تحلیل داده‌ها:

برای اجرای پژوهش، پس از گرفتن مجوزهای لازم، برای دستیابی به گروه نمونه مورد نظر ابتدا همه دانشکده‌های دانشگاه تهران به گروه‌های آموزشی علوم انسانی، فنی و مهندسی، علوم پایه و هنر تقسیم شد. سپس از بین دانشکده‌های هر گروه آموزشی، دو دانشکده (به استثنای گروه هنر) انتخاب و با مراجعه به این دانشکده‌ها، انتخاب تصادفی کلاس‌ها صورت گرفت. اجرا به صورت گروهی در کلاس‌های درس صورت گرفت. برای گردآوری داده‌ها، پس از توضیح مختصر در مورد هدف از پژوهش، هر سه ابزار پژوهش در سه صفحه پشت و رو، به ترتیب‌های تصادفی^۱ و به‌طور همزمان در اختیار اعضای گروه نمونه قرار گرفت. تکمیل پرسشنامه‌ها بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه طول کشید. تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه هجدهم نرم‌افزار بسته آماری علوم اجتماعی^۲ انجام شد.

جدول ۱- مشخصه‌های تحلیل رگرسیون گام به گام پذیرش اعتیاد بر اساس خودکارآمدی و حمایت اجتماعی کل

متغیر	مربع R	F	β	t	سطح معناداری
خودکارآمدی	۰/۰۴	۱۳/۵۹	-۰/۲۱	۶/۶۴	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی کل	۰/۰۴	۱۲/۵۵	-۰/۲۰	۷/۳۰	۰/۰۰۱

جدول ۲- مشخصه‌های تحلیل رگرسیون گام به گام پذیرش اعتیاد بر اساس مؤلفه‌های حمایت اجتماعی

متغیر	مربع R	F	β	T	سطح معناداری
حمایت خانواده			-۰/۲۵	۸/۶۸	۰/۰۰۱
حمایت دوستان	۰/۰۶	۱۹/۲۰	-۰/۰۲	-۰/۳۹	۰/۷۰
حمایت دیگر افراد مهم			-۰/۰۱	-۰/۲۲	۰/۸۲

در مرحله بعدی، برای مشخص کردن اهمیت و ترتیب توانایی مؤلفه‌های حمایت اجتماعی در پیش‌بینی پذیرش اعتیاد، از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. یافته‌های حاصل از این تحلیل در جدول ۲ ارائه شده است. جدول ۲ نشان می‌دهد که از بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی، حمایت خانواده ($P < 0/001$ ، $F = 19/20$) به میزان

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، خودکارآمدی ($P < 0/001$ ، $F = 13/59$) و حمایت اجتماعی ($P < 0/001$) هر یک در حدود ۴ درصد از واریانس پذیرش اعتیاد را تبیین می‌کنند. به عبارت دیگر، این دو به یک میزان توانایی پیش‌بینی تغییرات متغیر پذیرش اعتیاد را دارد. بنابراین، فرضیه اول تأیید می‌شود.

1. counter balanced
3. stepwise regression analysis

2. Statistical Package of Social Sciences (SPSS)

پیش‌بینی‌کننده مصرف مواد در نوجوانان است. از همین نکته می‌توان به تبیین یکی دیگر از یافته‌های پژوهش پرداخت و آن هم به ارتباط مستقیم (البته غیرمعنادار) پذیرش اعتیاد و حمایت دوستان مربوط است. همان‌گونه که اشاره شد، حمایت اجتماعی بالا از جانب دوستان، در نوجوانان و جوانان ممکن است به افزایش خطر پذیرش اعتیاد بینجامد (فارل و مارشال، ۲۰۰۶). بنابراین به نظر می‌رسد در نمونه این پژوهش حمایت همسالان نقش پیشگیری‌کننده در پذیرش اعتیاد ندارد.

در بُعد حمایت اجتماعی، یافته‌های پژوهش نشان داد که حمایت خانواده اصلی‌ترین نقش را در مبتلا نشدن به سوءمصرف دانشجویان بازی می‌کند. این یافته نیز با موضوع خودکارآمدی امتناع نظریه یادگیری اجتماعی - شناختی هماهنگی دارد. بدین معنی که حمایت عاطفی خانواده موجب شکل‌گیری خودکارآمدی امتناع در دانشجویان و جوانان می‌شود و به‌عنوان یکی از عوامل محافظت‌کننده عمل می‌کند. یافته پژوهش در این زمینه با یافته‌های آورنا و هسلبروک (۲۰۰۱)، کویلو و همکاران (۲۰۰۶)، پولین و نیکولسون (۲۰۰۵) و حسینی‌المدنی، احدی، کریمی، بهرامی و معاضدیان (۱۳۹۱) همسو شده است.

بر اساس یافته‌ها، استحکام بخشی رابطه بین دانشجویان و خانواده‌ها از طریق ارائه برنامه‌های آموزشی در رسانه‌های گروهی اعم از رادیو و تلویزیون در این مسیر کمک خواهد کرد. خوشبختانه در برخی از دانشگاه‌ها به دلیل اهمیت این مهم، دفاتری با عنوان دفتر خانواده و دانشگاه دایر شده است تا در این خصوص اقدامات لازم را به عمل آورند. به همین منظور، پیشنهاد می‌شود که متولیان مراکز مشاوره دانشگاه‌ها و مسئولان فرهنگی در خوابگاه‌های دانشجویی ضمن بهره‌گیری از ظرفیت‌های شبکه‌های اجتماعی و نرم‌افزارهای موبایلی پیام‌رسان نوظهور، به منظور آگاه‌سازی و ترغیب دانشجویان به مزیای حفظ روابط مستحکم و محبت‌آمیز با اعضای خانواده و دوستان، اقدامات جدی‌تری را ترتیب دهند.

تحلیل رگرسیون گام به گام پذیرش اعتیاد براساس خودکارآمدی و حمایت اجتماعی نیز نشان داد که هر دو عامل خودکارآمدی و حمایت اجتماعی به یک میزان در پیش‌بینی پذیرش اعتیاد نقش دارند. بنابراین میزان ارتباط یک عامل شخصیتی (خودکارآمدی) با اعتیاد، به میزان برابر با یک متغیر اجتماعی (حمایت اجتماعی کلی) است. از این نکته می‌توان در امر درمان و پیشگیری کمک گرفته و در فرایند این نوع مداخلات بر فعالیت‌هایی که خود فرد را بیشتر درگیر می‌کند، تمرکز کرد. زیرا که دستیابی به موفقیت در درمان‌های اجتماع‌محور^۱ نیازمند هزینه مالی و انسانی بسیار بیشتری است.

معناداری توانایی پیش‌بینی تغییرات پذیرش اعتیاد را دارد و مؤلفه‌های دیگر وارد معادله پیش‌بینی نشده و به‌طور معناداری در این پیش‌بینی نقش ایفا نمی‌کنند. همچنین جدول ۲ نشان می‌دهد که حمایت خانواده در حدود ۶ درصد از واریانس پذیرش اعتیاد را تبیین می‌کند. لازم به یادآوری است که این میزان حتی از میزان تغییرات پیش‌بینی‌شده حمایت اجتماعی کل نیز بیشتر است. بنابراین، فرضیه دوم تأیید می‌شود؛ اما فرضیه سوم و چهارم تأیید نمی‌گردند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش که با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی و خودکارآمدی با پذیرش اعتیاد انجام شد، در مجموع تأیید فرضیه‌های مطرح‌شده مبنی بر ارتباط معکوس حمایت اجتماعی و خودکارآمدی با پذیرش اعتیاد موفق بوده است. یافته‌های پژوهش نشان داد که خودکارآمدی با پذیرش اعتیاد رابطه معکوس معنی‌دار دارد. این یافته به این معنی است که کارآمدی فرد در رویارویی با موقعیت‌های تنش‌زا و مقابله با فشارهای اجتماعی به‌ویژه همسالان در مصرف مواد عامل محافظت‌کننده و پیشگیری‌کننده مصرف مواد تلقی می‌شود. این یافته با یافته‌های وارن و همکاران (۲۰۰۷)، اپستین و همکاران (۲۰۰۰) و فارل و مارشال (۲۰۰۶) همسویی دارد. این یافته همچنین با نظریه یادگیری اجتماعی - شناختی بندورا در خصوص مفهوم خودکارآمدی امتناع هماهنگ است؛ این نظریه بین دو نوع خودکارآمدی تفاوت قایل می‌شود: خودکارآمدی مصرف که به عقاید نوجوان درباره توانایی او در تهیه و استفاده مواد مخدر اشاره دارد و خودکارآمدی امتناع که منعکس‌کننده باور نوجوان به توانایی او در برابر فشار اجتماعی برای مصرف مواد است.

بندورا (۱۹۹۷، نقل از کارادماس، ۲۰۰۶) معتقد است الگوهای نقش خودکارآمدی مصرف و امتناع را به‌وجود می‌آورند. به عقیده وی، وجود والدین و همسالان مصرف‌کننده مواد دو باور را در فرد شکل می‌دهد که در نهایت به سوءمصرف مواد منجر می‌شود؛ برای مثال، مشاهده همسالانی که نحوه دسترسی و مصرف مواد را به نوجوان یاد می‌دهند، مهارت‌های لازم در زمینه مصرف را در اختیار نوجوان قرار می‌دهد و در مقابل مشاهده همسالانی که براساس خودکارآمدی امتناع در برابر فشار اجتماعی مصرف‌ایستادگی می‌کنند، مهارت‌های امتناع و خودکارآمدی نوجوان را تقویت می‌کند.

مطالعات بسیاری وجود دارند که نشان می‌دهند ارتباط با همسالان مصرف‌کننده مواد، یکی از قوی‌ترین عوامل اجتماعی

رستمی، ر.، نصرت‌آبادی، م. و محمدی، ف. (۱۳۸۶). بررسی مقدماتی دقت تشخیصی مقیاس‌های AAS، MAC-R و APS. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱۰(۲)، ۳۲-۴۱.

ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۶). *اهمیت و ضرورت مسأله اعتیاد و میزان شیوع آن در کشور*. تهران: ستاد مبارزه با مواد مخدر.

سرمد، ز.، بازرگان، ع. و حجازی، ا. (۱۳۹۱). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: نشر آگاه.

طیبی، ک.، ابوالقاسمی، ع. و محمودعلیلو، م. (۱۳۹۱). مقایسه حمایت و محرومیت اجتماعی در معتادان به مواد مخدر و داروهای روان‌گردان و افراد بهنجار. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۳(۲)، ۵۶-۶۴.

کردمیرزا، ع. (۱۳۷۸). *هنجاریابی آزمون APS (مقیاس آمادگی اعتیاد) به منظور شناسایی افراد مستعد سوءمصرف مواد در بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد (منتشر نشده)، دانشگاه علامه طباطبایی.

کردمیرزا، ع.، آزاد، ح. و اسکندری، ح. (۱۳۸۲). *هنجاریابی آزمون آمادگی اعتیاد*. *اعتیاد پژوهی*، ۲، ۳۰-۱۲.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۵). *راهنمای کاربردی سوءمصرف‌کنندگان مواد*. تهران: پرشکوه.

Alemi, F., Stephens, R., Llorens, S., Schaefer, D., Nemes, S., & Arendt, R. (2003). The orientation of social support measure. *Addictive Behaviors*, 28, 1285-1298.

Averna, S., & Hesselbrock, V. (2001). The relationship of perceived social support to substance use in offspring of alcoholics. *Addictive Behaviors*, 26, 363-374.

Burleson, J. A., & Kaminer, Y. (2005). Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 30, 1751-1764.

Cheng, S., & Chan, A.C.M. (2004). The multidimensional scale of perceived social support: Dimensionality and age and gender differences in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 37, 1359-1369.

Christoffersen, M.N., & Soothill, K. (2003). The long-term consequences of parental alcohol abuse: A cohort study of children in Denmark. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 107-116.

Conrad, K.M., Flay, B.R., & Hill, D. (1992). Why children start smoking cigarettes: Predictors of onset. *British Journal of Addiction*, 87, 1711-1724.

Coon, G.M., Pena, D., & Illich, P.A. (1998). Self-efficacy and substance abuse: Assessment using a brief phone interview. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 385-391.

Copello, A., Williamson, E., Orford, J., & Day, E. (2006). Implementing and evaluating social behavior and network therapy in drug treatment practice in the UK: A feasibility study. *Addictive Behaviors*, 31, 802-810.

البته کاملاً روشن است که توجه همزمان به این دو، نتایج درخشان‌تری را به بار خواهد آورد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به جمعیت نمونه اشاره کرد که معرف دقیقی از جامعه مورد بررسی نیست. علاوه بر آن، به دلیل محدودیت‌های مالی، در این پژوهش مصاحبه بالینی با افراد برای بررسی کامل موضوع اعتیاد به عمل نیامده و به اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه اکتفا شده است. این مطلب ممکن است باعث ایجاد سوگیری در پاسخ‌ها و نیز افت میزان همبستگی‌های واقعی شده باشد. در مجموع می‌توان گفت که با استفاده از سازه‌های روان‌شناختی همچون خودکارآمدی و حمایت اجتماعی، می‌توان به تبیین بخشی از موضوع پیچیده‌ای همچون اعتیاد پرداخت.

منابع

آفاقی، ح. (۱۳۸۰). *بررسی پایایی و اعتبار مقیاس تجدیدنظرشده اعتیاد مک اندرو*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد (منتشر نشده)، دانشگاه تهران.

اسماعیلی، ا.، صفاتیان، س.، متولی، م. و محسنی، ل. (۱۳۷۹). *بررسی وضعیت اعتیاد در میان زندانیان دارای تحصیلات دانشگاهی تهران*. *مجموعه مقالات سمینار اعتیاد و جوان*، تهران، ۳۶-۶۳.

اللهیاری، ع.، کاظمی، م.، حیدری، س. و پیکان حیرتی، ح. (۱۳۹۲). *سبک‌های دلبستگی و صفات شخصیتی در معتادان به مواد مخدر*. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، ۲(۴)، ۶۰-۵۰.

بوالهروی، ج.، طارمیان، ف. و پیروی، ح. (۱۳۸۵). *شیوع‌شناسی مصرف مواد و عوامل خطر و محافظت‌کننده در دانشجویان شهر تهران*. تهران: دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.

پرویزی فرد، ع.، بیرشک، ب. و عاطف وحید، م. (۱۳۸۰). *بررسی همبودی اختلال‌های خلقی و اضطرابی در معتادان جویای درمان و افراد بهنجار*. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۲۵ و ۲۶، ۵۴-۴۵.

حسینی‌المدنی، س.، احدی، ح.، کریمی، ی.، بهرامی، ه. و معاضدیان، آ. (۱۳۹۱). *مقایسه تاب‌آوری، سبک‌های هویتی، معنویت و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در افراد معتاد، غیرمعتاد و بهبودیافته*. *اعتیادپژوهی*، ۶(۲۱)، ۶۴-۴۷.

خیرری، ط.، عبداللهی، م. و شاهقلیان، م. (۱۳۹۲). *مقایسه هوش هیجانی، سبک دلبستگی و عزت‌نفس در افراد معتاد و غیرمعتاد*. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، ۲(۲)، ۸۱-۶۹.

رجبی، غ. (۱۳۸۵). *بررسی پایایی و روایی مقیاس باورهای خودکارآمدی در دانشجویان روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز و دانشگاه آزاد مرودشت*. *فصلنامه اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۲(۲)، ۱۱۱-۱۲۲.

رستمی، ر.، سردارپور گودرزی، ش. و بوالهروی، ج. (۱۳۸۲). *سم‌زدایی فوق سریع: مزایا و معایب*. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۸، ۲۷-۴.

- Doran, N., McChargue, D., & Cohen, L. (2007). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, 32, 90–98.
- El-Sheikh, S.G., & Bashir, T.Z. (2004). High-risk relapse situations and self-efficacy: Comparison between alcoholics and heroin addicts. *Addictive Behaviors*, 29, 753–758.
- Edwards, L.M. (2004). Measuring perceived social support in Mexican American youth: Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 26, 2, 187-194.
- Epstein, J.A., Griffin, K.W., & Botvin, G.J. (2000). A model of smoking among inner city adolescents: The role of personal competence and perceived benefits of smoking. *Journal of Smoking Preventive Medicine*, 31, 107-114.
- Farrell, M., & Marshall, E.J. (2006). Epidemiology of tobacco, alcohol, and drug use. *Classification and Epidemiology*, 12, 41-67.
- Finn, P.R., & Hall, J. (2004). Cognitive ability and risk for alcoholism: Short-term memory capacity and intelligence moderate personality risk for alcohol problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 569-581.
- Flisher, A.J., Ziervogel, C.F., & Charlton, D.O. (1996). Risk taking behavior of Cape Peninsula high school students: Part X. Multivariate relationships among behaviors. *South African Medical Journal*, 86, 1094–1098.
- Graham, J.R. (2000). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology* (3rd ed). New York: Oxford University Press.
- Grekin, E.R., & Sher, K.J. (2006). Alcohol dependence symptoms among college freshmen: Prevalence, stability, and person–environment interactions experimental and clinical psychopharmacology. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 14, 329-338.
- Hampson, S.E., Andrews, J.A., Barckley, M., Lichtenstein, E., & Lee, M.E. (2006). Personality traits, perceived risk, and risk-reduction behaviors: A further study of smoking and radon. *Health Psychology*, 25, 530-536.
- Harakeh, Z., Scholte, R.H., de Vries, H., Engels, R.C. (2006). Association between personality and adolescent smoking. *Addictive Behaviors*, 31, 232–245.
- Hirschi, A.J., & Morris, J.R. (2002). Individual differences in attributional style: The relational influence of self-efficacy, self-esteem, and sex role identity. *Personality and Individual Differences*, 32, 183-196.
- Huang, B., Grant, B.F., Dawson, D.A., Stinson, F.S., Chou, S.P., Saha, T.D., Goldstein, R.B., Smith, S.M., Ruan, W.J., & Pickering, R.P. (2006). Race-ethnicity and the prevalence and co-occurrence of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, alcohol and drug use disorders and Axis I and II disorders: United States, 2001 to 2002. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 252–257.
- Isralowitz, R., & Rawson, R. (2006). Gender differences in prevalence of drug use among high risk adolescents in Israel. *Addictive Behaviors*, 31, 355–358.
- Jessor, R. (1984). Adolescent development and behavioral health. In J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller, & S.M. Weiss (Eds.), *Behavioral health, a handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 69-90). New York: John Wiley & Sons.
- Karademas, C.E. (2006). Self-efficacy, social support, and well-being: The mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences*, 40, 1281–1290.
- Karbakhsh, M., & Salehian Zandi, N. (2007). Acute opiate overdose in Tehran: The forgotten role of opium. *Addictive Behaviors*, 32, 1835-1842.
- Miller, T.R., Lesting, D.C., & Smith, G.S. (2001). Injury risk among medically identified alcohol and drug abusers. *Alcoholism, Clinical, and Experimental Research*, 25, 54–59.
- Poorasl, A.M., Vahidi, R., Fakhari, A., Rostami, F., & Dastghiri, S. (2007). Substance abuse in Iranian high school students. *Addictive Behaviors*, 32, 622–627.
- Poulin, C., & Nicholson, J. (2005). Should harm minimization as an approach to adolescent substance use be embraced by junior and senior high schools? Empirical evidence from an integrated school-and community-based demonstration intervention addressing drug use among adolescents. *International Journal of Drug Policy*, 16, 403-414.
- Rupp, P., & Lisa, L. (2004). *Handbook of preventing interventions for adolescents*. New York: John Wiley.
- Schwartz, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio*. (pp. 33-37). Winstor, UK: NFER-NELSON.
- Stoelb, M. (1998). A process model for assessing adolescent risk for suicide. *Journal of Adolescence*, 21, 359–370.
- Von Knorring, L., & Oreland, L. (1985). Personality trait and platelet monoamine oxidase in tobacco smokers. *Psychological Medicine*, 15, 323-334.
- Warren, J.I., Stein, J.A., & Grella, C.E. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 12, 30-46.

- Weed, N.C., Butcher, J.N., Ben-Porath, Y.S., & McKenna, T. (1992). New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: The APS and AAS. *Journal of Personality Assessment*, 58, 389-404.
- Welte, J.W., Barnes, G.M., Hoffman, J.H., & Dintcheff, B.A. (1999). Trends in adolescent alcohol and other substance use: Relationships to trends in peer, parent, and social influences. *Substance Use & Misuse*, 34, 1427-1449.
- Whalleya, L.J., Foxa, H.C., Dearyb, I.J., & Starr, J.M. (2005). Childhood IQ, smoking, and cognitive change from age 11 to 64 years. *Addictive Behaviors*, 30, 77-88.
- Wills, T.A., Vaccaro, D., & McNamara, G. (1994). Novelty seeking, risk taking, and related constructs as predictors of adolescent substance use: An application of Cloninger's theory. *Journal of Substance Abuse*, 6, 1-20.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., & Farley, G.K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.