



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄT
FREISBURG KLINIKUM

Philipps
Universität
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
FÜR KLINISCHE PSYCHOLOGIE
UND S.P.S. KLINIK
University of Applied Sciences
Department of Psychosomatic
Medicine & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی

اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

بررسی تاثیر هوش معنوی، تاب‌آوری پایین و رویکرد توانمندسازی روانی - اجتماعی بر کاهش اعتیاد در بیماران

مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک

نادر محمودی^۱ - معصومه ملک‌شاهی فر^۲

چکیده

استفاده از مواد مخدر، آرامبخش‌ها و... یکی از شایع‌ترین اقدامات بیماران دارای اختلال سایکوسوماتیک در جهت غلبه بر استرس، افسردگی و اضطراب خود است. هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه تاثیر هوش معنوی و تاب‌آوری پایین بر اعتیاد □ افراد و رویکرد توانمندسازی روانی - اجتماعی در کاهش اعتیاد در بیماران مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک است. روش: روش مطالعه حاضر روش آزمایشی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک در استان زنجان تشکیل می‌دهند. بیماران مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک مراجعه کننده به مطب روانپزشکان، روانشناسان و دیگر مراکز درمانی پرسشنامه اعتیاد و سپس مصاحبه تشخیصی طبق مدل DSM-IV را دریافت کردند. پس از شناسایی بیماران مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک دارای اعتیاد به صورت تصادفی ساده تعداد ۲۰ نفر در گروه پژوهش و تعداد ۲۰ نفر دیگر در گروه کنترل جای داده شدند. ابتدا هر دو گروه پرسشنامه های هوش معنوی و پرسشنامه تاب‌آوری را تکمیل نموده سپس برنامه های رویکرد توانمندسازی روانی و اجتماعی در طی ۲ ماه هفته ای ۲ جلسه به مدت یک ساعت بر روی گروه پژوهش اعمال شد. سپس از هر دو گروه خواسته شد تا دوباره پرسشنامه های پژوهش را تکمیل نمایند. داده های بدست آمده با آزمونهای آماری ضریب همبستگی و کوواریانس و رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفت. یافته ها: مصرف الکل، سیگار و سایر مواد غیرقانونی یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشتی و آسیب‌های روانی اجتماعی است که بسیاری از جوامع با آن مواجه هستند. نتایج بررسی ها حاکی از روند به افزایش مصرف و گرایش به مصرف انواع روان‌گردان در میان افراد است یافته های پژوهش حاضر نشان دادند که بین هوش معنوی، تاب‌آوری بیماران سایکوسوماتیک و

^۱ - کارشناس ارشد روانشناسی، مشاور آموزش و پرورش استان زنجان شهرستان خرمدره، Nader.Mahmodi60@gmail.com

^۲ - کارشناس ارشد روانشناسی - کارشناس مطالعات اجتماعی دادگستری استان زنجان

افراد عادی تفاوت وجود دارد. نتایج: نتایج تحلیل رگرسیون در پژوهش حاضر نشان می دهند که هوش معنوی، تاب آوری پایین از عوامل خطر ساز به گرایش اعتیاد در افراد می باشند. همچنین میزان وابستگی به مواد می تواند اختلالات سایکوسوماتیک را پیش بینی کنند. رویکرد توانمند سازی روانی-اجتماعی نیز در کاهش و برگشت بیماران سایکوسوماتیک از مصرف مواد یا سوء استفاده از داروها بسیار موثر است.

واژگان کلیدی: هوش معنوی، تاب آوری پایین، رویکرد توانمند سازی روانی-اجتماعی اعتیاد، اختلالات سایکوسوماتیک

Study of Psycho-Social Revitalize influence above Contemplative IQ, intolerance among psychosomatic illness

Abstract

Objectives: The purpose of the present study was to " Casual Study of relationship Contemplative IQ, Internet addiction and watching Persian satellite program among suicide adolescences in Tehran province. Method and Materials: The Method of the present study was Casual Study .Statically society in this research was all suicide adolescences in 2012 (1390 in Persian) in Tehran province. The present study sampling's method is sampling. Researchers with sampling. was considered 60 individual for any two group. Then researcher asked for groups until to answer the Contemplative IQ, Internet addiction and watching Persian satellite program questioners. Data was analyzed using descriptive statistics (means and standard deviations) and inferential statistics. Findings: individuals Mean in Contemplative IQ and it's integrations, is low among suicide adolescences. , to this way, Internet addiction in suicide adolescences is higher than normal adolescences and suicide adolescences watching Persian satellite program were significantly greater than normal adolescences. Conclusion: Contemplative IQ, Internet addiction and watching Persian satellite program among can predict the suicide among adolescences.

Key words: Emotional IQ, Intolerance of Uncertainly, Big Five Factor Personality, Learning-Disease Student, Mothers

هوش معنوی

از طرف دیگر هوش هیجانی جدیدترین تحوّل در زمینه ارتباط میان تفکر و هیجان است. توانایی پیش‌بینی موفقیت‌های زندگی و نیز نقش هوش هیجانی در بیشتر اختلالات روانی، و هم‌چنین دو نوع مفهوم صفتی و توانشی از هوش هیجانی (پتریدز و فرنهام به نقل از پتریدز، فردریکسون و فرنهامⁱ، ۲۰۰۴)، بر گستره پژوهش‌های مربوط به هوش هیجانی افزوده است. به اعتقاد بار-انⁱⁱ (۱۹۹۹) هوش هیجانی مجموعه‌ای از قابلیت‌ها، توانایی‌ها و مهارت‌ها است که فرد را برای سازگاری با محیط و کسب موفقیت در زندگی تجهیز می‌کند و نوعی ظرفیت ادراک، بیان، فهم، کاربرد و مدیریت هیجانهای خود و دیگران است (مایر، سالووی، کاروسو و سیتانیوسⁱⁱⁱ، ۲۰۰۱). احساسات هسته اصلی زندگی هستند و احساسات بر هیجان‌ها و هیجان‌ها بر احساسات تأثیر می‌گذارند. همه باید بدانند که هیجان‌ها می‌تواند توانایی (الف) - زندگی در مدرسه و رابطه با همسالان (ب) - پاسخ‌گویی، مسولیت و اتکا به خود (ج) - کنار آمدن با مسائل مختلف زندگی و مرگ را به آنها دیکته می‌کند (ویور و اوییکار، ۱۹۹۵؛ اوییکار و همکاران ۱۹۹۶؛ به نقل از اوییکار^{iv}، ۲۰۰۱). دانش هیجانی به تنظیم هیجان کمک می‌کند. با توجه به این مطلب افراد باید توانایی‌های مربوط به این سطح را به منظور استفاده از دانش‌های آن در عمل پرورش دهند. هرن، پاکمن و کواین^v (۲۰۰۸) به این نتیجه رسیدند که فقدان آگاهی معلمان، والدین و همسالان در مورد اختلالات سایکوسوماتیک در به وجود آوردن هیجان‌ها منفی و عدم تنظیم هیجان‌ها افراد با اختلالات سایکوسوماتیک موثر می‌باشد. دی‌گروی (۲۰۰۷) و کلومپاس و راس^{vi} (۲۰۰۴) در تحقیقی بر روی زندگی اجتماعی، باورها و مسائل هیجانی افراد با اختلالات سایکوسوماتیک به این نتیجه رسیدند که اختلالات سایکوسوماتیک بر کیفیت زندگی، باورها، هیجان‌ها و تحصیلات دانشگاهی این افراد به طور منفی تأثیر می‌گذارد. وان ریکیگم، هیلپاس، بروتن و پلمان^{vii} (۲۰۰۱) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که نگرش‌های ناسازگارانه، هیجان‌ها منفی و هوش هیجانی پایین همبستگی معنی‌دار مثبتی با افزایش شدت اختلالات سایکوسوماتیک دارند و هر چه سن مبتلایان به این اختلال پایین‌تر باشد شدت این همبستگی بیشتر می‌شود. این توانایی برای فهم و ارتباط نزدیک و صمیمانه بین خود و دیگران است (فینی و نولر^{viii}؛ ۱۹۹۱).

تاب آوری پایین

دومین متغیر مورد مورد بررسی در مطالعه حاضر تحمل ابهام است. وقتی یک فرد یا یک گروه با مجموعه ای از روشهای نا آشنا، پیچیده و نامفهوم مواجه می شود دچار ابهام می شود. تحمل ابهام یک متغیر شخصیتی است و میزانی است که فرد می تواند با موقعیتی که پایان آن نامشخص است مقابله ای موفقیت آمیز داشته باشد. افراد دارای تحمل ابهام^۱ پایین معمولاً استرس بیشتری تجربه می کنند و در تکالیف مبهم شکست می خورند. در حالی که افراد دارای تحمل ابهام بالا در تکالیف مبهم به خوبی عمل می کنند و از آن لذت می برند. به طور کلی عدم تحمل ابهام نقش خیلی مهمی در نگرانی واضطراب دارد (ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۴). دورهایم و فوستر^۲ (۱۹۹۸) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که تحمل ابهام یک صفت شخصیتی تعمیم داده شده نیست بلکه یک محتوای ویژه است. کراین و گوتایمر (۲۰۰۷) بر این باورند که عدم تحمل ابهام صفتی است که مشخصه کلیدی اختلالات روانشناختی در نوجوانان می باشد. دوگاس و ساوارد (۲۰۰۷) عدم تحمل ابهام را باورهایی در مورد نگرانی، جهت گیری مسأله منفی و سبک مقابله ای اجتنابی تعریف می کنند و بر این عقیده اند که این سه عامل با شدت مشکل فرد رابطه دارند. همچنین سوگایرا^۳ (۲۰۰۷) در تحقیقی نشان داد که عدم تحمل ابهام با جهت گیری حل مسئله ضعیف، سبک مقابله ای اجتنابی و باورهای شناختی منفی، رابطه مثبت دارد.

شبه جسمی

اصطلاح شبه جسمی (SOMATOFORM) از کلمه یونانی soma به معنی "بدن" گرفته شده است (وایت و هیلر، ۲۰۱۰). توصیف اختلالات روان تنی در DSM-IV بدین صورت بدین صورت می باشد: اختلالات شبه جسمی گروه وسیعی از بیماری ها هستند که نشانه ها و علائم جسمی مؤلفه اصلی آنها را تشکیل می دهند. این اختلالات در برگیرنده تعاملات میان ذهن و بدن هستند و در آنها مغز، از راههایی که هنوز شناخته نشده است، پیامهای مختلفی ارسال می کند که بر آگاهی فرد تاثیر می گذارد و از وجود یک مشکل جدی

^۱ - Intolerance of Uncertainly

^۲ - Durrheim and Foster

^۳ - Sugiura

در بدن خبر می دهد. به علاوه مکانیسم های ناشناخته روانی یا مغزی نیز وجود دارند که تغییرات جزئی یا غیرقابل شناسایی در شیمی عصبی، فیزیولوژی عصبی و ایمنی شناسی عصبی ایجاد می کنند و باعث بروز این بیماری می شوند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰). افکار و هیجان های آدمی، نحوه واکنش دهی وی را تغییر می دهند. یکی از واکنش های بدنی انسان، بیماری است و ما معمولاً از این مسأله غافل هستیم که بیماری های جسمانی ممکن است تحت تأثیر افکار و احساسات قرار گیرند. شواهد زیادی وجود دارد که نشان می دهد، مدت و شاید حتی وقوع این نوع بیماری ها می تواند تحت تأثیر حالت های روانی مبتلایان به آنها قرار گیرد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰) روزنهان، دیوید و سلینگمن، مارتین در زمینه تشخیص اختلال روان تنی، نظریه خود را مبنی بر اینکه تشخیص اختلال روان تنی زمانی صورت می گیرد که یک اختلال با آسیب جسمانی شناخته شده وجود داشته باشد و رویدادهایی که از نظر روان شناختی معنادار هستند، قبل از اختلال واقع شده و به شروع یا وخیم تر شدن آن کمک کنند. ملاک اول، اختلال های روان تنی را از اختلال های جسمانی شکل جدا می کند. اختلال های جسمانی شکل، مبنای جسمانی شناخته شده ای ندارند اما اختلال های روان تنی، مبنای جسمانی دارند مورد تأکید قرار داده اند (سیدمحمدی، ۱۳۸۹ و وایت و هیلر، ۲۰۱۰).

طبق DSM-IV پنج اختلال شبه جسمی عمده وجود دارند که عبارتند از: ۱- اختلال جسمانی کردن که وجه مشخصه آن شکایات جسمانی متعددی است که با دستگاه های عضوی مختلفی مرتبط هستند. ۲- اختلال تبدیلی که با یک یا دو شکایت عصبی مشخص می شود. ۳- خود بیمار انگاری که بیشتر با باور بیماران به داشتن بیماری خاصی مشخص می شود تا تمرکز روی علایم. ۴- اختلال بد ریختی بدن، باور غلط یا مبالغه آمیزی است مبنی بر ناقص بودن بخشی از بدن ۵- اختلال درد، عبارتست از نشانه هایی از درد که به طور کامل با عوامل روانی مرتبط هستند یا بر اثر این عوامل تشدید می شوند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰)

گرینبرگ، برون و کسیم (۲۰۰۸) و ون بورسل و تنوسکی^{ix} (۲۰۰۷) شیوع اختلال اختلالات سایکوسوماتیک را متناقض و در متون پژوهشی دارای مقادیر مختلف می دانند اختلالات سایکو سوماتیک در تمام فرهنگها و نژادها، طبقه های اجتماعی مختلف دیده می شود و با توجه به فاکتورهای جنسیت، فرهنگ، نژاد و طبقه های اجتماعی متفاوت می باشند (پور افکاری، ۱۳۹۰ و میرووس، روسای و بورسل^x، ۲۰۰۸). بهترین مرجع در این زمینه خلاصه روانپزشکی کاپلان می باشد که شیوع هر کدام از اختلالات را بیان کرده که مقبول تمام

روانپزشکان، روانشناسان است. طبق DSM-IV اختلال جسمانی کردن در زنان ۲۰ برابر مردان، بیشتر در جوانها، اختلال تبدیلی در زنها شایعتر، شروع حاد، آغاز در سنین جوانی، بیشتر در طبقات پایین و کم سواد می باشد. میزان بروز زن به مرد ۲ به ۱ گاهی ۵ به ۱ است. خودبیمارانگاری در مرد و زن، اختلال بد ریختی بدن بیشتر در نوجوانی و جوانی و کمی در زن ها بیشتر از مردان است. اختلال درد در زنان دو برابر مردان شایعتر است (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۰ و وایت و هیلر، ۲۰۱۰).

اختلالات سایکوسوماتیک اختلالی چند بعدی است (زبراوسکی^{xi}، ۲۰۰۳ و فلاندرز دانبار، گرینبرگ، برون و کسیم، ۲۰۰۸). هانس سلیهⁱ (۱۹۹۸) و، جرج انگلⁱⁱ (۲۰۰۱) با تاکید بر عوامل فیزیولوژیکشان داد در شرایط استرس، همه مکانیسم های تنظیمی عصبی متحمل تغییراتی می شوند که مکانیسم های هومئوستاتیک بدن را سرکوب می کنند، مسیرهای نوروفیزیولوژیک که میانجی واکنش به استرس هستند، عبارتند از: قشر مخ، سیستم لیمبیک، هیپوتالاموس، مرکز آدرنال و سیستم عصبی سمپاتیک و پاراسمپاتیک. تستوسترون با استرس طولانی کاهش می یابد. کاهش هورمون تیروئیدی پاسخ ایمن: فعالیت ایمنی با آزاد شدن عوامل ایمنی هورمونی سیتوکینⁱⁱⁱ در استرس حاد رخ می دهد. تعداد و فعالیت سلول های کشنده طبیعی در استرس مزمن کاهش می یابد. وایت و هیلر (۲۰۱۰) و دانلاپⁱⁱ اولین علت اختلال اختلالات را وجود حالات تنش زای مداوم در زندگی خانوادگی می داند. تیز، وان، وایرینگن و دنیل نیزⁱⁱⁱ (۲۰۰۸) بر نقش آسیب های مغزی و بیماریهای تخریب کننده اعصاب در به وجود آمدن این اختلال تاکید دارند. پلکسکیو، مانینگ^{vii} (۲۰۰۵) بهبودی از اختلالات سایکوسوماتیک را به چند مورد وابسته می داند که عبارتند از: حمایت اطرافیان، درمان موفقیت آمیز، خود درمانی و تغییر رفتار، تغییر شناختی، تنظیم هیجانات و داشتن سطح بالایی از انگیزه برای بهبودی.

¹ - Hans Sleye

² - George Engel

³ - cytokines

مصرف مواد

بررسی‌های همه گیرشناسی حاکی از آن است که مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد در بین نوجوانان جوامع مختلف، در دهه‌های اخیر افزایش چشم‌گیری داشته است (جانستون، اومالی و بچمن^۱، ۲۰۰۱؛ فرنس^۲، لوتیان و کیپ، ۲۰۰۰). مصرف الکل، سیگار و سایر مواد غیرقانونی یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشتی و آسیب‌های روانی اجتماعی است که بسیاری از جوامع با آن مواجه هستند. نتایج بررسی‌ها حاکی از روند به افزایش مصرف و گرایش به مصرف انواع روان‌گردان در میان افراد است. اگرچه مطالعات زیادی در خصوص میزان شیوع و روند مصرف الکل، سیگار و سایر مواد در میان نوجوانان ایرانی انجام نشده است، با این حال چند مطالعه‌ای که اخیراً انجام شده است، حاکی از افزایش گرایش نوجوانان ایرانی به مصرف الکل، سیگار و سایر مواد می‌باشد. افزایش گرایش نوجوانان به مصرف الکل، سیگار و سایر مواد بسیار نگران‌کننده است، زیرا اکثر نوجوانانی که مصرف مواد را در سال‌های اولیه نوجوانی آغاز می‌نمایند، به مصرف این ماده در سال‌های آینده ادامه می‌دهند و میزان مصرف مواد و همچنین مشکلات مرتبط با آن نیز افزایش می‌یابد (ماک^۱ و همکاران، ۲۰۰۱؛ اسوادی^۲، ۱۹۹۹). با توجه به این یافته‌ها، متخصصان حوزه پیشگیری تاکید می‌نمایند که برنامه‌های پیشگیرانه باید کودکان و نوجوانان را در سنین پایین‌تر آماج مداخله قرار دهند، زیرا برنامه‌هایی که نوجوانان را قبل از دوره دبیرستان هدف قرار می‌دهند، می‌توانند در پیشگیری از سوء مصرف مواد در بزرگسالی بسیار موفق باشند (بوتوین، ۲۰۰۰).

الگوهای پیشگیری از مصرف مواد در نوجوانان

طی سال‌های گذشته تلاش‌های زیادی به منظور پیشگیری از مصرف مواد انجام شده است. این تلاش‌ها از رویکردهای پیشگیرانه‌مختلفی استفاده کرده‌اند (بوتوین، شینکه و اورلاندی، ۱۹۹۵، به نقل از برنستاین و زیگک، ۱۹۹۹). متخصصان طی این سال‌ها راهبردها و برنامه‌هایی مختلفی برای کاهش مصرف مواد و حمایت از رشد مثبت نوجوانان طراحی، اجرا و ارزیابی کرده‌اند. مدل رشد اجتماعی‌ها و کینزوویس (۱۹۸۵) مطرح شده است، رفتارهای نابهنجار از جمله مصرف مواد را بر اساس پیوند اجتماعی تبیین می‌کند. دیدگاه بوم شناختی اساس دیدگاه

3- Bachman

4- Ferrence

بوم‌شناسی اجتماعی (کامپر^۱ و ترنر، ۱۹۹۱) مهم‌ترین علت سوء مصرف مواد فشارروانی، به ویژه فشارروانی مرتبط با مدرسه است. مدل تلفیقی مصرف مواد در نوجوانان تریلبر توتوین (۲۰۰۰) با مرور بررسی‌های انجام شده در زمینه‌ی عوامل خطر ساز و حفاظت‌کننده مصرف مواد در نوجوانان، مجموعه‌ای از عوامل را که در آغاز مصرف مواد نقش دارند، در یک مدل جامع شروع مصرف الکل، سیگار و سایر مواد، تلفیق کرده است. این عوامل را می‌توان بر اساس حیطه‌ها یا زمینه‌های مختلف گروه بندی کرد. این مدل نظری عناصر و مؤلفه‌های اساسی چندین نظریه سبب‌شناسی مهم در زمینه مصرف مواد، از جمله نظریه یادگیری اجتماعی (بندورا، ۱۹۷۷)؛ نظریه رفتار مشکل ساز (جسروجرس، ۱۹۷۷)؛ و نظریه تحقیر خود (کاپلان، ۱۹۸۰)؛ نظریه ارتباطات متقاعدکننده^۲ (مک‌گوایر^۳، ۱۹۶۸) و نظریه‌های مربوط به گروه همسالان (اوتینگ و بیوویس، ۱۹۸۷) را در بر می‌گیرد. بر اساس مدل تلفیقی بوتوین (۲۰۰۰) مصرف الکل، سیگار و سایر مواد، نتیجه‌ی تعامل پویای مجموعه‌ای از عوامل محیطی و فردی در نظر گرفته می‌گردد که در آن همسالان، والدین و سایر عوامل اجتماعی در تعامل با آسیب‌پذیری‌های روان‌شناختی فرد به مصرف الکل، سیگار و سایر مواد منجر می‌شوند. به عنوان مثال برخی افراد ممکن است تحت تأثیر تبلیغات رسانه‌ای که مصرف الکل، سیگار و سایر مواد را طبیعی یا فریبده جلوه می‌دهند، به مصرف این مواد روی آورند، در حالی که افراد دیگر تحت اثر اعضای خانواده یا دوستانی که مواد مصرف می‌کنند، یا باورها و نگرش‌هایی دارند که مصرف مواد را تایید می‌کند، شروع به مصرف مواد می‌کنند.

رویکرد توانمندسازی روانی - اجتماعی

رویکرد تقویت توانایی، آموزش مهارت‌های مقاومت در برابر فشار اجتماعی را با مهارت‌های تقویت توانمندی ترکیب می‌کند. از دیدگاه نظری، یکی از مهم‌ترین مفروضه‌هایی که در پس رویکرد آموزش مهارت‌های فردی و اجتماعی وجود دارد، این است که رفتارهای مشکل ساز نوجوانان از قبیل مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد و دیگر رفتارهای انحرافی از قبیل رفتارهای جنسی زودرس و فرار، نوعی نشانه تلقی می‌شوند (بوتوین و ویلز، ۱۹۸۵؛ جسروجرس، ۱۹۸۲؛ به نقل از هانونیکل و آهار، ۲۰۰۴). مصرف سیگار یک

1- Kumper
2-persuasive communications theory
3- McGuire

رفتار کارکردی در نظر گرفته می‌شود که از طریق آن نوجوانان خودشان را ابراز نموده، با اضطراب مقابله و با استرس‌های گذار از کودکی به نوجوانی کنار می‌آیند. بنابراین فرض بر این است که مجموعه مشابهی از عوامل شناختی و شخصیتی زیربنایی (از قبیل عزت نفس پایین، سطوح بالای اضطراب و مهارت‌های تصمیمگیری ضعیف) نوجوانان را مستعد مصرف الکل، سیگار و سایر مواد و دیگر رفتارهای مشکل ساز می‌نماید (اپستین و همکاران، ۲۰۰۰؛ بوتوین و همکاران، ۱۹۸۵؛ جسر، ۱۹۸۲؛ به نقل از هانوینکل و آهار، ۲۰۰۴). بر اساس رویکرد تقویت توانمندی^۱ مصرف مواد یک رفتار کارکردی و اجتماعی آموخته شده است که نتیجه تعامل عوامل فردی و اجتماعی است. علاوه بر توجه به اهمیت فرایندهای یادگیری اجتماعی از قبیل الگودهی، تقلید و تقویت، این رویکرد اظهار می‌نماید که نوجوانان دارای مهارت‌های فردی و اجتماعی ضعیف، نه تنها در برابر عوامل مشوق مصرف مواد آسیب پذیر هستند، بلکه تمایل دارند از مصرف مواد به عنوان جایگزینی برای راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه استفاده نمایند (بوتوین، ۲۰۰۰؛ بوتوین و گریفن، ۲۰۰۴). بنابراین رویکردهای توانمندسازی به پیشگیری از سوء مصرف مواد، بر آموزش مهارت‌های فردی و اجتماعی عمومی در کنار مهارت‌های مقاومت تاکید می‌کنند. نمونه‌هایی از انواع مهارت‌های مورد تاکید این نوع رویکردهای پیشگیرانه، شامل مهارت‌های تصمیم‌گیری، مهارت‌های ارتباطی و بین فردی، مهارت‌های جرات‌مندی و مهارت‌های مقابله با اضطراب و خشم می‌باشند. چندین مطالعه فراتحلیل نشان می‌دهند که رویکردهای نفوذ اجتماعی و ارتقای توانایی از رویکردهای آموزشی سنتی مؤثرتر هستند و تغییر رفتار و نگرش در این رویکردها بارزتر است (بوتوین و گریفن، ۲۰۰۴). موسسه ملی سوء مصرف مواد (۲۰۰۳)، با بررسی مطالعات انجام شده در زمینه پیشگیری از سوء مصرف مواد در مدارس، مجموعه‌ای از اصول راهنما را به عنوان اصول اساسی مداخلات مدرسه محور شناسایی کرده است. این اصول راهنما حاصل مطالعات مختلفی است که در سال‌های اخیر در زمینه سبب‌شناسی و پیشگیری از سوء مصرف مواد انجام شده است:

1- competenceenhancement

اصل اول - برنامه‌های پیشگیری باید به گونه‌ای طراحی شوند که «عوامل حفاظت کننده» را تقویت کنند و «عوامل خطر ساز» را تغییر یا کاهش دهند (هاوکینز و همکاران، ۲۰۰۲).

اصل دوم - برنامه‌های پیشگیری باید تمام انواع مختلف مواد شامل مصرف سیگار، مشروبات الکلی، حشیش، مواد افیونی و ... را در بر بگیرد (جانستون و همکاران، ۲۰۰۲).

اصل سوم - برنامه‌های پیشگیری باید آموزش مهارت‌های مقاومت در برابر پیشنهاد مصرف مواد، تقویت باورها و تعهدات شخصی علیه مصرف مواد، افزایش کفایت اجتماعی در روابط اجتماعی، ارتباط با همسالان و توانایی جرات‌مندی و تقویت نگرش‌های ضد مواد را در بر گیرند (بوتوین و همکاران، ۱۹۹۵).

اصل چهارم - برنامه‌های پیشگیری برای نوجوانان باید علاوه بر روش‌های آموزشی، از روش‌های تعاملی نیز استفاده کنند. روش‌هایی نظیر تشکیلگروه‌های گفتگو و بحث میان همسالان (بوتوین و همکاران، ۱۹۹۵).

اصل پنجم - برنامه‌های پیشگیری باید «والدین» یا مراقبان کودک را در بر بگیرد تا از طریق آنان بتوان آن چه را که کودکان درباره مواد مخدر و عوارض زیان بار آن می‌آموزند، تایید و تقویت نمود. همچنین نباید شرایطی برای تبادل نظر میان خانواده‌ها درباره مصرف مواد مخدر و مقررات و نحوه برخورد خانواده در برابر مصرف مواد توسط فرزندان، فراهم آورد و پیوند و روابط خانوادگی را تقویت کند (آشری و همکاران، ۱۹۹۸).

اصل ششم - برنامه‌های پیشگیری باید طولانی مدت باشند، و در دوره‌های مختلف تحصیلی ارائه شوند (وبستر، استراتون و همکاران، ۲۰۰۱؛ شرر و همکاران، ۱۹۹۹).

اصل هفتم - برنامه‌های پیشگیری در مدارس باید همه افراد را در بر گیرد، ضمن آنکه باید گروه‌های خاص در معرض سوء مصرف مواد مخدر را نیز شامل شود، مثلاً کودکان دچار مشکلات رفتاری یا ناتوانی‌های یادگیری یا کودکانی که احتمال ترک تحصیل آن‌ها وجود

دارد. جمعیت هدف هرچه بیشتر در معرض خطر باشد، به برنامه‌های پیشگیری متمرکزتر و زود هنگام تر نیاز است (موسسه ملی سوء مصرف مواد، ۲۰۰۳).

اصل هشتم - برنامه‌های پیشگیری باید ویژگی‌های هر دوره سنی باشد، از نظر رشدی متناسب و از نظر فرهنگی حساس و ظریف تهیه شوند (موسسه ملی سوء مصرف مواد، ۲۰۰۳).

برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی^۱ یک مداخله‌ی پیشگیرانه‌ی چند مؤلفه‌ای^۲ مبتنی بر رویکرد توانمندسازی روانی-اجتماعی است که بر آموزش مهارت‌های مقاومت در برابر مصرف مواد، در چهارچوب مدل آموزش مهارت‌های فردی و اجتماعی عمومی تاکید می‌کند. برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی یک برنامه‌ی پیشگیری مبتنی بر مدرسه است که بیش از همه برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد، مورد ارزیابی علمی قرار گرفته است. برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی از طرف بسیاری از موسسه‌های علمی و پژوهشی از جمله انجمن روان شناسی آمریکا، مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، انجمن طب آمریکا، موسسه‌ی ملی سوء مصرف مواد، موسسه‌ی ملی سرطان، مرکز پیشگیری از سوء مصرف مواد، و دفتر پیشگیری از جرایم و بزه کاری نوجوانان، به عنوان مؤثرترین رویکرد پیشگیری شناخته شده و مورد تمجید قرار گرفته است (بوتوینو گرین، ۲۰۰۴). به طور خلاصه برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی یکی از مؤثرترین برنامه‌های پیشگیرانه موجود است که بیش از همه برنامه‌ها، ارزیابی شده و در سال‌های اخیر به طور وسیع تری گسترش یافته است. آنچه این رویکرد را از سایر رویکردهای پیشگیرانه متمایز می‌نماید، تاکید ویژه‌ی آن بر تفاوت‌های فردی زیربنایی است. از دیدگاه نظری دو ویژگی متمایزکننده برنامه آموزش مهارت‌های فردی و اجتماعی عبارتند از: ۱- استفاده از راهبردهای درمانی برای تغییر و اصلاح این عوامل شخصیتی و شناختی- بین فردی زیربنایی و ۲- تاکید بر آموزش مهارت‌های عمومی زندگی برای تأثیرگذاری بر مصرف مواد مختلف (الکل، حشیش و ...) و جلوگیری از بروز سایر رفتارها نظیر رفتارهای جنسی زود هنگام، بزه کاری و عملکرد تحصیلی ضعیف (گلاسکو و مک کال، ۱۹۸۵). مهم‌ترین چالش در حوزه‌ی پیشگیری از سوء مصرف

1- The Life Skills Training (LST)

2- multi-component

الکل، سیگار و سایر مواد، اثبات اثربخشی برنامه‌های پیشگیرانه است (بوتوین، ۲۰۰۰). تا اواخر سال‌های ۱۹۷۰ و اوایل ۱۹۸۰ شواهد معتبری که نشان دهنده اثربخشی تلاش‌های پیشگیرانه در کاهش مصرف الکل، سیگار و سایر مواد باشد، در دسترس نبود. از آن زمان تاکنون پژوهش‌های قابل ملاحظه‌ای انجام شده که به رشد و تکامل رویکردهای پیشگیرانه امید بخش از جمله آموزش مهارت‌های زندگی منجر شده است. طی سال‌های اخیر، پژوهش‌های بسیاری به بررسی اثر بخشی رویکردهای پیشگیری مبتنی بر نفوذ اجتماعی پرداخته‌اند. به طور کلی، این مطالعات نشان داده‌اند که مدل‌های مبتنی بر نفوذ اجتماعی اثربخش هستند (بوتوین، ۲۰۰۰). بر اساس نتایج این ارزیابی‌ها، برنامه‌هایی که کل سیستم (افراد، همسالان، خانواده، مدارس و جامعه) را تحت پوشش قرار می‌دهند، در مقایسه با برنامه‌هایی که فقط نوجوانان را آماج خود قرار می‌دهند، مؤثرتر هستند. همچنین برنامه‌هایی که مهارت‌های زندگی و عوامل اجتماعی تأثیرگذار مانند همسالان و فشار اجتماعی و رشد مهارت‌های مقاومت را هدف قرار می‌دهند، از سایر برنامه‌ها اثربخش‌تر می‌باشند (هانسن، ۱۹۹۲) با مرور ۴۵ مطالعه‌ی ارزشیابی در مورد برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر مدرسه، نشان داده است که برنامه‌هایی که بر عوامل نفوذ اجتماعی تأکید می‌نمایند، در مقایسه با برنامه‌های مبتنی بر فعالیت‌های جانشین، نتایج بهتری نشان داده‌اند. مطالعات نشان می‌دهند برنامه‌هایی که فقط بر ارابه و اطلاعات (ارابه اطلاعات در مورد مواد به افراد)، آموزش عاطفی (برنامه‌هایی که بر رشد عزت نفس و روشن سازی ارزش‌ها تأکید می‌نمایند) یا بر ترکیب و راهبردهای عاطفی تأکید می‌نمایند، کم‌ترین اثربخشی دارند (تا بلر و همکاران، ۲۰۰۰؛ هانسن، ۱۹۹۲؛ به نقل از اسپرینگر و همکاران، ۲۰۰۴). طی ۲۰ سال گذشته پژوهش‌های زیادی اثربخشی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی را مورد ارزیابی قرار داده‌اند. این مطالعات به طور پایداری نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های زندگی اثرات رفتاری مثبتی بر مصرف الکل، سیگار و سایر مواد ایجاد می‌نماید.

پژوهش‌های اولیه در زمینه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی، بر مصرف سیگار متمرکز بودند و عمدتاً جمعیت سفید پوست طبقه متوسط را شامل می‌شدند. این مطالعات عمدتاً شامل بررسی‌های مقدماتی در مقیاس کوچک بودند که به ارزیابی اثرات کوتاه مدت این مداخله بر مصرف سیگار و عوامل مرتبط با آن می‌پرداختند. بسیاری از این مطالعات اولیه نشان داده‌اند که این رویکرد پیشگیرانه در

کاهش مصرف سیگار در نوجوانانی که □ این برنامه را دریافت □ کرده‌اند، در مقایسه با گروه کنترل موثر است (به عنوان مثال بوتوین و انگ، ۱۹۸۰، ۱۹۸۲؛ به نقل از بوتوین و گرین، ۲۰۰۴؛ محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۶؛ طارمیان و مهریار، ۱۳۸۷). در طول دهه‌ی اول پژوهش ارزشیابی در زمینه‌ی رویکرد آموزش مهارت‌های زندگی، مطالعات متعددی اثربخشی آن را در شکل‌های مختلف ارایه، با آموزش دهندگان مختلف و در مورد مواد متفاوت مورد ارزیابی قرار دادند (بوتوین و گرین، ۲۰۰۴). در این □ برنامه‌های پیشگیرانه تعداد جلسات آموزشی از ۷ جلسه تا ۲۰ جلسه متغیره بوده است. بعضی از این □ برنامه‌ها به صورت یک جلسه در هفته و برخی دیگر به صورت دو جلسه یا بیشتر در هفته اجرا شده‌اند و در اکثرین مطالعات از بزرگ‌سالان به عنوان آموزش دهنده استفاده شده است. در همین راستا نتایج پژوهش محمدخانی و همکاران (۱۳۸۶) نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند تغییر معناداری در عوامل خطر ساز فردی نظیر خودپنداره، احساس کنترل □ درونی، مهارت‌های خود کنترلی، جرات مندی و نگرش نسبت به مواد ایجاد نماید. نوجوانانی که آموزش مهارت‌های زندگی را دریافت کرده بودند در مقایسه با نوجوانان گروه کنترل، در ارزیابی پس از مداخله تغییر معناداری در خود پنداره، مهارت‌های خود کنترلی، مهارت‌های اجتماعی، احساس کنترل درونی و نگرش منفی نسبت به مواد نشان دادند. همچنین آموزش مهارت‌های زندگی تمایل □ نوجوانان در معرض خطر به مصرف الکل، سیگار و سایر مواد را به طور معناداری کاهش داد.

به طور کلی آموزش مهارت‌های زندگی در کوتاه مدت می‌تواند تغییر معناداری در عوامل میانجی مصرف مواد ایجاد نماید، ولی تغییرات □ پایدار در رفتار مصرف مستلزم زمان طولانی‌تر و تکرار و استمرار برنامه‌ی آموزشی است. این □ نتایج از رویکردهای نفوذ اجتماعی در پیشگیری از مصرف مواد حمایت □ کرده و به روشن سازی متغیرهای میانجی برنامه‌های پیشگیرانه □ کمک □ می‌کند. اگرچه مهارت‌های زندگی برای پیشگیری مستقیم از مصرف مواد آموزش داده می‌شود، ولی برای مقابله با بسیاری از چالش‌هایی که نوجوانان در زندگی روزمره با آن مواجه هستند، نیز کاربرد دارند. برنامه‌ی توان‌مندسازی روانی- اجتماعی افراد در معرض خطر، برنامه‌ی پیشگیرانه‌ی چند مؤلفه‌ای است که به منظور تقویت توانمندی‌های فردی و اجتماعی و بهبود عزت نفس افراد در معرض خطر، طراحی شده است. این برنامه‌ی آموزشی بر اساس عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد در نوجوانان طراحی شده است. هدف

اصلی این برنامه، ایجاد تغییر در سه حیطه‌ی، نگرش و رفتار افراد است. برنامه‌ی توانمندسازی روانی-اجتماعی یک بسته آموزشی است که شامل سه بخش است (محمدخانی، ۱۳۸۹):

۱- کتاب راهنمای راهبردهای پیشگیری از مصرف مواد در افراد در معرض خطر: شناسایی، ارزیابی و مداخله

۲- راهنمای آموزش مهارت‌های زندگی برای افراد

۳- کتاب کار افراد

این برنامه شامل ۸ موضوع است که در ۱۱ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای آموزش داده می‌شوند. جدول ۱ واحدهای درسی و تعداد جلسات مورد نیاز برای آموزش هر واحد درسی را نشان می‌دهد. هر واحد درسی دارای فعالیت‌های آموزشی مختلفی است که اهداف متفاوتی را دنبال می‌کند. راهنمای آموزش برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی، کاملاً ساخت یافته و برنامه ریزی شده است و نحوه‌ی اجرای فعالیت‌ها را به طور گام به گام آموزش می‌دهد. آموزش موضوعات، به شیوه تعاملی با استفاده از تکنیک‌های آموزش فعال مانند، بارش فکری، بحث گروهی، فعالیت گروهی، طرح سوال، ایفای نقش و تمرین رفتاری صورت می‌پذیرد. اگرچه این برنامه از یک ساختار تعریف شده‌ای برخوردار است، با این حال، مشاوران می‌توانند متناسب با نیازهای آموزشی افراد، سرعت و روند ارائه مطالب را تنظیم کنند. به عنوان مثال در شرایطی که زمان تعیین شده ۹۰ دقیقه برای انتقال یک مهارت به دلایل مختلف، مناسب نباشد، این امکان وجود دارد که یک مبحث در چند جلسه آموزش داده شود. آنچه مهم است، حفظ توالی و آموزش کلیه مفاهیم و موضوعات مطرح شده در بسته آموزشی است. با توجه به ادبیات پژوهشی که در این پژوهش در مورد گوشه گیری و رابطه آن با مهارت‌های مقابله ایی و تحمل ابهام ارائه شده می‌توان چنین جمع بندی کرد که

اهداف

بررسی تاثیر هوش معنوی، تاب آوری پایین و رویکرد توانمند سازی روانی-اجتماعی بر کاهش اعتیاد در بیماران مبتلا به اختلالات

سایکوسوماتیک

۱- بررسی هوش معنوی در بیماران سایکوسوماتیک مبتلا اعتیاد.

۲- بررسی تاب آوری در بیماران سایکوسوماتیک مبتلا اعتیاد.

۳- بررسی تاثیر رویکرد توانمند سازی روانی- اجتماعی بر کاهش اعتیاد در بیماران مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی با کار آزمایشی بالینی است که دارای ۲ گروه، یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش آموزان دارای اختلالات روان تنی در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ می باشد. روش نمونه گیری پژوهش حاضر بر اساس دیگر پیش شرط مطالعات آزمایشی نمونه گیری تصادفی ساده می باشد. شیوه اجرای تحقیق: ابتدا لیست کلیه دانش آموزان دارای اختلالات روان تنی که در پژوهش مشابه ای با عنوان "بررسی میزان شیوع و رابطه اختلالات سایکوسوماتیک با هوش هیجانی و سبک دلبستگی در مدارس متوسطه پسرانه استان زنجان" توسط پژوهشگران حاضر در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ اجرا شده بود، تهیه گردید. برای اطمینان کامل در عضویت دانش آموزان فوق در گروه اختلالات روان تنی شرح حال و معاینه وضعیت روانی طبق استانداردهای DSM-IV صورت گرفت. از آنجا که بین مطالعه اول و مطالعه دوم فاصله یک ماهه وجود داشته است پژوهشگران برای اطمینان از اینکه دانش آموزان فوق بهبود یافته یا در حین درمان نیستند شرح حال و مصاحبه بالینی را اجرا نمودند. نکته قابل توجه این بوده است که شش دانش آموز در حین درمان و یا بهبود یافته بودند به طوری که دیگر دارای ملاکهای ورود به گروه پژوهش نبوده اند. با محاسبه فرمول کوکران تعداد ۵ نفر برای هر دو گروه پژوهش بدست آمد. ولی پژوهشگران برای افزایش اعتبار درونی و بیرونی پژوهش تعداد هر گروه را از ۵ نفر به ۱۰ نفر افزایش دادند. در گام بعدی با روش نمونه گیری تصادفی ساده تعداد ۱۰ دانش آموزان دارای اختلالات روان تنی با روش نمونه گیری تصادفی ساده در گروه آزمایش و ۱۰ دانش آموزان دارای اختلالات روان تنی دیگر در گروه کنترل جای داده شدند. از هر دو گروه خواسته شد تا به پرسشنامه اضطراب حالت- صفت اسپیل برگر و همکاران (۱۹۷۰) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لویندا (۱۹۹۵) را تکمیل کنند، داده ها جمع آوری و ثبت گردیدند. در گام بعدی

روش درمانی (EMDR) در طی ۱۶ جلسه، هفته ای ۲ جلسه بر روی گروه آزمایش اعمال شد در حالی که روی گروه کنترل هیچ مداخله ای انجام نگرفت. پس از اعمال متغیر مستقل از هر دو گروه آزمایش و کنترل خواسته شد تا دوباره پرسشنامه اضطراب حالت-صفت اسپیل برگر و همکاران (۱۹۷۰) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لویندا (۱۹۹۵) را دوباره تکمیل کنند. از ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل کواریانس و «اندازه اثر»^۱ جهت تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده استفاده شد. برای تجزیه تحلیل از نرم افزار آماری spss16 استفاده گردیده است.

ابزار سنجش

- پرسشنامه های هوش معنوی:

پرسشنامه ای که توسط عبدالله زاده در سال ۱۳۷۸ هنجاریابی شده است. پایایی آزمون در مرحله مقدماتی برابر با ۰/۷۸٪ و در مرحله نهایی ۰/۸۹٪ بوده است که با روش تحلیل عاملی مورد تحلیل قرار گرفته است

مقیاس تحمل ابهام: مقیاس تحمل ابهام^۲ که توسط لین^۳ و همکاران با ۲۲ آیتم در سال ۱۹۹۳ ساخته شده است و اعتبار و روایی آن بسیار خوب گزارش شده است. این مقیاس ۲۲ آیتم دارد که هر آزمودنی به این آیتم ها به صورت کاملاً موافق تا کاملاً مخالف پاسخ می دهد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس بالای ۰/۹۰ گزارش شده است. بعد از جمع آوری داده ها در تحلیل اطلاعات از آزمون t مستقل استفاده شده است.

Effect Size

^۱ - Intolerance of Uncertainly Scale

^۲-Lin

یافته ها

بررسی تاثیر هوش معنوی، تاب آوری پایین و رویکرد توانمند سازی روانی- اجتماعی بر کاهش اعتیاد در بیماران مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک.

جدول شماره ۱- میانگین و انحراف معیار هوش معنوی، تاب آوری پایین بیماران مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک.

متغیر	گروه کنترل		گروه آزمایش	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
۱ هوش معنوی	۵۰/۱۱	۷/۱	۳۲/۴۰	۶/۱
۲ وابستگی به مواد	۳۴/۱۴	۷/۳۴	۳۸/۸۳	۵/۹۶
۳ تاب آوری پایین	۲۲/۲۹	۳/۶۰	۲۶/۷۲	۵/۰۱

نتایج جدول شماره یک میانگین و انحراف معیار هوش معنوی، وابستگی به مواد تاب آوری پایین بیماران مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک است.

جدول شماره ۲- نتایج تحلیل واریانس چند متغیری هوش معنوی، تاب آوری پایین بیماران مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک.

ردیف	متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	P
۱	هوش معنوی	۲۹۹۰/۱۲	۱	۲۹۹۰/۱۲	۶۳/۳۴	<۰/۰۰۰
۲	وابستگی به مواد	۲۰۱۲/۸۹	۱	۲۰۱۲/۸۹	۵۰/۵۲	<۰/۰۰۰
۳	تاب آوری پایین	۸۴۰/۵۸	۱	۸۴۰/۵۸	۳۷/۷۶	<۰/۰۰۰

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری هوش معنوی، تاب آوری پایین بیماران مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک را نشان می دهد که میانگین نمرات هوش معنوی ($F=63/34$) به طور معناداری در بیماران سایکوسوماتیک به افراد عادی پایین تر است ($P=0/000$). همچنین میانگین نمرات وابستگی به مواد ($F=50/52$) بیماران سایکوسوماتیک نسبت به افراد عادی بالاتر است ($P=0/000$). طبق جدول فوق میانگین نمرات تاب آوری پایین ($F=37/76$) بیماران سایکوسوماتیک نسبت به افراد عادی بالاتر است ($P=0/000$).

جدول شماره ۳- ضریب رگرسیون پیش بینی اختلالات سایکوسوماتیک از طریق مولفه های هوش معنوی، تاب آوری پایین در بیماران

سایکوسوماتیک.

مدل	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده		P	t
	B	خطای معیار	بتا			
۱	هوش معنوی	۸۲/۶۱	۱۱	۰/۳۶	۰/۰۰۰	۹/۲۳
۲	وابستگی به مواد	۹/۵۳	۴/۳۳	۰/۲۵	۰/۰۰۲	۶/۳۱
۳	تاب آوری پایین	۷/۷۰	۲/۷۶	۰/۲۱	۰/۰۰۰	۳/۳۱

نتایج جدول شماره سه ضریب رگرسیون پیش بینی اقدام به خودکشی از طریق هوش معنوی، تاب آوری پایین بیماران مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک را نشان می دهد که هوش معنوی ($t=9/23, P=0/000$)، وابستگی به اینترنت ($t=6/31, P=0/002$) و وابستگی به شبکه های فارسی زبان ماهواره ای ($t=3/31, P=0/000$) اقدام به خودکشی در نوجوانان را پیش بینی کنند.

جدول شماره ۴- تاثیر رویکرد توانمند سازی روانی- اجتماعی در کاهش بیماران سایکوسوماتیک از مصرف مواد یا سوء استفاده از

داروها

متغیرها	منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب تاثیر	توان آماری
هوش معنوی	گروه	۴۲۹/۳۲۱	۱	۴۲۹/۳۲۱	۸/۶۲	۰/۰۰	۰/۲۱۱	۰/۹۱
وابستگی به مواد	گروه	۴۶۱/۴۲	۱	۴۶۱/۴۲	۸/۷۴	۰/۰۰	۰/۱۶۱	۰/۷۹
تاب آوری پایین	گروه	۵۳۲/۱۹	۱	۵۳۲/۱۹	۶/۹۷	۰/۱۶	۰/۲۰۴	۰/۷۴

همانگونه که جدول فوق نشان می دهد رویکرد توانمند سازی در کاهش بیماران سایکوسوماتیک از مصرف مواد یا سوء استفاده از

داروها موثر است.

بحث

در خصوص میانگین و انحراف معیار هوش معنوی، تاب آوری پایین بیماران مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک نتایج جدول شماره یک هوش نشان می دهد که هوش معنوی در افراد عادی بالاتر از بیماران سایکوسوماتیک است. همچنین وابستگی به مواد و تاب آوری پایین در بیماران سایکوسوماتیک بیشتر از افراد عادی است. با این نتایج فرض اول پژوهش تایید میشود و این تایید با پژوهش های پاسکار و همکاران (۱۹۹۲)، فلیسچ من و همکاران (۲۰۰۵)، میروند زجاجی، یاسمی و لایقی (۱۳۸۷)، محمد خانی (۱۳۸۵)، احمد محمدپور (۱۳۸۱)، حسینی (۱۳۷۸)، مولدر (۲۰۰۰)، گرو لگر، توموری و کاکمور (۲۰۰۳)، ون هیرینگن (۲۰۰۱) اشاره همگام و هماهنگ است. برای پاسخگویی به فرض دوم پژوهش در خصوص وجود تفاوت بین متغیرهای هوش معنوی، تاب آوری پایین بیماران مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک و افراد عادی در پژوهش حاضر از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده گردیده است و همانگونه که نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری هوش معنوی، وابستگی به مواد و تاب آوری پایین نشان می دهد، میانگین نمرات هوش

معنوی ($F=63/34$) به طور معناداری در بیماران سایکوسوماتیک از افراد عادی پایین تر است ($P=0/000$). همچنین میانگین نمرات، وابستگی به مواد ($F=50/52$) بیماران سایکوسوماتیک از افراد عادی بالاتر است ($P=0/000$). طبق جدول فوق میانگین نمرات تاب آوری پایین ($F=37/76$) بیماران سایکوسوماتیک از افراد عادی بالاتر است ($P=0/000$). و سوال پژوهش حاضر در خصوص وجود تفاوت بین هوش معنوی، وابستگی به اینترنت و شبکه های فارسی زبان ماهواره در نوجوانان اقدام کننده به خودکشی و عادی تایید میگردد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهشهای پاسکار و همکاران (۱۹۹۲)، فلیسچ من و همکاران (۲۰۰۵)، میروند زجاجی، یاسمی و لایقی (۱۳۸۷)، محمد خانی (۱۳۸۵)، احمد محمدپور (۱۳۸۱)، حسینی (۱۳۷۸)، مولدر (۲۰۰۰)، گرولگر، توموری و کاکمور (۲۰۰۳)، ون هیرینگن (۲۰۰۱) همسو و هماهنگ میباشد. در خصوص پاسخ گویی به سوال سوم پژوهش حاضر در رابطه با اینکه آیا مولفه های هوش معنوی، تاب آوری پایین اختلالات سایکوسوماتیک را در بیماران مبتلا به اختلالات سایکوسوماتیک پیش بینی کنند؟ از تحلیل رگرسیون جهت پاسخگویی به این سوال استفاده گردید و نتایج جدول شماره سه ضریب رگرسیون پیش بینی اقدام به خودکشی از طریق مولفه های هوش معنوی، تاب آوری پایین اختلالات سایکوسوماتیک نشان می دهد هوش معنوی، تاب آوری پایین و مقدار وابستگی به مواد اختلالات سایکوسوماتیک را پیش بینی می کنند و همچنین همانگونه که جدول ۴ نشان می دهد رویکرد توانمند سازی در کاهش بیماران سایکوسوماتیک از مصرف مواد یا سوء استفاده از داروها موثر است. در نتیجه فرضیه سوم و چهارم پژوهش تایید میگردد و این نتایج با پژوهش های پاسکار و همکاران (۱۹۹۲)، فلیسچ من و همکاران (۲۰۰۵)، میروند زجاجی، یاسمی و لایقی (۱۳۸۷)، محمد خانی (۱۳۸۵)، احمد محمدپور (۱۳۸۱)، حسینی (۱۳۷۸)، مولدر (۲۰۰۰)، گرولگر، توموری و کاکمور (۲۰۰۳)، ون هیرینگن (۲۰۰۱) هماهنگ و همسو می باشد.

منابع

طارمیان، فرهاد و مهریار، امیر هوشنگ. (۱۳۸۷). اثربخشی برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی به منظور پیشگیری از مصرف مواد مخدر در افراد دوره راهنمایی. مجله علمی - پژوهشی گاه علوم پزشکی زنجان، ۶۵، ۸۸-۷۷.

صدیق سروستانی، رحمت‌الله. (۱۳۸۲). بررسی وضع موجود سوء مصرف مواد مخدر در بین افراد کل کشور. وزارت آموزش و پرورش، معاونت تربیت بدنی و تندرستی، گزارش طرح.

کریم، ال. کلینکه. (۱۹۹۹). مجموعه‌ی کامل مهارت‌های زندگی (ترجمه شهرام محمدخانی، ۱۳۸۸). زنجان، انتشارات رسانه تخصصی.

محمدخانی، شهرام؛ جزایری، علیرضا؛ محمدخانی، پروانه؛ رفیعی، حسن؛ و قاضی طباطبایی، محمود. (۱۳۸۷). اثر آموزش مهارت‌های زندگی بر عوامل میانجی مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر. فصلنامه رفاه اجتماعی. شماره ۲۹.

محمدخانی، شهرام. (۱۳۸۶). مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر: ارزیابی اثر مستقیم و غیر مستقیم عوامل فردی و اجتماعی. فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۲.

محمدخانی، شهرام. (۱۳۸۱). پیشگیری از سوء مصرف مواد از طریق آموزش مهارت‌های زندگی: نظریه، روش‌ها و یافته‌های تجربی. فصلنامه پیام مشاور. شماره ۷.

محمدخانی، شهرام. (۱۳۸۹). راهبردهای پیشگیری از مصرف مواد در افراد در معرض خطر: شناسایی، ارزیابی و مداخله. دفتر مقابله با جرم و مواد مخدر سازمان ملل در ایران (□□□□□).

محمدخانی، شهرام. (۱۳۸۴). برنامه جامع راهنمایی و مشاوره رشدی مدرسه. دفتر برنامه‌ریزی امور فرهنگی و مشاوره وزارت آموزش و پرورش.

محمدخانی، شهرام؛ جزایری، علیرضا؛ محمدخانی، پروانه؛ رفیعی، حسن؛ و قاضی طباطبایی، محمود. (زیر چاپ). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد. فصلنامه پژوهش در مسایل تعلیم و تربیت.

محمدخانی، شهرام؛ جزایری، علیرضا؛ محمدخانی، پروانه؛ رفیعی، حسنو قاضی طباطبایی، محمود. (۱۳۸۶). بررسی اثر مستقیم و غیر مستقیم باز خورد نسبت به مصرف مواد، کانون کنترل و توان‌مندسازی فردی و اجتماعی بر مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر. دو فصلنامه روان‌شناسی معاصر، شماره ۳.

محمودی، نادر و ملکشاهی فر، معصومه (۱۳۹۱)، بررسی میزان شیوع و رابطه اختلالات سایکوسوماتیک با هوش هیجانی و سبک دل‌بستگی در مدارس متوسطه پسرانه استان زنجان، چهارمین همایش سایکوسوماتیک. اصفهان، ایران.

محمودی، نادر و ملکشاهی فر، معصومه (۱۳۹۱)، بررسی تاثیر روش درمانی EMDR بر کاهش اضطراب فراگیر (GAD)، استرس و افسردگی در دانش‌آموزان دارای اختلالات روان‌تنی، چهارمین همایش سایکوسوماتیک. اصفهان، ایران.

محمودی، نادر و ملکشاهی فر، معصومه (۱۳۹۱)، بررسی رابطه عزت نفس و راهبردهای رویارویی ای دانش‌آموزان مقطع متوسطه دارای اختلالات سایکوسوماتیک استان زنجان، چهارمین همایش سایکوسوماتیک. اصفهان، ایران.

محمودی، نادر و ملکشاهی فر، معصومه (۱۳۹۱)، بررسی تاثیر بجا آوردن فریضه‌های ۵ گانه دین مبین اسلام بر بهداشت روان دانش‌آموزان پسر ۱۵-۱۸ ساله دارای مشکلات رفتاری و سلامت روانی پایین استان زنجان، چهارمین همایش سایکوسوماتیک. اصفهان، ایران.

محمودی، نادر و ملکشاهی فر، معصومه (۱۳۹۱) بررسی رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت بر حجم تمرینی و عملکرد ورزشی ورزشکاران رشته کشتی و فوتبال. نخستین همایش شخصیت. سنج. ایران.

محمودی، نادر و ملکشاهی فر، معصومه (۱۳۹۱) تاثیر روش درمانی EMDR بر کاهش اضطراب فراگیر، اضطراب فراگیر، افسردگی روان‌تنی استان زنجان. نخستین همایش تاثیر علوم تربیت بدنی در ورزش. خوراسگان اصفهان، ایران.

محمودی، نادر و ملکشاهی فر، معصومه (۱۳۹۱) تاثیر روش درمانی EMDR بر توان روانی، عملکرد فردی و گروهی گروهِ کشتی گیران استان زنجان. نخستین همایش تاثیر علوم تربیت بدنی در ورزش. خوراسگان اصفهان، ایران.

محمودی، نادر و ملکشاهی فر، معصومه (۱۳۹۱) بررسی رابطه اعمال نوع مدیریت، صفات شخصیتی و عملکرد کارکنان و معاونین تربیت بدنی گیران استان زنجان. نخستین همایش تاثیر علوم تربیت بدنی در ورزش. خوراسگان اصفهان، ایران.

محمودی، نادر و ملکشاهی فر، معصومه (۱۳۹۱) بررسی رابطه اعمال نوع مدیریت، صفات شخصیتی، تاثیر آن بر عملکرد مدیران، معاونین تربیت بدنی، کارمندان و دبیران تربیت بدنی آموزش و پرورش استان زنجان. نخستین همایش تاثیر علوم تربیت بدنی در ورزش. خوراسگان اصفهان، ایران.

محمودی، نادر و ملکشاهی فر، معصومه (۱۳۹۱) بررسی رابطه اعمال نوع مدیریت، صفات شخصیتی، تاثیر آن بر عملکرد مدیران، معاونین تربیت بدنی، کارمندان و دبیران تربیت بدنی آموزش و پرورش استان زنجان. نخستین همایش تاثیر علوم تربیت بدنی در ورزش. خوراسگان اصفهان، ایران.

Adelman, H.S., & Taylor, L. (2003). Creating school and community partnerships for substance abuse prevention programs. Commissioned by SAMHSA's Center for Substance Abuse Prevention. *Journal of Primary Prevention*, 23, 331-369.

Ashery, R.S., Robertson, E.B., and Kumpfer K.L. (1998). Drug Abuse Prevention through Family Interventions. NIDA Research Monograph No. 177. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Botvin, G. J. (2000). Preventing Alcohol and Tobacco Use Through Life Skills Training: Theory, Methods, and Empirical Findings. *Alcohol Research & Health*.

Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M., & Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1106–1112

Botvin, G. J., Griffin, K. W., Paul, E., & Macaulay, A. P. (2003). Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through Life Skills Training. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 12, 1-18.

Bronstein, P. J., Zweig, J. M. (1999). Understanding Substance abuse prevention: Toward the 21st Century. *A Primer on Effective Programs*. Center for Substance Abuse Prevention.

Davison, G. C. & Neal, J. M. (2002). *Abnormal psychology*. John Wiley & sons.

Botvin, G. J., Griffin, K. W. (2004). Life Skills Training: Empirical Findings and Future Directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25.

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. *Preventive Medicine*, 31, 107–114.

Ferrence, R., Lothian, S. and Cape, D. (2000). Contemporary patterns of nicotine use in Canada and the United States. In R. S. Roberto, J., Room, R. and Poe, M. (Eds). *Nicotine and Public Health*. American Public Health Association, Washington, DC: 287-300.

Hanewinkel, R. and Ahauer, M. (2004). Fifteen-month follow-up results of a school-based life-skills approach to smoking prevention. *Health education research: Theory Practice*, 19, 125-137.

Hansen, W. (1992). School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum. *Health Education Research*, 7, 403- 430.

Hawkins, J. D., and Weis, J. G. (1985). The social development model: an integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6, 73–97.

Hawkins, J. D., Catalano, R.F., and Arthur, M. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 90, 1–26.

Johnston, L.D.; O'Malley, P.M.; and Bachman, J.G.(2002). Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975–2002. Volume 1: Secondary School Students. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

Kumpfer, K. L. & Turner, C.W (1991).The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention .International Journal of the Addictions.25, 435-463.

Kumpfer, K. L. & Turner, C.W. (1991).The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention .International Journal of the Addictions, 25, 435-463.

National Institute on Drug Abuse. (2003). Prevention drug abuse among children and adolescents: A research based guide. National Institute on Drug Abuse.

Newcomb, M. D. (1995). Identifying High-Risk Youth: Prevalence and Patterns of Adolescent Drug Abuse. National Institute on Drug Abuse.

Petraitis, J., Flay, B. R., & Miller, T. Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance abuse: Organizing pieces of the puzzle. Psychological Bulletin, 117, 67-86.

Springer, J, F., Sale, E., Hermann, J., Sambrano, S., Kasim, R., & Nestle, M. (2004). Characteristics of Effective Substance Abuse Prevention Programs for High-Risk Youth.The Journal of Primary Prevention, 25.

Webster-Stratton, C.; Reid, J.; and Hammond, M .(2001).Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. Journal of Clinical Child Psychology, 30, 282–302.

Greenberg DB, Braun IM, Cassem NH. Functional somatic symptoms and somatoform disorders. In: Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, Biederman J, Rauch SL, eds. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry. 1st ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier;2008:chap 24.

Witthöft M, Hiller W. Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010;6:257-283.

deGruy FV. The somatic patient. In: Rakel RE, ed. *Textbook of Family Medicine.* 7th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007:chap 61.

-
- i - Petrides, Frederickson, Furnham
 - ii - Bar-on
 - iii - Mayer, Salovay, Caruso, Sitarenios
 - iv - Obikoar
 - v - Hearne, Packman, Onslow, Quine
 - vi - Klompas, Ross
 - vii - Vanryckeghem, Hylebos, Brutton, Peleman
 - viii - Finny, Noller
 - ix - Van Borsel & Tettnowski
 - x - Medeiros, Rossi, Van Borsel
 - xi - Zebrowski
 - xii - Dunlap
 - xiii - Theys, Van Wieringen, De Ni
 - xiv - Plexico, Manning