

The Relationship between Self-efficacy and Perceived Social Support with Addiction Tendency among Soldiers

Esmail Sadri Damirchi^{1*}, Mina Fayazi², Nasim Mohammadi³

¹ Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

² M. A. Rehabilitation Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

³ M. A. Family Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Received: 1 November 2016 Accepted: 12 February 2017

Abstract

Background and Aim: High self-efficacy and perceived social support make soldiers immune to addiction and lead to more conformity in military fields. This study aimed to investigate the relationship between self-efficacy and perceived social support with addiction tendency among soldiers in Ardabil city.

Methods: The method of study was a descriptive and correlational. The population of this study comprised all Ardebil Soldiers in 2015. Using stratified random sampling, 168 samples were selected and finally 150 soldiers' questionnaires were analyzed. The self-efficacy questionnaire, Perceived Social Support and Addiction Tendency questionnaire were used for data collection. Data were analyzed by using Pearson's correlation coefficient and regression analysis.

Results: The current findings demonstrated a significant negative correlation between self-efficacy and perceived social support with the addiction tendency among soldiers in Ardabil city ($p < 0.01$). Also, regression analysis revealed that 45% of the variance of addiction tendency can be explained by self-efficacy and perceived social support.

Conclusion: It is suggested to present more social support to soldiers, and to increase the efficacy of soldiers, some programs should be considered. Proper application of these results could lead to prevention of addiction among soldiers.

Keywords: Self-Efficacy, Perceived Social Support, Addiction Tendency, Soldiers.

بررسی رابطه خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با آمادگی به اعتیاد در سربازان خدمت وظیفه

اسماعیل صدری دمیرچی^{۱*}، مینا فیاضی^۲، نسیم محمدی^۳

^۱ استادیار گروه علوم تربیتی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
^۲ کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
^۳ کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: برخورداری سربازان از خودکارآمدی بالا و حمایت اجتماعی ادراک شده، باعث ایمنی آنها در برابر اعتیاد می‌شود و انطباق بیشتری را در محیط‌های نظامی به دنبال خواهد داشت. بنابراین پژوهش حاضر باهدف، بررسی رابطه خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با آمادگی به اعتیاد در سربازان خدمت وظیفه شهر اردبیل، بود.

روش‌ها: روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود و جامعه آماری پژوهش را کلیه سربازان خدمت وظیفه شهر اردبیل در سال ۱۳۹۴ تشکیل می‌دادند، که از میان آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و طبقه‌ای ۱۶۸ سرباز به‌عنوان نمونه انتخاب شدند که در نهایت پرسشنامه ۱۵۰ سرباز قابل‌تحلیل بود. از پرسشنامه خودکارآمدی، حمایت اجتماعی ادراک شده و پرسشنامه آمادگی اعتیاد برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با گرایش به اعتیاد، رابطه منفی معناداری وجود دارد ($p < 0.01$). همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون آشکار کرد که تقریباً ۴۵ درصد از کل واریانس آمادگی به اعتیاد بر اساس خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده قابل پیش‌بینی است.

نتیجه‌گیری: لذا با توجه به این نتایج پیشنهاد می‌شود حمایت اجتماعی بیشتری از سربازان خدمت وظیفه به عمل آید و در جهت افزایش خودکارآمدی آن‌ها برنامه‌هایی مدنظر گرفته شود. بنابراین اهمیت این متغیرها در پیش‌بینی از آمادگی در جهت ابتلاء به اعتیاد، همچنین پیشگیری از آن، قابل توجه است.

کلیدواژه‌ها: خودکارآمدی، حمایت اجتماعی ادراک شده، آمادگی به اعتیاد، سربازان.

مقدمه

فرهنگی در تعامل با ویژگی‌های فردی بر رفتار اعتیادآور تأثیر می‌گذارد.

بسیاری از سربازان به خاطر چیره شدن بر استرس به استفاده از مواد روی می‌آورند (۱۱)، در این میان مشخص شده است که ابعاد حمایت اجتماعی به‌عنوان قوی‌ترین و نیرومندترین نیروهای مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا می‌باشد که تحمل مشکلات را برای فرد تسهیل می‌نماید (۱۲). منظور از حمایت اجتماعی، قابلیت و کیفیت ارتباط با دیگران است که منابعی را در مواقع موردنیاز فراهم می‌کنند. حمایت اجتماعی را به‌عنوان "پی بردن فرد به اینکه از طرف دیگران به اعتقادات احساسات او اهمیت داده و به‌عنوان یک شخص ارزشمند در نظر گرفته می‌شود" تعریف می‌کنند (۱۳). حمایت اجتماعی از دو طریق رضایت از زندگی را متأثر می‌سازد. اولین روش تأثیر مستقیم یا تأثیر عمومی حمایت اجتماعی بر رضایت از زندگی این است که بدون در نظر گرفتن میزان پریشانی تجربه‌شده از جانب فرد، بر رضایت از زندگی تأثیر می‌گذارد. روش دوم شامل تأثیر غیرمستقیم یا تأثیر میانجی است که از افراد در مقابل اثرات منفی در شرایط استرس‌زا محافظت می‌کند (۱۴). در مطالعات موجود در این زمینه، حمایت اجتماعی به ۲ صورت حمایت اجتماعی دریافت شده و ادراک شده مورد مطالعه قرار می‌گیرد. در حمایت اجتماعی دریافت شده، میزان حمایت‌های کسب‌شده توسط فرد مورد تأکید است و در حمایت اجتماعی ادراک شده، ارزیابی‌های فرد از در دسترس بودن حمایت‌ها در مواقع ضروری و موردنیاز بررسی می‌شود (۱۵).

احساس رضایت از حمایت اجتماعی، موجب کاهش اضطراب، افسردگی، غلبه بر بیمارانگاری، افزایش اعتمادبه‌نفس و گسترش روابط اجتماعی در سربازان می‌شود (۱۶). همچنین دریافت حمایت اجتماعی می‌تواند فشار ناشی از استرس‌ها و اثر منفی آن‌ها را کاهش دهد (۱۷). میزان حمایت اجتماعی هم در آسیب‌پذیری و هم در مقابله‌ای افراد به تنش نقش دارد. آسیب‌پذیری جسمی و روان‌شناختی به‌موازات کاهش حمایت اجتماعی نه‌تنها طی دوره فشار روانی بسیار یاری‌کننده است، بلکه در مواقع آرامش نسبی نیز مفید می‌باشد (۱۸).

بسیاری از پژوهش‌ها نشان دادند که حمایت اجتماعی ادراک شده، در پیشگیری، درمان و جلوگیری از مصرف مجدد عود نقش دارد. حمایت اجتماعی‌ای که در دسترس مصرف‌کنندگان است، بر مسیر اعتیاد آن‌ها و عود پس از درمان تأثیر می‌گذارد. Jason و Davis نیز به این نتیجه رسیدند که پرهیز از مصرف مواد، با دریافت حمایت اجتماعی ارتباط مثبت دارد. البته برخی از پژوهش‌ها، نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی، همیشه پیش‌بینی‌کننده مراحل بهبود نیست (۱۹).

Janowski (۲۰) نیز در این راستا این‌گونه بیان می‌کند که فرد معتادی که از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار باشد، با مشکلات

اتباع ذکور ایرانی، براساس قانون مدت وظیفه عمومی با پدیده‌ای به نام سربازی مواجه هستند. سربازی، به‌طورکلی به دو بخش دوره آموزشی و دوره خدمت در یگان، تقسیم می‌شود که هر دوره، دارای پیامدهای جسمی و روانی و نیز پیامدهای اجتماعی برای سربازان است (۱). در کشورهای مختلف، خدمت سربازی اجباری با شرایط متفاوتی از نظر زمان و نوع وظیفه وجود دارد؛ مثلاً در فنلاند، جوانانی که از سلامتی کافی بهره‌مندند در سن ۱۹ تا ۲۱ سالگی به مدت ۶ تا ۱۲ ماه باید در دوره‌های خدمت نظامی یا خدمت مدنی شرکت کنند (۲). خدمت سربازی، رویداد انتقالی مهمی است که در زمینه‌های مختلف زندگی فرد، اثر می‌گذارد (۳). دوران خدمت سربازی زمان جدایی جوان از محیط خانوادگی و ورود به محیطی کاملاً رسمی می‌باشد که تحت قوانین نظامی اداره می‌گردد و ممکن است تجربه این شرایط جدید برای این قشر از جوانان پراسترس بوده و منجر به مشکلاتی چون احتمال سوءمصرف مواد، احتمال به خودکشی و افسردگی در آنان گردد (۴).

اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است (۵). اعتیاد به مواد مخدر، یکی از چهار بحران جهانی هزاره سوم و در صدر تهدیدها و آسیب‌های اجتماعی و از غم‌انگیزترین معضلات جوامع امروزی است که اکثر جوامع مختلف به‌ویژه جامعه ما را به چالش کشانده است و تأثیر آن در ظهور سایر آسیب‌های اجتماعی نمود عینی دارد (۶). اعتیاد که برآمده از مصرف مواد مخدر و درواقع حالتی مزمن در اثر تکرار مصرف مواد مخدر است دارای این مشخصات است: ۱- در اثر مصرف مکرر مواد عادات روحی ایجاد می‌شود و این عادات فرد را علت نیاز و تمایل روانی به‌سوی مصرف مواد مخدر ترغیب می‌کند. ۲- مقدار مواد مصرفی مرتباً رو به افزایش می‌رود. ۳- در اثر قطع دارو نشانگان محرومیت در شخص از قبلی پرخاشگری، تنش، اضطراب و... ایجاد می‌شود. ۴- اعتیاد به مواد مخدر برای افراد یا جامعه حالت زیان‌آوری ایجاد می‌کند. امروزه مسئله مواد اعتیادآور از اختلالات بسیار شایع مربوط به روان‌پزشکی در سراسر جهان است (۷) و به بحران اساسی دنیای کنونی تبدیل شده است که سلامت، رفاه، ثبات سیاسی، اقتصادی و ساختارهای اجتماعی کشورهای مختلف جهان را تهدید می‌کند (۸). اعتیاد نوعی آسیب اجتماعی است که ریشه در محرومیت مزمن و طردشدگی افراد و گروه‌های خاص در جوامع مختلف دارد و هزینه‌های زیادی را به جوامع تحمیل می‌کند (۹).

هر کشوری به طور جدی روی بهداشت و سلامت جوانان بویژه سربازان تأکید دارد (۱۰). در مورد علل ریشه‌ای سوءمصرف مواد مخدر توافق خاصی وجود ندارد، عوامل مرتبط با سوءمصرف مواد متعدد و متنوع هستند و شامل زمینه‌های فردی، ویژگی‌های خانوادگی و عوامل اجتماعی و محیطی می‌شوند و برای طراحی برنامه‌های مؤثر برای پیشگیری از مصرف مواد، درک سبب‌شناسی این پدیده و عوامل مرتبط با آن لازم است محیط اجتماعی و عوامل

اززیایی روان‌شناختی سربازان در یک واحد نظامی نشان داده‌اند که ۱۶ درصد آن‌ها در علائم روان‌شناختی، دارای مشکلاتی هستند که در این بین، مشکلات سربازان متأهل بیشتر از مجردان است (۲۹). سوءمصرف مواد از جمله رفتارهایی است که کاملاً تحت کنترل اراده فرد نبوده و افراد در آن با عامل کنترل مواجه هستند، زیرا در این رفتار عوامل داخلی و خارجی متعددی می‌توانند مؤثر واقع شوند. لذا وجود سازه‌ای مانند خودکارآمدی که از جمله سازه‌های کارآمد در زمینه کنترل رفتار است، قدرت پیشگویی رفتار را در آن افزایش خواهد داد (۳۰).

از سویی با توجه به اهمیت و موضوع و همچنین رواج اعتیاد در بین سربازان خدمت وظیفه و نقش مهم حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در این زمینه، تعامل متغیرهای مذکور نیاز به تحقیقات بیشتری دارد. بر این اساس پژوهش حاضر، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با آمادگی به اعتیاد در سربازان خدمت وظیفه شهر اردبیل بود.

روش‌ها

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از نظر روش، توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه سربازان خدمت وظیفه شهر اردبیل در سال ۱۳۹۴ بود. تعداد ۱۶۸ سرباز به‌طور تصادفی و طبقه‌ای (از ۳ یگان نظامی) انتخاب گردیدند و از ۳ پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده گردید. نحوه توزیع و تکمیل پرسشنامه‌ها به این نحو بود که به تناسب حجم سربازان در هر کدام از این یگان‌ها، تعداد ۴۸ سرباز از یگان بیمارستان، ۵۴ سرباز از یگان انتظامات و ۶۴ سرباز از یگان پشتیبانی و خدمات انتخاب گردید و با مراجعه به این یگان‌ها پرسشنامه‌ها به سربازان توزیع و در مورد هدف و شیوه تکمیل پرسشنامه‌ها به آنها توضیح داده شد. که در نهایت پرسشنامه ۱۵۰ نفر از آنان قابل تحلیل بود. ملاک‌های ورود به مطالعه در این تحقیق عبارت بودند از: سربازان نظام وظیفه‌ای که بیش از ۵ ماه از ورودشان به محیط نظامی گذشته باشد و به مشارکت در تحقیق رضایت داشته باشند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده گردید:

ابزار:

۱- پرسشنامه خودکارآمدی (GSES): برای سنجش خودکارآمدی از پرسشنامه شرر و مادوکس استفاده شد. این مقیاس ۲۳ سؤال دارد که ۱۷ سؤال آن مربوط به خودکارآمدی عمومی و ۶ ماده دیگر مربوط به تجربیات خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی است. در این پژوهش از مقیاس ۱۷ ماده‌ای خودکارآمدی شرر استفاده شده است. این مقیاس به صورت ۵ گزینه‌ای است و به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. بدین ترتیب بالاترین نمره در این مقیاس ۸۵ و پایین‌ترین نمره ۱۷ است. شرر و مادوکس میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۶ گزارش داده‌اند و برای سنجش اعتبار سازه مقیاس خودکارآمدی از همبستگی آن با مقیاس کنترل

زیادی مواجه خواهد شد (۲۰). یافته‌های پژوهش طبیعی و همکاران (۲۱) نشان داد که محرومیت اجتماعی از عوامل خطرزا برای سوءمصرف مواد روان‌گردان محسوب می‌شود. از سوی دیگر Davis و Jason نیز به این نتیجه رسیدند که پرهیز از مصرف مواد به‌طور مثبت با دریافت حمایت اجتماعی در ارتباط است (۱۹). نشان داده شده است که در طی مراحل ابتدایی درمان، حمایت دیگران جهت ترک مصرف از اهمیت زیادی برخوردار است (۲۲). حسینی‌مدنی و همکاران (۲۳) در پژوهش خود به نتیجه رسیدند که دریافت حمایت اجتماعی و مشارکت در فرایند مواد باعث افزایش تاب‌آوری در سربازان شده است.

با توجه به شدت استرس در دوره از زندگی جوانان، می‌توان انتظار داشت آن دسته از سربازان نظام وظیفه که آسیب‌پذیرترند، یا احساس می‌کنند که از حمایت اجتماعی مطلوب بهره‌مند نیستند، به‌ویژه سربازان تازه خدمت، بیشتر در معرض آسیب‌های روانی قرار گیرند و سلامت جسمی و روانی آنها، به خطر افتد.

خودکارآمدی یکی از دیگر از متغیرهایی است که با سوءمصرف مواد در سربازان ارتباط دارد و یکی از کارآمدترین موضوع‌ها در نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار به‌ویژه نظریه شناخت اجتماعی بندورا بوده و تأثیرات آن در زمینه‌های گوناگون از جمله مصرف سوءمصرف مواد مخدر بارها گزارش شده است (۲۴). براساس نظریه یادگیری اجتماعی Bandura مصرف مواد مخدر ناشی از الگو گیری فرد از افرادی است که انتظارات مثبتی در زمینه مصرف مواد دارند. به‌عبارت‌دیگر الگوهای موجود در محیط زندگی، فرد را به مصرف مواد تشویق و تقویت می‌کنند. مفهوم خودکارآمدی، با رویکرد «من می‌توانم»، در زندگی هم‌معناست و در واقع، بار «من می‌توانم»، پایه مفهوم خودکارآمدی را تشکیل می‌دهد. بنابراین افزایش خودکارآمدی می‌تواند فرد را در برابر فشارهای عمیق مصون نگه دارد (۲۵). Ibrahim و همکاران در پژوهشی نشان دادند که همبستگی منفی و معنی‌داری بین خودکارآمدی و عود اعتیاد در فرد وجود دارد. آن‌ها معتقدند وقتی افراد بعد از رهایی از اعتیاد، با چالش‌های زندگی و محیط‌های مشمول مواد مخدر روبرو می‌شوند، خود کارآمدی پایین می‌تواند بر شروع مجدد و رهایی افراد از اعتیاد تأثیر منفی داشته باشد (۲۶). پژوهش‌های ابوالقاسمی و همکاران در زمینه‌ی ارتباط مهارت‌های اجتماعی و خودکارآمدی عمومی با گرایش به مصرف مواد در سربازان نظام وظیفه، نشان داده است که مهارت‌های اجتماعی و خودکارآمدی عمومی با گرایش به مصرف مواد در سربازان، رابطه دارد (۲۷). Hyde و همکاران در پژوهشی با انجام مداخلاتی تلاش کردند که خودکارآمدی را در بافت رفتارهای اعتیادآور افزایش دهند و اذعان داشتند که خودکارآمدی پیش‌بینی کننده آغاز و تداوم وضعیت‌های عاری از اعتیاد است و در مداخلات برای درمان افراد مبتلابه اختلال مصرف مواد، اگر خودکارآمدی به‌طور ویژه مدنظر قرار گیرد، تأثیر درمان افزایش خواهد یافت (۲۸). فتحی آشتیانی و اسلانی با

اجتماعی نمرات بالا یا پایین داشتند در بی‌پرده گویی کلامی متفاوت بود؛ تفاتی که روایی ابزار را برای گروه‌های شناخته شده تأیید می‌کرد. نمرات گروه‌های نمونه‌ی بالینی و غیربالینی نیز در هر دو مقیاس متفاوت بود.

۳- مقیاس ایرانی آمادگی اعتیاد (IAPS): مقیاس آمادگی به اعتیاد توسط وید و بوچر در سال ۱۹۹۲، ساخته شد این پرسشنامه، مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد است که با توجه به شرایط روانی-اجتماعی جامعه ایرانی توسط زرگر ساخته شد (۳۴). این پرسشنامه از دو عامل تشکیل شده و دارای ۳۶ ماده به‌اضافه ۵ ماده دروغ‌سنج می‌باشد. این پرسشنامه ترکیبی از دو عامل آمادگی فعال و آمادگی منفعل می‌باشد. آمادگی فعال مربوط به رفتارهای ضداجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت به مواد، افسردگی و هیجان خواهی می‌باشد و در عامل دوم (آمادگی منفعل) بیشترین ماده‌ها مربوط به عدم ابراز وجود و افسردگی می‌باشد. در پژوهش زرگر و همکاران، جهت محاسبه روایی این مقیاس از دو روش استفاده شد. در روایی ملاکی، پرسشنامه آمادگی به اعتیاد دو گروه معتاد و غیر معتاد را به‌خوبی از یکدیگر تمیز داده است. روایی سازه مقیاس از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده‌ای فهرست بالینی علائم بالینی ۰/۴۵ محاسبه شده است که معنی‌دار می‌باشد. اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد که در حد مطلوب می‌باشد (۳۴). نمره‌گذاری هر سؤال بر روی یک پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) می‌باشد. البته این شیوه نمره‌گذاری در سؤالات شماره ۱۲، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ معکوس خواهد شد. این پرسشنامه دارای عامل دروغ‌سنج می‌باشد که شامل سؤالات شماره ۱۲، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ می‌شود. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه باید مجموع امتیازات تک‌تک سؤالات (به‌غیر از مقیاس دروغ‌سنج) را با هم جمع نمود. این نمره دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۸ را خواهد داشت. نمرات بالاتر به‌منزله آمادگی بیشتر فرد پاسخ‌دهنده برای اعتیاد می‌باشند و برعکس.

تجزیه و تحلیل داده‌ها: برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از گزارش فراوانی، میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از آزمون کولموگروف اسمیرنوف و رگرسیون چندگانه به کمک نرم‌افزار SPSS21 استفاده گردید.

ملاحظات اخلاقی: در مورد مسائل اخلاقی پژوهش به سرپازان اطمینان داده شد که گمنامی در تکمیل پرسشنامه‌ها لحاظ گردیده و رازداری و محرمانه بودن اطلاعات حفظ می‌گردد.

نتایج

براساس یافته‌های پژوهش ۱۵۰ سرباز خدمت وظیفه نمونه آماری را تشکیل می‌دادند. ۱۳۱ نفر (۸۷/۳٪) مجرد و ۱۹ نفر (۱۲/۷٪) متأهل بودند. ۶۸ نفر (۴۵/۳٪) تحصیلات دیپلم و ۴۵ نفر (۳۰٪) تحصیلات کارشناسی و ۳۷ نفر (۲۴/۷٪) تحصیلات کارشناسی ارشد به بالا داشتند. ۹۳ نفر (۶۲٪) در گروه سنی ۲۱ الی ۲۵، ۴۷

درونی-بیرونی راتر، مقیاس اشتیاق اجتماعی مارلو کروان و مقیاس شایستگی بین فردی هالند و بیرد استفاده کردند. براساس بررسی‌های انجام‌شده بین نمرات خودکارآمدی و مقیاس کنترل درونی-بیرونی، همبستگی منفی متوسط، بین مقیاس شایستگی اجتماعی با خودکارآمدی همبستگی مثبت متوسط به‌دست‌آمده است (۳۱). در پژوهشی نحفی و فولادچنگ (۳۲) پایایی این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و روایی سازه آن از طریق همبستگی آن با مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ ۰/۶۱ گزارش کرده‌اند.

۲- پرسشنامه حمایت اجتماعی مری پروسیدانو و کنیت (PSS): این پرسشنامه توسط Prosidano و Heler ساخته شده است (۳۳). داده‌های هنجاری از یک نمونه ۲۲۲ نفری (با میانگین سنی ۱۹ سال) دانشجویان دوره کارشناسی روانشناسی استخراج شده است. میانگین و انحراف معیار استاندارد مقیاس دوستان و مقیاس خانواده به ترتیب ۱۵/۱۵ (SD=5/08) و ۱۳/۴۰ (SD=4/83) است. این پرسشنامه دارای دو زیر مقیاس است:

الف) مقیاس خانواده: گزینه‌های این پرسشنامه عبارت از بله، خیر و نمی‌دانم است. نمره نمی‌دانم همیشه برابر با صفر، در سؤالات ۳، ۴، ۱۶، ۱۹ و ۲۰ مساوی ۱+ است و برای بقیه سؤالات نمره پاسخ بله مساوی ۱+ است. دامنه نمره کل سؤالات بین ۰ تا ۲۰ می‌باشد. نمره بالا به‌منزله حمایت اجتماعی بیشتر از نظر پاسخ‌دهندگان است. پرسشنامه حمایت اجتماعی با ضریب آلفای ۰/۹۰ از هماهنگی درونی فوق‌العاده‌ای برخوردار است. داده‌های مبتنی بر اعتبار مبتنی بر ۲۰ سؤال اصلی مقیاس‌ها قبل از تفکیک حمایت خانواده است. ب) مقیاس دوستان: گزینه‌های این پرسشنامه عبارت از بله، خیر و نمی‌دانم است. نمره نمی‌دانم همیشه برابر با صفر، در سؤالات ۲، ۶، ۷، ۱۵، ۱۸ و ۲۰ مساوی ۱+ است و برای بقیه سؤالات نمره پاسخ بله مساوی ۱+ است. دامنه نمره کل سؤالات بین ۰ تا ۲۰ می‌باشد. نمره بالا به‌منزله حمایت اجتماعی بیشتر از نظر پاسخ‌دهندگان است اعتبار: هر دو مقیاس حمایت اجتماعی با ضریب آلفای ۰/۹۰ از هماهنگی درونی فوق‌العاده‌ای برخوردارند. داده‌های مربوط به اعتبار مبتنی بر ۲۰ سؤال اصلی مقیاس‌ها قبل از تفکیک حمایت خانواده و حمایت دوستان است. آلفای نهایی برای «مقیاس حمایت اجتماعی خانواده» بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۱ و برای «مقیاس حمایت اجتماعی دوستان» بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ استروایی: هر دو مقیاس حمایت اجتماعی دوستان و خانواده از روایی همزمان خوبی برخوردارند. نمرات مقیاس‌ها با درماندگی روانی و کارآمدی اجتماعی همبستگی دارد. نمرات «مقیاس حمایت اجتماعی دوستان» با مدت‌زمان عضویت فرد در شبکه اجتماعی و میزان متقابل بودن رابطه قابل پیش‌بینی بود. نمرات «مقیاس حمایت اجتماعی خانواده» با حمایت محسوس و نامحسوس اعضای خانواده قابل پیش‌بینی بود. ضرایب همبستگی بین نمرات حاصل از این مقیاس‌ها با شخصیت سنج کالیفرنیا و وابستگی بین اشخاص معنادار بود. تفاوت آزمودنی‌هایی که در مقیاس‌های حمایت

جدول-۲. نتایج آزمون کالمرگروف اسمیرنف برای بررسی مفروضهٔ نرمال بودن

متغیرها	کالمرگروف اسمیرنف		
	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
خودکارآمدی	۰/۰۶۲	۱۴۱	۰/۰۹۱
آمادگی به اعتیاد	۰/۰۴۹	۱۴۱	۰/۱۱۰
حمایت اجتماعی	۰/۰۷۷	۱۴۱	۰/۰۶۶

همان‌طور که نتایج جدول-۲ آزمون کولموگروف اسمیرنف برای بررسی مفروضهٔ نرمال بودن نشان می‌دهد هر سه متغیر با سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ نرمال هستند ($p>0.05$). برای بررسی پیش‌فرض عدم وجود هم‌خطی می‌بایستی از شاخص VIF استفاده شود. برای برقراری این پیش‌فرض می‌بایستی مقدار این شاخص کمتر از ۲ باشد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد این شاخص برای مؤلفه خودکارآمدی ۱/۳۹ و حمایت اجتماعی برابر ۱/۳۹ است. در تمام موارد این پیش‌فرض برقرار است.

جدول-۳. نتایج تحلیل رگرسیون و آزمون معناداری بین متغیرهای خودکارآمدی و حمایت اجتماعی و آمادگی به اعتیاد

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	F	T	P	آماره هم‌خطی
آمادگی به اعتیاد	مقدار ثابت	۰/۶۷	۰/۴۵	۵۶/۷۲			قدرت تحمل VIF
	خودکارآمدی			-۰/۵۷	-۷/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	حمایت اجتماعی			-۰/۱۵	-۲/۱۱	۰/۰۳۶	۰/۷۱

استرس‌زا، افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، پایداری بیشتری از خود نشان می‌دهند و تفکرات منفی درباره خود و توانایی‌های خود را نمی‌پذیرند. براین اساس خودکارآمدی به آنها کمک می‌کند تا در مقابل مواد و فشار دوستان مقاومت کنند و رفتارهای خود را کنترل نمایند (۲۷). از سوی دیگر افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، از جسارت بالاتری نیز برخوردارند و چون دارای عزت‌نفس بالا و اطمینان به خود هستند؛ به راحتی قضاوت‌های منفی دیگران را در برابر مصرف مواد نادیده می‌گیرند و بدان اهمیتی نمی‌دهند. درواقع توانایی نه گفتن به مصرف مواد از پیامدهای خودکارآمدی و احساس اعتماد به نفس متعاقب آن محسوب می‌شود (۳۷).

یافتهٔ دیگر پژوهش نشان داد که بین آمادگی به اعتیاد با حمایت اجتماعی رابطهٔ منفی معنادار وجود دارد. این یافته همسو با مطالعات مختلفی است (۱۹، ۲۱، ۲۳، ۳۹، ۴۰). در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که حمایت اجتماعی ادراک شده ممکن است به دو طریق، اثرات زیان‌بخش فشار و استرس را کاهش داده و منجر به سازگاری گردد. اولاً حمایت اجتماعی با واکنش‌ها و واکنش‌های افراد علیه تجربه کردن فشارها قبل از اینکه رخ دهند، فشار روانی را کاهش و سازگاری را افزایش می‌دهد. ثانیاً شبکه‌های حمایت اجتماعی به‌عنوان سپری در مقابل فشار روانی عمل می‌کنند. دانش و اطمینان از این که شخص می‌تواند هنگام فشار روانی به شبکه‌های اجتماعی پناه ببرد، این امکان را به او می‌دهد تا وقایع زندگی را

نفر (۳۱/۳٪) در گروه سنی ۲۶ الی ۳۰ و ۱۰ نفر (۶/۷٪) در گروه سنی ۳۱ با بالا قرار داشتند.

همان‌طور که جدول ۱- نشان می‌دهد میانگین متغیر خودکارآمدی ۶۲/۹۱ و انحراف معیار آن ۹/۱۶ شد. میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی به ترتیب ۲۶/۵۵ و ۷/۷۲ شد. میانگین و انحراف معیار متغیر گرایش به مواد ۸۰/۱۲ و ۱۶/۶۷ شد.

قبل از انجام تحلیل رگرسیون مفروضه‌های این آزمون آماری نرمال بودن متغیرهای پژوهش، آماره هم‌خطی بودن بررسی شد.

جدول-۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای خودکارآمدی اجتماعی، حمایت اجتماعی و گرایش به مواد

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	حداکثر حداکثر
خودکارآمدی	۶۲/۹۱	۹/۱۶	۷۷
حمایت اجتماعی	۲۶/۵۵	۷/۷۲	۴۲
گرایش به مواد	۸۰/۱۲	۱۶/۶۷	۱۰۷

جدول-۳ نشان می‌دهد که ۰/۴۵ درصد از کل آمادگی به اعتیاد به‌وسیلهٔ خودکارآمدی و حمایت اجتماعی تبیین می‌شود. مقدار بتا برای دو متغیر خودکارآمدی و حمایت اجتماعی به ترتیب ۰/۵۷- و ۰/۱۵- است که در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۳ معنادار است. با توجه به سطح معناداری و بتا می‌توان پی برد، هر دو متغیر خودکارآمدی و حمایت اجتماعی به‌صورت مثبت و معنادار متغیر آمادگی به اعتیاد را پیش‌بینی می‌کنند. متغیر خودکارآمدی با بتا بیشتر از حمایت اجتماعی نقش بیشتری در پیش‌بینی متغیر آمادگی به اعتیاد دارد.

بحث

پژوهش حاضر باهدف تعیین بررسی رابطه خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با آمادگی اعتیاد در سربازان خدمت وظیفه شهر اردبیل انجام گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که بین آمادگی به اعتیاد با خودکارآمدی رابطهٔ منفی معنادار وجود دارد. این یافته همسو با مطالعات مختلفی است (۲۶، ۳۵، ۳۶).

در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت که افرادی که دارای خودکارآمدی واضح، خوب تعریف‌شده، هماهنگ و تقریباً باثبات هستند، از سلامت روان شناختی بالاتری برخوردارند؛ بنابراین احتمال کمتری دارد که برای حل مشکل خود از روش ناهنجار و ناسالم مانند سوءمصرف مواد استفاده کنند. این نتیجه را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که هنگام رویارویی با رویدادهای نامطلوب و

کرد. فقدان پرسشنامه‌ی با پایایی و روایی بالا در رابطه با گرایش به اعتیاد نیز یکی از عمده‌ترین مشکلات و محدودیت‌های این پژوهش بود که پژوهشگر در این راستا مجبور به تغییر پرسشنامه شد.

نتیجه‌گیری

این تحقیق نشان داد که خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با آمادگی به اعتیاد در سربازان رابطه داشته و خطر اعتیاد در سربازان را کاهش می‌دهد. این یافته بایستی از سوی مسئولین و سایر ارگانهای مرتبط با سلام روانی-اجتماعی سربازان جدی گرفته شود. اقداماتی پیشگیرانه برای بهبود محیط و دوران سربازی سبب می‌شود که سرباز این دوران را به‌عنوان نقطه عطفی در زندگی خود قلمداد کند و صرفاً به سپری نمودن بیهوده این دوران نیندیشد.

تشکر و قدردانی: محققین از همه سربازان خدمت وظیفه شهر اردبیل که در این پژوهش شرکت داشتند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

تضاد منافع: بدین‌وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند، که تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع

- Seyedi M, Seyedi H, Salavatian S. Experimental pathology military service from the perspective of soldiers postgraduate degrees. *Journal of Strategic Studies security and social order*. 2017; (3)14: 86-67.
- Lindstrom, I. Koponen, P. Luukkonen, R. Pallasaho, P. Kauppi, P. Latvala, J. Karjalainen, A. & Lauerma, A. (2009) "Military Service-aggravated Asthma Improves at Two-year Follow-up", *Respiratory Medicine*, 103(12): 1926-1935.
- MacLean, A. & Elder, G. H. (2007) "Military Service in the Life Course", *Annual Review of Sociology*, 33: 175-196.
- Nosratabadi M, Halvaiepour Z. Explaining Suicide Ideation Based on Drug Abuse and Depression in Soldiers of Aja University of Medical Science. *Journal of Military Medicine*. 2016; 17(4): 249-255.
- Galanter M. Innovations: alcohol & drug abuse: spirituality in Alcoholics Anonymous: a valuable adjunct to psychiatric services. *Psychiatric services*. 2014; 57(3): 307-9.
- Tabatabae Chehre M, Ebrahimi Sani E, Mortazavi H. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy in changing irrational beliefs addicts. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2014; 4(3): 419-430. [Persian]

کمتر تهدیدکننده ارزیابی نموده و از سطح سازگاری بیشتری برخوردار گردد. درواقع دریافت میزان حمایت اجتماعی ادراک شده به‌عنوان یک منبع مقابله‌ای قدرتمند بیرونی محسوب می‌گردد که نقشی مؤثر بر بهزیستی روانی داشته و موجب افزایش سازگاری این افراد می‌شود. داشتن امنیت در حوزه‌های زندگی بر احساس محرومیت افراد معتاد می‌افزاید و از آنجاکه کسب پایگاه اجتماعی برای این افراد تقریباً غیرعملی است، واکنش این افراد به این وضعیت اجتماعی، احساس بی‌ارزشی است که با مصرف مواد مخدر و داروهای روان‌گردان به این وضعیت پاسخ فوری می‌دهند (۳۸). حمایت اجتماعی با افزایش سلامت روان شناختی فرد، همانند سپری در مقابل عود پس از درمان عمل می‌کند (۳۸، ۳۹). بنابراین افرادی که حمایت اجتماعی لازم را دریافت نمی‌کنند، به‌احتمال بالاتری به سمت مصرف مواد خواهند رفت و میزان بهبود و عود پس از درمان نیز در این گروه به دلیل دریافت نکردن حمایت اجتماعی پایین تر است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، می‌توان به استفاده از پرسشنامه‌های با سؤالات زیاد (به‌خصوص پرسشنامه حمایت اجتماعی خانواده و دوستان) اشاره کرد که بهتر است در پژوهش‌های بعدی از پرسشنامه‌های مشابه با حجم کمتر استفاده

- Sinha R. New findings on biological factors predicting addiction relapse vulnerability. *Current psychiatry reports*. 2011; 13(5): 398-405.
- Sherer M, Maddux, E. The self- efficacy scale: Construction and validation. *Psychology Report*. 1982; 51: 663- 671.
- Ghazi Nejad M, Savalanpoor E. Explore the relationship between social exclusion and readiness for addiction. *Social issues*. 2010; 13(63): 180-139.
- Shyangwa PM, Joshi D, Lal R. Alcohols and other substance use, abuse among junior doctors and medical students in a teaching institute. *JAMA*. 2007; 46(167): 9-126.
- Kail RV, Cavanaugh Steuden S, Pietrzak A, Krasowska D, Kaczmarek L, Gradus I, et al. Social support and adaptation to the disease in JC. (2008). *Human development: a life-span view*. 5th ed. Florence: Cengage Learning. 2012; 5(6): 730- 742..
- Lee J, Pomeroy E, Bohman T M. Intimate partner Violence and psychological health in a sample of Asian and Caucasian women: The roles of social support and coping. *Journal of Family Violence*. 2007; 22: 709-720.
- Baqutayan S. Stress and Social Support. *Indian J Psychol Med*. 2011; 33(1): 29-34.

14. Van leewen, M. C. , Vander Woude, H. Van Asbesk, W. F. Social support and life satisfaction in spinal cord injury during and up to one year after inpatient rehabilitation. *Journal of psychology*. 2010; 21(4): 265-271.
15. Gülaç F. The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2010;14(2): 3844-49.
16. Decker C. Social support and adolescent cancer survivor: A review of the literature. *Psycho Oncology*. 2007; 16(5): 1-11.
17. Butler R, Bauld L. The parents experience: coping with drug use in the family drugs: education prevention and policy. *Quality of life research*. 2005; 12(1): 121-135.
18. Cotrona CE. Objective determinants of perceived social support, *Journal of personality and social psychology*. 2007; 21(2): 349-355.
19. Davis M. I, Jason L. A. Sex differences insocial support and self-efficacy within a recovery community. *American Journal of Community Psychology*. 2005; 36(4): 74-259.
20. Janowski K. Men and women with psoriasis. *Journal of Healthy Psychological*. 2012; 15(2): 1-12.
21. Tayebi K, Abolghasemi A, Mahmood Alilo M. Comparison support and social exclusion of in drug addicts and drug and normal individuals. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2013; 13(2): 52-62.
22. Warren J. I, Stein J. A, Grella C. E. Role of social support and selfefficacyin treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence*.2007; 89: 267-74.
23. Hoseini Madani S. A, Ahadi H, Karimi U, Bahrami H, Moazedian A. Compare resiliency, identity styles, spirituality and perceived social support in addicts, addicts and recovered addicts. *Journal of Substance Abuse Addiction Studies*. 2012; 6(21): 47-64. [Persian]
24. Burluson A, Kaminer Y. Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addictive Behaviors*. 2005; 30(17): 51-64.
25. Naar-King S, Wringht K, Parsons J. T, Frey M, Templin T, Ondersma S. Transtheoretical Model and substance use in HIV-positive youth. *AIDS Care*. 2006; 18(7): 839-45.
26. Ibrahim F, Kumar N, Abu Samah B. Self-efficacy and relapsed addiction tendency: an empirical study. *The Social Sciences*. 2011; 6(4): 277-282.
27. Abolghasei A, Poorkord M, Narimani A. Relationship between social skills and self-efficacy in adolescents with substance abuse tendency. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences and Health Services*. 2009; 16(4): 181-188. [Persian]
28. Hyde J, Hankins M, Deale A, Marteau T. M. Interventions to increase self-efficacy in the context of addiction behaviours: A systematic literature review. *Journal of Health Psychology*. 2008;13(5): 607-623.
29. Fathi Ashtiani A, Eslami H. Assessment of psychopathology and suicide among soldiers. *Journal of Military Medicine: 1989-1998*. 2003; 3(4): 245-249.
30. Tailor S. E. P, Letita A. S. *Social Psychology*. (10 th ed.) Pprentice Hall. 2000.
31. Barati Bakhtiari S. Relationship between simple and multivariate self-efficacy, self-care and self-esteem and academic performance of students, master's thesis, Faculty of Education and Psychology, University of Shahid Chamran. 1997. [Persian]
32. Najafi M, Foladchang M. Evaluation relationship efficacy and mental health of high school students, and monthly knowledge and behavior of Shahed University. 2008; 14(23): 49-67
33. Prosidano M, Heler K. Scales sense of perceived social support from friends and family: three studies validating, *American Journal of Community Psychology*. 1983; 11(6): 1-24.
34. Zargar Y, Najarian B, Naami A. Explore the relationship between personality characteristics (sensation seeking, self-expression, psychological hardiness), religious attitude and marital satisfaction drug addiction potentia. Faculty of Education and Psychology, University of Shahid Chamran. 2009; 3(1): 12-99. [Persian]
35. Dolan L, Rosemarie A, Martinb J, Rohsenow T. Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatmen correlates and relationship to outcomes, *Addictive Behaviors*. 2008; 33(5): 675-688.
36. Mckellar J, Ilgen M, Moos B, Moos R. Predictors of changes inalcohol-related self-efficacy over 16 years. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2008; 35(2): 148-155.
37. Tate S, WU J, McQuaid J, Cummins K, Shriver C, Krenek M, Brown S. Comorbidity of substance dependence and depression: Role of life stress and self-efficacy in sustaining abstinence. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2008; 22(1): 47-57.
38. James W Halle, Aaron T Ebata. (2010). Families with children who have autism

spectrum disorders: stress and support. *Social science journals* 77(1), 7-8.

39. Dodge K, Potocky M. Female substance abuse: characteristics and correlates in a sample of inpatient clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2000;18(1): 59-64.

40. Salmon M, Joseph B. M, Saylor C, Mann R. J. Women's perception of provider, social, and program support in an outpatient drug treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2000; 19(3): 239-46.