



MEJ

مجله اخلاق پزشکی

دوره دوازدهم، شماره چهل و سوم، ۱۳۹۷

Journal Homepage: <http://journals.sbmu.ac.ir/me>



مقاله پژوهشی

نقش سلامت معنوی، تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی در گرایش به سوء مصرف مواد در نوجوانان

ایمان خاکپور^۱

۱. فارغ التحصیل کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: نوجوانی دوره حساس به همراه عوامل تهدیدکننده بسیار است. مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش سلامت معنوی، تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی در گرایش به سوء مصرف مواد در نوجوانان انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی - تحلیلی بر روی ۲۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع دبیرستان شهرستان تربت حیدریه در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ که به روش در دسترس انتخاب شدند، انجام گرفته است. پس از اخذ رضایت آگاهانه، شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های سلامت معنوی، تنظیم هیجان، فراشناخت و گرایش به مصرف مواد را به شیوه خوداظهاری تکمیل نمودند. تحلیل داده‌ها به روش رگرسیون همزمان و با استفاده از نرم‌افزار SPSS 21 انجام گرفت.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار متغیر گرایش به سوء مصرف مواد به ترتیب $13/61 \pm 6/12$ ، سلامت معنوی $86/38 \pm 13/20$ ، تنظیم هیجان $42/89 \pm 8/58$ ، فراشناخت $70/23 \pm 10/05$ می‌باشد. بین گرایش به مصرف مواد با سلامت معنوی و تنظیم هیجان ارتباط معکوس ($p < 0/01$) و با باورهای فراشناختی ارتباط مستقیم ($p < 0/05$) وجود داشت و متغیرهای پیش‌بین توانستند ۲۵٪ از تغییرات متغیر ملاک را پیش‌بینی نمایند.

ملاحظات اخلاقی: قبل از انجام پژوهش، هدف مطالعه برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد تا با رضایت کامل مشارکت داشته باشند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های تحقیق نشان داد با افزایش سلامت معنوی و تنظیم هیجان گرایش به مصرف مواد کمتر و با افزایش باورهای فراشناختی گرایش به مصرف مواد بیشتر می‌شود. از این رو توجه به این عوامل در گرایش به مصرف مواد نیازمند تمهید مداخلات و اقدامات پیشگیرانه می‌باشد.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۱/۱۹

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۸/۰۵

تاریخ انتشار: ۹۷/۱۱/۷

واژگان کلیدی:

نوجوانی

رفتارهای پرخطر

سلامت معنوی

تنظیم هیجان

باورهای فراشناختی

* نویسنده مسئول: ایمان خاکپور

آدرس پستی: ایران، تهران، دانشگاه خوارزمی

تهران.

تلفن: +98 930 533 5385

نمبر:

E-mail: imkhakpoor@gmail.com

۱. مقدمه

نوجوانی یک دوره انتقالی از وابستگی کودکی به مسئولیت‌پذیری جوانی و بزرگسالی است. این دوره با تغییرات روانی و فیزیولوژیکی بسیاری همراه است. در این دوره فرد در پی کشف هویت خود است، به دنبال استقلال و جدایی از وابستگی‌های دوران کودکی است (۱). نوجوانی (Youth) دورانی بسیار حساس است که عوامل تهدیدکننده به دلیل جذابیت‌های خاص آن به شدت بر آن مؤثر است. از طرفی زندگی انسان در عصر حاضر توأم با غفلت از برخی ارزش‌های اجتماعی و شیوع رفتارهای پرخطر و ناسالم است (۲).

مفهوم رفتارهای پرخطر (Risky Behaviors)، مجموعه‌ای از رفتارها را دربر می‌گیرد که نه‌تنها برای فرد درگیر و افراد زندگی وی زیان‌های جدی به بار می‌آورد، بلکه باعث آسیب غیر عمدی به افراد بی‌گناه دیگر می‌شود. رایج‌ترین رفتارهای پرخطر عبارتند از سوء مصرف مواد، مصرف مشروبات الکلی و آمیزش جنسی ناایمن می‌باشند (۳). مرکز نظارت بر مصرف مواد اروپا گزارش کرده است که در سال ۲۰۱۵ تقریباً یک‌چهارم جمعیت اروپا، تقریباً ۸۰ میلیون بزرگسال، یک بار در طول زندگی‌شان سوء مصرف مواد داشته‌اند. در آمریکا نیز در سال ۲۰۱۳ آماری مشابه گزارش شد (۴).

امروزه تعریف مشخصی از نوجوانی وجود ندارد و غالباً آن را بر حسب سن تقویمی و با دامنه سنی مشخص تعریف می‌کنند. در بسیاری از متون علمی روانشناسی، دوره نوجوانی را از ۱۲ تا ۲۰ سالگی و دوره جوانی را از ۲۰ تا ۳۰ سالگی می‌دانند (۵). مصرف مواد مخدر، الکل و سایر رفتارهای ناسالم در نوجوانان، یکی از مهم‌ترین چالش‌های اجتماعی است که اکثر کشورهای جهان به نوعی با آن درگیر هستند و مشکلات بهداشتی و روانی - اجتماعی بسیاری را بر جوامع تحمیل می‌کند (۶). در واقع مصرف مواد که با سلامتی در ارتباط بوده و یک عامل عمده برای بیماری‌های غیر واگیر است که حجم هزینه‌های درمان و مرگ و میر را در کشورها افزایش می‌دهد. این جریانات، چالش‌هایی را برای استفاده عموم از خدمات

درمانی به وجود می‌آورد که باعث می‌شود تا دولت‌ها با افزایش فشار اقتصادی و اجبار به سهمیه‌بندی خدمات درمان رو به رو شوند (۷). در طی چند دهه گذشته نظریات مختلفی سعی کرده‌اند تبیین روشنی از گرایش نوجوانان به مصرف مواد ارائه دهند. این نظریه‌ها طیف گسترده‌ای از عوامل زمینه‌ساز ژنتیکی، روانشناختی، خانوادگی و اجتماعی را مورد بررسی قرار داده‌اند (۶). علاوه بر آن تحقیقات متعددی در جهت تعیین این عوامل انجام شده است. مطالعات نشان می‌دهند که متغیرهای سلامت معنوی (Spiritual Health)، تنظیم هیجان (Emotion Regulation) و باورهای فراشناختی (Metacognitive Beliefs) از جمله عوامل تأثیرگذار بر گرایش افراد به رفتارهای پرخطر و غیر قانونی مانند سوء مصرف مواد می‌باشد (۸-۱۰).

معنویت می‌تواند به بیانی، به صورت معنای زندگی و آرامش ذهنی یا رابطه با یک وجود متعالی تعریف شده است (۱۱). سلامت معنوی می‌تواند به عنوان احساسی از ارتباط با دیگران، داشتن معنا و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با یک قدرت برتر تعریف شود (۱۲). در واقع، سلامت معنوی تأثیری حمایتی دارد و برخلاف استرس عمل می‌کند و منجر به کسب سلامت جسمی و روانی در زندگی می‌شود و رفتارهای حمایتی مانند استفاده کمتر از سیگار، الکل، فعالیت جسمی بیشتر، داشتن معنا و هدف در زندگی، امیدواری و خوش‌بینی را شامل می‌شود (۱۲). مطالعات نشان داده است که درک فرد از عوامل مذهبی، توجیهی قوی برای پرهیز از رفتارهای خطرناک مانند استفاده از مواد می‌باشد (در یک بازنگری درباره نقش مذهب/معنویت مشخص شد که معنویت به عنوان محافظی در برابر رفتارهای منفی بزرگسالان عمل می‌کند) (۴).

علاوه بر آن انسان دارای ماهیت چندگانه زیست‌شناختی، روانشناختی، اجتماعی و معنوی است. هر یک از ابعاد مذکور نقش اساسی در سازگاری وی دارند. یکی از جنبه‌های مهم روانشناختی انسان سازه هیجان می‌باشد (۱۳). تحقیقات به

الکل و مواد این است که از آن‌ها برای تنظیم دامنه گسترده‌ای از حوادث شناختی استفاده می‌شود (۲۱). نتایج یک پژوهش نشان داد که افراد الکلی یا افرادی که دارای مشکلاتی در ارتباط با نوشیدن الکل هستند، به طور معناداری نمرات پایین‌تری در ابعاد فراشناخت نسبت به افراد عادی اجتماع کسب می‌کنند (۲۲). از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش سلامت معنوی، تنظیم هیجان و باورهای فراشناختی در گرایش به سوء مصرف مواد در نوجوانان انجام شده است.

۲. ملاحظات اخلاقی

قبل از انجام پژوهش، هدف پژوهش برای مشارکت‌کنندگان شرح داده شد. از طرفی بر محرمانه‌بودن اطلاعات افراد تأکید گردید تا در صورت رضایت کامل، در تحقیق شرکت کنند.

۳. مواد و روش‌ها

جامعه آماری این مطالعه توصیفی - تحلیلی را کلیه دانش آموزان دختر و پسر مقطع دبیرستان‌های شهرستان تربت حیدریه، در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ تشکیل می‌دادند. حجم نمونه با توجه به حجم جامعه و جدول مورگان ۲۳۰ نفر برآورد شد. معیار ورود به پژوهش با توجه به هدف تحقیق و گروه نوجوان و همچنین توانایی درک سؤالات محدوده سنی ۱۹-۱۵ سال بود، پس از اخذ فهرست مدارس ۴ مدرسه با توجه به سطح همکاری مدیران مدارس انتخاب شدند (لازم به ذکر است با توجه به سؤالات پرسشنامه رفتارهای پرخطر و محدودیت‌های آموزش و پرورش برخی مدارس همکاری لازم را و در انتخاب نمونه تحقیق با محدودیت مواجه بودیم). پس از بیان هدف تحقیق و جلب رضایت آگاهانه دانش‌آموزان پرسشنامه‌ها تکمیل شد. این افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های «گرایش به مصرف مواد»، «سلامت معنوی» و «تنظیم هیجان» به شرح زیر استفاده شد.

طور روشنی نقش مهمی را که هیجان در بسیاری از جنبه‌های زندگی روزانه ایفا می‌کند. همچنین تأثیری که بر سازگاری نسبت به استرس‌ها و تغییرات زندگی دارد را آشکار ساخته‌اند (۱۴)، اگرچه اغلب به نظر می‌رسد که هیجان‌ها خارج از کنترل ما عمل می‌کنند، اما افراد می‌توانند تا حدی بر هیجان‌هایشان کنترل داشته باشند. تنظیم هیجان به عنوان فرایندهایی که افراد به کار می‌گیرند تا بر هیجان‌هایشان اعمال کنترل کنند، تعریف می‌شود (۱۵). در واقع، تنظیم هیجان به اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود. در متون روانشناختی این مفهوم اغلب به منظور توصیف یا تعدیل فرایند منفی به کار رفته است. راهبردهای تنظیم هیجان به مردم کمک می‌کند تا هیجان‌هایشان را در حین یا بعد از وقایع تهدیدآمیز و استرس‌زا تنظیم کنند (۱۴). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ظرفیت افراد در تنظیم مؤثر هیجان‌ها بر شادمانی روانشناختی، جسمانی و بین فردی تأثیر دارد (۱۶).

تفکر نوعی مهارت ذاتی است که باعث هدایت افراد در طول زمان می‌شود. افراد ساختاری از تفکر اثربخش را به وجود می‌آورند تا شیوه‌ای مؤثر برای زندگی‌کردن را ایجاد کنند. برای رسیدن به این هدف مفهوم آگاهی فراشناختی مهم می‌باشد (۱۷). آگاهی فراشناختی به عنوان توانایی فرد در کنترل فرایندهای شناختی و هدایت آن‌ها تعریف شده است (۱۸). Felavel فراشناخت را تحت عنوان دانش و شناخت درباره پدیده‌های شناختی تعریف می‌کند. در واقع او بیان می‌کند که فراشناخت تفکر درباره تفکر است (۱۹). طبق مدل فراشناختی، فراشناخت‌ها مسؤول کنترل سالم و ناسالم ذهن هستند و آنچه هیجان‌ها و نحوه کنترل آن‌ها را تعیین می‌کند، چگونگی تفکر فرد است، نه این‌که فرد به چه فکر می‌کند (۲۰). باورهای فراشناختی از مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز و تداوم‌بخش رفتارهای بهنجار و نابهنجار محسوب می‌شود. مطالعات صورت‌گرفته برای بررسی ویژگی‌های فراشناختی سوء مصرف‌کنندگان مواد نشان می‌دهد که دلیل اصلی مصرف

می‌باشد. پرسشنامه تنظیم هیجان به منظور اندازه‌گیری راهبردهای تنظیم هیجان توسط Gross and John تدوین شده است که دارای دو زیرمقیاس ارزیابی هیجانات و بازداری هیجانات می‌باشد. ضریب همسانی درونی در خرده‌مقیاس ارزیابی هیجانی برای مردان $0/72$ درصد و برای زنان $0/79$ درصد می‌باشد. همچنین ضریب همسانی درونی در خرده‌مقیاس سرکوبی هیجانی برای مردان $0/67$ درصد و برای زنان $0/69$ درصد برآورد شده است (۲۶). در این مطالعه مقدار آلفای کرونباخ $0/63$ به دست آمد.

۳-۲. پرسشنامه فراشناخت (MCQ-30)

پرسشنامه باورهای فراشناختی که توسط Cartwright-Hatton و Wells (۲۰۰۴ م.) ساخته شده است، یک مقیاس ۳۰ گویه‌ای است که باورهای افراد درباره افکارشان را می‌سنجد. این پرسشنامه توسط اعتمادی بر روی نمونه ایرانی هنجار شده است و شامل ۵ عامل (خرده‌مقیاس) مهارناپذیری افکار، باورهای مثبت در مورد نگرانی، وقوف‌شناختی، اطمینان به حافظه و نیاز به مهار افکار می‌باشد. پاسخ‌ها در این مقیاس بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۱= موافق نیستم تا ۴= خیلی موافقم) محاسبه می‌شود. همسانی درونی برای کل مقیاس $0/93$ درصد گزارش شده است و در پژوهش شیرین‌زاده دستگیری و همکاران ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس $0/91$ و دامنه زیرمقیاس‌های آن $0/71$ تا $0/87$ گزارش شده است (۲۷). در پژوهش دلارقوم و علیزاده ضریب آلفا $0/86$ محاسبه شد (۲۰). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ $0/67$ محاسبه شد.

پس از اخذ رضایت آگاهانه، شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های سنجش سلامت معنوی، تنظیم هیجان و فراشناخت و گرایش به مصرف مواد را تکمیل نمودند. تحلیل داده‌ها به روش رگرسیون هم‌زمان انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار نسخه SPSS 21 تجزیه و تحلیل شد.

برای سنجش گرایش به مصرف مواد از خرده‌مقیاس گرایش به مصرف مواد مخدر، از پرسشنامه گرایش به رفتارهای پرخطر که توسط زاده‌محمدی و همکاران در سال ۱۳۸۸ برای سنجش خطرپذیری نوجوانان ایرانی ساخته شده است، استفاده شد. این خرده مقیاس دارای ۸ سؤال می‌باشد که ضریب آلفای آن $0/90$ به دست آمده است (۲۳). این مقیاس به صورت طیف لیکرت (کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵)) نمره‌گذاری می‌شود؛ نمره بالاتر به معنای گرایش بیشتر به مصرف مواد می‌باشد. آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر $0/80$ محاسبه شد.

برای سنجش سلامت معنوی دانش‌آموزان از ابزار خودارزیابی که توسط Polotsin و Elison در سال ۱۹۸۳ طراحی شده است، استفاده شد. این مقیاس یک ابزار ۲۰ سؤالی خود گزارشی با دو زیرمقیاس می‌باشد. زیرمقیاس سلامت مذهبی ۱۰ سؤال و زیرمقیاس سلامت وجودی هم از ۱۰ سؤال تشکیل شده است. هر سؤال در یک مقیاس ۶ گویه‌ای به صورت لیکرتی از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره‌گذاری می‌شود. حدود نیمی از سؤالات به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ $0/85$ محاسبه شد (۲۴). دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی هر کدام به تفکیک ۶۰-۱۰ است، هرچه نمره حاصل بالاتر باشد، سلامت مذهبی و وجودی نیز بالاتر است. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. عبارات: ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۶، ۱۸ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در پژوهش بهرامی نیز روایی این پرسشنامه $0/90$ به دست آمده است (۱۱). همچنین پایایی در پژوهش عصاررودی و همکاران از طریق برآورد آلفای کرونباخ $0/82$ کسب شده است (۲۵). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ $0/80$ محاسبه شد.

۳-۱. پرسشنامه تنظیم هیجان

این پرسشنامه دارای ۱۰ تست هفت درجه‌ای می‌باشد که نمره یک بیانگر کاملاً مخالف و نمره هفت بیانگر کاملاً موافق

۴. یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار گرایش به مصرف مواد به ترتیب $13/61 \pm 6/12$ سلامت معنوی $86/38 \pm 13/20$ ، تنظیم هیجان $48/89 \pm 8/58$ و فراشناخت $70/23 \pm 10/05$ بود. بین دو متغیر سلامت معنوی و تنظیم هیجان با گرایش به مصرف مواد رابطه منفی معنی‌دار ($p < 0/01$) مشاهده شد، به گونه‌ای که با افزایش سلامت معنوی و توانایی تنظیم هیجان، گرایش به مصرف مواد کاهش یافت. بین متغیر فراشناخت و گرایش به مصرف مواد رابطه مثبت معنی‌دار ($p < 0/05$) وجود داشت، به این معنی که با افزایش باورهای فراشناختی ناکارآمد، گرایش به مصرف مواد در نوجوانان بیشتر شد (جدول ۱).

جدول ۱: ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	گرایش به مصرف مواد	سلامت معنوی	تنظیم هیجان	باورهای فراشناختی
گرایش به مصرف مواد	$r=1$ $p=0/000$	$r=0/459$ $p=0/000$	$r=0/249$ $p=0/000$	$r=0/15$ $p=0/02$
سلامت معنوی	$r=-0/459$ $p=0/000$	$r=1$ $p=0/000$	$r=0/28$ $p=0/000$	$r=0/05$ $p=0/41$
تنظیم هیجان	$r=-0/249$ $p=0/000$	$r=0/28$ $p=0/000$	$r=1$ $p=0/000$	$r=0/19$ $p=0/04$
باورهای فراشناختی	$r=0/15$ $p=0/02$	$r=-0/05$ $p=0/41$	$r=0/19$ $p=0/04$	$r=1$ $p=0/000$

* همبستگی در سطح $p < 0/05$ ** همبستگی در سطح $p < 0/01$

با استفاده از آزمون رگرسیون، متغیرهای پیش‌بین توانستند ۲۵٪ از واریانس متغیر ملاک را تبیین نمایند. همچنین با توجه به معنی‌دار بودن آزمون تی مرتبط با معنی‌داری ضریب رگرسیون استاندارد شده (بتا) می‌توان گفت که متغیرهای سلامت معنوی و تنظیم هیجان در سطح $0/01$ و فراشناخت در سطح $0/05$ ، هر یک به تنهایی توان پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد را دارند. معنی‌داری آزمون F ($25/20$) در سطح

خطای کوچک‌تر از $0/01$ نشان داد که مدل رگرسیون مرکب از ۳ متغیر مستقل و یک متغیر وابسته مدل خوبی بوده و مجموعه متغیرهای مستقل قادرند، تغییرات متغیر وابسته را تبیین نمایند (جدول ۲).

جدول ۲: تحلیل رگرسیون هم‌زمان نقش سلامت معنوی، تنظیم هیجان و فراشناخت در گرایش به سوء مصرف

آماره متغیرها	B	S.E	β	T	R	R^2	F	P
مقدار ثابت	27/99	3/54	-	7/90	-	-	-	-
سلامت معنوی	-0/18	0/028	-0/404	-6/67	-	-	-	0/001
تنظیم هیجان	-0/11	0/04	-0/165	-2/68	-	-	-	0/001
فراشناخت	0/097	0/036	0/160	2/70	0/50	0/25	25/20	0/001

S.E: خطای استاندارد برآورد

۵. بحث

نتایج به دست‌آمده نشان داد که متغیرهای پژوهش توانایی پیش‌بینی متغیر ملاک را دارند، به این معنا که هرچه سطح سلامت معنوی و توانایی تنظیم هیجان افزایش یابد، گرایش به سوء مصرف مواد کم‌تر و هرچه باورهای ناکارآمد فراشناختی افزایش یابد، گرایش به سوء مصرف مواد در نوجوانان افزایش می‌یابد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سلامت معنوی با گرایش به سوء مصرف مواد رابطه منفی معنی‌دار ($p < 0/01$) دارد. نتایج تحقیق مکرری و همکاران نشان داد که بزرگسالانی که نمره بالایی در مذهب دارند به طور معنی‌داری خودکارآمدی بیشتری خواهند داشت. همچنین در برابر شرکای جنسی متعدد، یا حاملگی ناخواسته مقاوم هستند (۲۸).

Chamratrithirong و همکاران به این نتیجه رسیدند که بین میزان معنویت والدین و گرایش جوانان به رفتارهای پرخطر رابطه مستقیم وجود دارد (۴). در مطالعه جعفری و همکاران

می‌شود، در نتیجه برای مقابله با هیجان‌های منفی خود به سمت مصرف مواد کشیده می‌شوند (۳۲).

در مطالعاتی که در زمینه تنظیم هیجان صورت گرفته، بین آشفتگی هیجانی و میزان وابستگی به نیکوتین ارتباط وجود داشته است (۳۳). در واقع کسانی که از پاسخ‌های مقابله‌ای سازگارانه استفاده می‌کنند، رفتارهایی را برای بازسازی دوباره مسأله از نظر شناختی یا موقعیت تنیدگی‌زا به کار می‌گیرند که سلامت روان بهتری را موجب می‌شود (۳۴).

نتایج پژوهش همچنین حاکی از نقش باورهای فراشناختی ناکارآمد در گرایش به مصرف مواد بود. در همین رابطه، خسروشاهی و همکاران نشان دادند که بین باورهای فراشناختی و خرده‌مقیاس‌های آن با اعتیاد به مواد مخدر رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد و باورهای فراشناختی مختل یک پیش‌بینی‌کننده خوب برای گرایش به اعتیاد دانشجویان می‌باشد (۲۱). نتایج پژوهش دیگری نیز نشان داد که افراد الکلی یا افرادی که دارای مشکلاتی در ارتباط با نوشیدن الکل هستند، به طور معناداری نمرات پایین‌تری در ابعاد فراشناخت نسبت به افراد عادی اجتماع کسب می‌کنند (۲۲). در واقع از نقطه‌نظر فراشناختی، سوء مصرف مواد یک وسیله مؤثر برای تغییر سریع افکار، احساسات و قوه قضاوت می‌باشد. این‌گونه افکار فراشناختی می‌تواند یک پتانسیل مثبت برای مصرف مواد باشد (۲۲). می‌توان گفت که افراد متمایل به مصرف مواد کمتر قادر به تنظیم رویدادهای شناختی و روانی هستند و در پیگیری اهداف اختصاصی و مداخله دچار ضعف هستند. تمایل قوی آن‌ها برای عدم کنترل خویشتن شاید بازتابی از باورهای فراشناختی مختل باشد، لذا وجود چنین باورهای فراشناختی ممکن است بیانگر تفاوت‌هایی در مهارت‌های مقابله‌ای باشد (۳۵). همچنین می‌توان گفت که افراد دارای اختلال وابستگی به مواد به دلیل باورهای فراشناختی خاصی که دارند (مثل باورهای فراشناختی در مورد کنترل فکر یا باورهای فراشناختی منفی) دچار آشفتگی هیجانی شده و در موقعیت‌های مشکل‌ساز، دچار سندرم توجه شناختی گردند (۲۱). در واقع در افرادی

نیز مشخص شد که رابطه بین سلامت معنوی با هریک از متغیرهای اضطراب، نارسا کنش وری اجتماعی و افسردگی منفی و معنی‌دار است (۲۹). معنویت موجب هدایت فرد در تصمیم‌گیری‌ها و فشارها می‌گردد، توانمندی فردی را افزایش داده، احساس تسلط داشتن، الگوی پذیرش و تحمل رنج و نیز سازگاری با استرس‌ها و مشکلات را می‌افزاید (۳۰). در حقیقت این نوع نگرش دینی نوعی خویشتن دوستی به فرد می‌بخشد که مانع از آسیب‌رساندن به خویش به وسیله مواد آسیب‌زا، از جمله مواد مخدر و سیگار می‌شود (۳۰).

نتایج پژوهش حاکی از آن است که توانایی بیشتر افراد در تنظیم هیجان‌ها و مدیریت آن‌ها با گرایش کمتر به سوء مصرف مواد همراه است. یافته‌های تحقیق Kimhy و همکاران گویای آن است که افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا نسبت به افراد سالم، مشکلات و کاستی‌های بیشتری در تنظیم هیجان خود دارند (۱۵). همچنین یافته‌های تحقیق میکائیلی و همکاران نشان داد که بین تنظیم هیجان و عواطف مثبت و منفی با عملکرد و فرسودگی تحصیلی رابطه معنادار وجود دارد (۲۶). Kraaij و Garnefski نیز نشان دادند که رابطه معنی‌داری بین استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان و علائم افسردگی در بزرگسالان وجود دارد (۳۱). در واقع تنظیم هیجان به افراد کمک می‌کند که هیجان‌های خود را مدیریت کنند و در طول وقایع استرس‌آور واکنش مناسب را انتخاب کنند، در غیر این صورت مشکلاتی مانند اضطراب و افسردگی عملکرد ضعیف خواهند داشت. از همین رو در موقعیتی مانند تحت فشار قرارگرفتن برای مصرف مواد از طرف دوستان، توانایی تنظیم هیجان باعث می‌شود که راهبرد مناسب را انتخاب نماید و فشارهای ناخواسته را درک و هیجان‌های خود را بهتر مدیریت کنند، در نتیجه در برابر مصرف مواد از خود مقاومت بیشتری را نشان می‌دهند. در مقابل کسانی که توانایی تنظیم هیجانی پایینی دارند، هیجان‌اتی را بروز می‌دهند که تلاش می‌کنند از این هیجان‌ات دوری کنند و هنگامی که توانایی تنظیم هیجان‌های خود را نداشته باشند، عملکرد روانشناختی آن‌ها تضعیف

۶. نتیجه گیری

یافته‌های تحقیق نشان داد که متغیرهای تحقیق توانایی پیش‌بینی متغیر ملاک را دارا می‌باشند، یعنی با افزایش سلامت معنوی و تنظیم هیجان گرایش به مصرف مواد کم‌تر و با افزایش باورهای فراشناختی گرایش به مصرف مواد بیشتر می‌شود.

با توجه به یافته‌های پژوهش و همچنین نقش متغیرهای تحقیق در گرایش به مصرف مواد، انجام مداخلات و اقدامات آموزشی مبتنی بر رویکرد پیشگیرانه با توجه به متغیرهای سلامت معنوی، تنظیم هیجان و فراشناخت در نوجوانان توصیه می‌گردد. از طرفی روش خوداظهاری استفاده‌شده در تحقیق، ابزاری مناسب برای غربالگری افراد در معرض خطر قرار می‌دهد که می‌تواند اقدامات پیگیرانه را در پی داشته باشد.

۷. تقدیر و تشکر

از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، خصوصاً مدیران محترم مدارس و دانش‌آموزانی که در انجام تحقیق مشارکت داشتند، کمال تشکر را داریم.

۸. سهم نویسندگان

تنها نویسنده مسؤول این پژوهش اینجانب می‌باشم و در خصوص دقت علمی و اخلاقی در پژوهش پاسخگو هستم.

۹. تضاد منافع

اینجانب تصریح می‌نمایم که هیچ‌گونه تعارض منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

که دچار مشکل مصرف مواد یا الکل می‌باشند، مصرف مواد یا الکل به عنوان وسیله‌ای برای تنظیم شناخت‌ها به کار می‌رود. این استراتژی تنظیم شناختی ضعیفی را موجب می‌شود، زیرا مصرف مواد و الکل موجب فعال‌شدن سندرم توجه شناختی و اختلال در نظارت‌های فراشناختی می‌شود (۳۶).

افراد مصرف‌کننده مواد، فراشناخت مختلفی دارند، می‌توان گفت که باورهای فراشناختی احتمالاً به طور بالقوه عاملی برای گرایش و استفاده از مواد مخدر هستند (برای مثال باورهایی در این مورد که مصرف مواد باعث کاهش ناراحتی شناختی و هیجانی می‌شود)، باورهای فراشناختی مختل، مهارت‌های مقابله‌ای را تضعیف می‌کند، به دنبال آن تعاملات شناختی (باورهای غیر منطقی) و رفتاری (رفتارهای غیر مؤثر) ویژه شکل می‌گیرد و زمینه استفاده از مواد مخدر فراهم می‌شود (۳۷).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم مقایسه ارتباط متغیرهای پژوهش بین دانش‌آموزان دختر و پسر، نمونه‌گیری در دسترس، عدم همکاری مدارس جهت در اختیارنهادن اسامی دانش‌آموزان و تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت خود اظهاری اشاره نمود. پیشنهاد ما برای مطالعات بعدی استفاده از مقیاس سنجش سلامت معنوی ایرانی - اسلامی است که در آن به تعریف دقیق سلامت معنوی با اثرات مشخص‌شده آن بر اعتقادات گسترده مردم پرداخته شود. از طرفی با توجه به تغییرات فناورانه و فرهنگی زیادی که در جامعه ایران در حال وقوع است که به نوعی فرصت و چالش را فراروی جامعه قرار می‌دهد که در بعد چالشی آن، این تغییرات فرهنگی و فناورانه، امکان وقوع رفتارهای پرخطر را افزایش داده و نوع جدیدی از رفتارهای پرخطر را شکل می‌دهد که نشان می‌دهد لازم است تا درباره پدیده رفتارهای پرخطر مطالعات بیشتری صورت پذیرد تا تدبیرهای واقع‌بینانه و کارشناسانه برای آن اندیشیده شود.

References

1. Bahadori Khosroshahi J, Hashemi Nosratabad T, Mashinchi Abasi N, Angoti S. Relation between metacognitive beliefs and substance abuse in students. *Research in Psychological Health* 2014; 98-102.
2. McCree DH, Wingood GM, DiClemente R, Davies S, Harrington KF. Religiosity and risky sexual behavior in African-American adolescent females. *Journal of Adolescent Health* 2003; 33(1): 2-8.
3. Alkan F, Erdem E. The relationship between metacognitive awareness, teacher self-efficacy and chemistry competency perceptions. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2014; 143: 78-83.
4. Asar Roodi A, Jalilvand M, Odi D, Akaberi A. Relation between spiritual well-being and life satisfaction in nursing staff of Shahid Hashemi Nejjad Hospital of Mashhad. *New Care* 2013; 9(2): 156-162.
5. Ayazgök B, Aslan H. The review of academic perception, level of metacognitive awareness and reflective thinking skills of science and mathematics university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2014; 141: 781-790.
6. Babayi Z, Rafieniya P. Compare metacognitive beliefs and emotion regulation difficulty in substance dependent patients and normal. *Clinical Psychology* 2013; 4(5): 63-71.
7. Bahamin GH, Davarifard F, Malekshahi M, Abi R, Dosti R. The effect of metacognitive beliefs and religious attitudes on smoking in adolescents. *Research in Religion and Health* 2016; 3(2): 35-45.
8. Bufford RK, Paloutzian RF, Ellison CW. Norms for the Spiritual Well-Being Scale. *Journal of Psychology and Theology* 1991; 19 (2): 56-70.
9. Chamrathirong A, Miller BA, Byrnes HF, Rhucharoenpornpanich O, Cupp PK, Rosati MJ, Fongkaew W, et al. Spirituality within the family and the prevention of health risk behavior among adolescents in Bangkok, Thailand. *Social Science & Medicine* 2010; 71(10): 1855-1863.
10. Delavar Gavam S, Alizadeh Gordan J. The role of metacognitive beliefs and positive and negative affect in the Fear of childbirth of pregnant women with first experience. *Iranian Journal of Nursing Research* 2014; 3(9): 8-10.
11. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences* 2006; 40: 59-69.
12. Garnefski N, Kommer TVD, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European Journal of Personality* 2002; 16(5): 3-20.
13. Ghasemzadeh S, Peyvastegar M, Hosseynian S, Motabi F, Bani Hashemi S. The effectiveness of cognitive-behavioral intervention on women coping responses and cognitive emotion regulation strategies. *Journal of Behavioral Sciences Research* 2010, 1(4): 35-43.
14. Hassani J, Azad Falah S, Rasolzadeh Tabatabaie K, Ashayeri H. Evaluation of cognitive emotion regulation strategies on the basis of neuroticism and extraversion. *Advances in Cognitive Science* 2008; 4(10): 1-3.
15. Hasani J. The reliability and validity of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-Short Form. *Journal of Behavioral Sciences Research* 2012; 4(9): 229-240.
16. Sehatpoor J. The effectiveness of solution focuses therapy on reducing the conflict between Mother and Boy adolescent. Karaj: Publisher Kharazmi University; 2015. p.28.
17. Bolhari J. Institutionalize spirituality in the concept of spiritual well-being. *Medical Ethics* 2011; 14(4): 106-112.
18. Jafari E, Hajeloo N, Faghani R, Khazan K. The relationship between spiritual well-being and psychological hardiness with mental health of the elderly. *Journal of Behavioral Sciences Research* 2012; 10(6): 431-440.
19. Jafari E, Dehshiri G, Eskandari H, Najafi M, Heshmati R, Hoseinifar J. Spiritual well-being and mental health in university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2010; 5: 77-81.
20. Karbasi M. Youth and adults Problem in current Iran. Tehran: Iran Publisher Payam Noor University; 2011.
21. Kazemeini T, Modarres Ghorori M. The relationship between personality characteristics and risky behaviors among college students of Mashhad University of Medical Sciences. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2013; 12(11): 15-26.
22. Kimhy D, Vakhrusheva J, Jobson-Ahmed L, Tarrier N, Malaspina D, Gross JJ. Emotion awareness and regulation in individuals with schizophrenia: implications for social functioning. *Psychiatry Research* 2012; 200(2): 193-201.

23. Bahrami M. Predicted Couples communication patterns by spiritual health and psychological well-being of female teachers in elementary school in Karaj city. Karaj: Publisher Kharazmi University; 2015. p.48.
24. McRae K, Rekshan W, Williams LM, Cooper N, Gross JJ. Effects of antidepressant medication on emotion regulation in depressed patients: An iSPOT-D report. *Journal of Affective Disorders* 2014; 159: 1-32.
25. Mikaeli N, Rajabi S, Abasi M, Zamanloo KH. The relationship between emotion regulation with positive and negative emotions and student academic burnout and performance. *Education Psychology* 2015; 10(32): 31-52.
26. Miraldo M, Galizzi, MM, Merla A, Levaggi R, Schulz PJ, Auxilia F, Castaldi S, et al. Should I pay for your risky behaviours? Evidence from London. *Preventive Medicine* 2014; 66: 145-158.
27. Moemeni Gale Ghasemi T, Mosa Rezayi A, Karimiyan J, Ebrahimi A. The relationship between mental health and depression in patients with breast cancer in Esfahan Seyyed Shohada hospital. *Health Information Management* 2012; 8(8): 1006-1016.
28. Mohammadi K, Refahi JH, Samani S. Intermediation self-esteem in quality of life and risk behaviors among students. *Journal of Psychological Methods and Models* 2014; 14(4): 29-43.
29. Mohammdi fard MA, Kafi Anaraki M, Najafi M. The role of metacognition and negative emotions in predicting substance abuse. *Journal of Substance Abuse Research* 2015; 29(8): 65-76.
30. Myers SG, Grøtte, T, Haseth S, Guzey IC, Hansen B, Vogel PA, Solem S. The role of metacognitive beliefs about thoughts and rituals: A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive disorder in a clinical sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 2017; 13: 1-6.
31. Abdellah R. Metacognitive awareness and its relation to academic achievement and teaching performance of pre-service female teachers in Ajman University in UAE. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2015; 174: 6-7.
32. Mohammadkhani SH. Structural model of substance use in adolescents at risk: assessing the direct and indirect effects of individual and social factors. *Journal of Psychological Health* 2008; 2(1): 5-16.
33. Shirinzadeh Dastgiri S, Godarzi M, Rahimi CH, Naziri GH. Investigate factor structure, validity and reliability of metacognition questionnaire. *Journal of Psychology and Theology* 2009; 4(12): 445-461.
34. Spada MM, Moneta G, Wells A. The relative contribution of metacognitive beliefs and expectancies to drinking behaviour. *Alcohol & Alcoholism* 2007; 42 (6): 67-74.
35. Toneatto T. Metacognition and substance use. *Addictive Behaviors* 1999; 24(2): 74-106.
36. Zadeh Mohammadi A, Ahmad Abadi Z. Risky behaviors among teens, strategies for prevention of crime in the family. *Journal of Family Studies* 2010; 20(5): 467-485.
37. Zahed A, Allah Ghalilo K Abolghasemi A, Narimani M. The relationship between emotion regulation strategies and interpersonal behavior among substance abusers. *Research on Addiction* 2009; 11: 99-114.

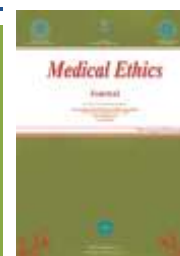


MEJ

Medical Ethics Journal

2018; 12(43): e9

Journal Homepage: <http://journals.sbmu.ac.ir/en-me>



ORIGINAL RESEARCH

The role of spiritual health, emotion regulation and metacognitive beliefs in adolescents' substance abuse

Iman Khakpoor¹ 

1. Graduate Master of Family Counseling, Kharazmi university of Tehran, Tehran, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received: 05 April 2018

Accepted: 27 October 2018

Published online: 27 January 2019

Keywords:

Youth

Risky Behaviors

Spiritual Health

Emotion Regulation

Metacognitive Beliefs

*** Corresponding Author:** Iman Khakpoor

Address: Kharazmi university of Tehran, Tehran, Iran.

Postal Box: 36

Tel: (+98) 930 533 5385

Email: imkhakpoor@gmail.com

ABSTRACT

Background and Aim: Adolescence is a sensitive period with many threats. The aim of this study was to determine the role of spiritual health, emotion regulation and metacognitive beliefs in substance abuse in adolescents.

Materials and Methods: This descriptive-analytical study was conducted on 230 female and boy students of Torbat-e-Heidarieh high school in academic year 95-94 that was selected by available sampling method. After obtaining informed consent, participants completed the questionnaire of spiritual health, emotional regulation, metacognition, and drug use tendency. Data analysis was using inter regression method.

Findings: Mean and standard deviation of tendency to substance abuse was 13.61 ± 6.2 spiritual health $86/38 \pm 13/20$, emotion regulation $42/89 \pm 5/58$ and metacognitive beliefs $70/23 \pm 10/05$. Between the tendency to substances abuse with spiritual health and emotional regulation was inverse relationship ($p < 0/01$) and with metacognitive beliefs was direct relationship ($p < 0/05$). The predictor variables predict 25% of the variation of the criterion variable.

Ethical Considerations: Before the study, the goal of the study was explained to participants to participate full satisfaction.

Conclusion: The research findings showed that the increase of spiritual health and emotional regulation the tendency to substances abuse decrease and with the increasing metacognitive beliefs, the tendency to use drugs will increase. Therefore, attention is paid to the role of these factors in tendency to drug use provides ground for preventive action.

© Copyright (2018) Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Cite this article as:

Khakpoor I. The role of spiritual health, emotion regulation and metacognitive beliefs in adolescents' substance abuse. *Med Ethics J.* 2018; 12(43): e9.