



نقش معنویت و تنظیم شناختی هیجانی بر ترک اعتیاد با وضعیت تأهل و افزایش سن

مریم فراغتی: دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی، دانشکده روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
احمد برجلی: دانشیار و متخصص روانشناسی، دانشکده روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (*نویسنده مسئول) borjali@atu.ac.ir

فرامرز سهرابی: استاد و متخصص روانشناس بالینی، دانشکده روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
نورعلی فرخی: دانشیار و متخصص سنجش و اندازه گیری، دانشکده روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
حسین اسکندری: استاد و متخصص روانشناسی، دانشکده روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

معنویت،
تنظیم شناختی هیجانی،
متغیرهای فردی،
ترک اعتیاد

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۱/۲۱

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۴/۱۸

زمینه و هدف: اعتیاد به عنوان یکی از مسائل پیچیده اجتماعی، زمینه ساز بروز بسیاری از آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی می‌باشد. هدف از پژوهش حاضر تدوین مدل مسیر پیش‌بینی ترک اعتیاد بر اساس متغیرهای فردی، معنوی و هیجانی است.
روش کار: مطالعه حاضر یک پژوهش همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش ۳۰۰ نفر از افراد معتاد در محدوده سنی ۱۷ تا ۶۹ سال، مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد استان البرز می‌باشند. این افراد در سال ۱۳۹۵ به این مراکز مراجعه نموده‌اند. از میان آن‌ها ۱۵۰ نفر موفق و ۱۵۰ نفر ناموفق در ترک اعتیاد بوده‌اند که به روش نمونه‌گیری در دسترس، با هدف تعیین نقش معنویت و تنظیم شناختی هیجانی وارد مطالعه شدند. ابزار پژوهش پرسش نامه‌های نگرش معنوی شهیدی و فرج نیا (۱۳۹۱) و مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان شناختی (۱۹۹۹) بود. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از نرم افزارهای Spss-16 و lisre8.7 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن بود که سن، وضعیت تأهل، تنظیم هیجانی مثبت یا منفی و نگرش معنوی به صورت معنی‌داری موفقیت در ترک اعتیاد را پیش‌بینی می‌نمایند. بالاترین ضریب پیش‌بینی در ترک اعتیاد مربوط به داشتن نگرش معنوی با ضریب استاندارد $\beta = 0.62$ است.

نتیجه‌گیری: بنابراین از نتایج پژوهش حاضر می‌توان در راستای شناسایی متغیرهای دخیل در ترک و کاربرد آن‌ها در مراکز ترک اعتیاد برای موفقیت در ترک مواد استفاده نمود.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: حامی مالی نداشته است.

شیوه استناد به این مقاله:

Faraghati M, Borjali A, Sohrabi F, Farokhi N, Eskandari H. The role of spirituality and emotional cognitive regulation on the withdrawal of addiction with marital status and age increasing. Razi J Med Sci. 2019;26(5):26-36.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.



Original Article

The role of spirituality and emotional cognitive regulation on the withdrawal of addiction with marital status and age increasing

Maryam Faraghati, PhD student in Psychology, Department of Psychology, School of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

Ahmad Borjali, PhD, Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, School of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran (Corresponding author):borjali@atu.ac.ir

Faramarz Sohrabi, PhD, Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, School of Psychology, Allameh Tabataba'i University of Tehran, Tehran, Iran

Nourali Farokhi, PhD, Associate Professor of Measurement and Assessment, Department of Psychology, School of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. farokhinoorali@yahoo.com.

Hosein Eskandari, PhD, Professor of Psychology, Department of Psychology, School of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

Abstract

Background: Addiction is one of the most complex social problems at present that causes many social problems and social deviations. The purpose of this study was to develop a prediction model for addiction trap based on individual, spiritual and emotional variables.

Methods: The present study was a correlational study in which 300 drug addicts with age range of 17 and 69 years that had referred to Alborz addiction treatment center in 2016 (150 successful and 150 unsuccessful addicted people) (on available) were selected with the aim of determining the role of spirituality and cognitive-emotional regulation. The tools of study were Shahidi and Farajnia's spiritual attitude questionnaires and the scale of emotional cognitive regulation strategies. Spss-16 and lisre8.7 software were used.

Results: In this study, age, marital status, emotional status and spiritual attitude significantly predict the success of quitting the addiction. Also, positive emotional setting with coefficient $\beta=0.44$ and spiritual attitude with coefficient $\beta=0.62$, significantly predict success in addiction quit.

Conclusion: The results of this study can be used in identifying variables engaged in addiction quit and their application can be used in addiction treatment centers for successfully quitting addiction.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Keywords

Spirituality,
Cognitive regulation,
Individual variables,
Withdrawal

Received: 09/04/2019

Accepted: 09/07/2019

Cite this article as:

Faraghati M, Borjali A, Sohrabi F, Farokhi N, Eskandari H. The role of spirituality and emotional cognitive regulation on the withdrawal of addiction with marital status and age increasing. Razi J Med Sci. 2019;26(5):26-36.

This work is published under [CC BY-NC-SA 3.0 licence](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).



بیشتر، ارتباط معنی‌داری با مصرف کمتر الکل دارد. شایان ذکر است که میزان معنویت بالاتر در ارتباط تنگنگی با مذهب است (۶).

از دیگر متغیرهایی که به صورت مستقیم و غیر مستقیم در گرایش افراد به سمت مواد نقش دارند، متغیر تنظیم هیجان است. تنظیم هیجان به دامنه وسیعی از فرایندهای زیستی، اجتماعی و رفتاری اطلاق می‌شود، که افراد از طریق آن می‌توانند بر اینکه چه هیجان‌هایی را چه زمانی و چگونه تجربه و ابراز کنند، تاثیر بگذارد. پژوهشی در این راستا با هدف بررسی مشکلات بالقوه در تنظیم هیجان در زمان ترک اولیه الکل انجام شده است. این پژوهش نشان داد که افراد در حال ترک تفاوت معنی‌داری را در آگاهی هیجانی و کنترل تکانه در طول هفته اول درمان گزارش نموده‌اند. همچنین بررسی‌ها نشان داد که این افراد پنج هفته بعد از ترک بهبودی قابل ملاحظه‌ای در آگاهی هیجانی و مشخص بودن هیجان داشته‌اند (۷). از آنجایی که مصرف‌کنندگان مواد، هیجانات منفی و بی‌قراری را غیر قابل تحمل توصیف نموده و نمی‌توانند این حالات را بدون اتکا به مواد مدیریت کنند، لذا از ابعاد فیزیولوژیکی و روانشناختی مواد برای دستیابی به ثبات هیجانی استفاده می‌نمایند. بنابراین توجه تجربی بیشتری لازم است تا بتوان پاسخ‌های هیجانی و تمایلات را در زمان مواجهه با استرس و آشفتگی، کنترل نمود. تحقیقات در این رابطه نشان می‌دهد که فهم بهتر تفاوت‌های فردی در کنار آمدن و تنظیم هیجانات نقش مهمی داشته و می‌تواند برنامه‌ریزان را آگاه کرده و رشد مداخلاتی که بر مبنای این تحقیقات ساخته می‌شوند را، کاربردی نماید.

از دیگر عوامل فردی موثر بر ترک اعتیاد موفق می‌توان به نقش سن و خانواده اشاره نمود؛ سنین نوجوانی و جوانی را می‌توان یکی از عوامل خطرزای سوءمصرف مواد قلمداد نمود. آمارها نشان می‌دهد سن شروع اعتیاد بین ۱۶ تا ۲۰ سالگی و دامنه سنی در معرض خطر بین ۱۸ تا ۳۱ سال است. در بعضی پژوهش‌ها ارتباط قوی بین سن نوجوانان و سوءمصرف

اعتیاد یک بیماری زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی به شمار می‌آید که به دلیل ماهیت پیش رونده‌اش همه ابعاد زندگی، سلامت، خانواده و جامعه فرد را به خطر می‌اندازد (۱). در واقع، اعتیاد یک مشکل بزرگ فردی و اجتماعی است که علاوه بر عوارض جسمی و روان‌شناختی آن برای افراد معتاد، سلامت جامعه را نیز از نظر اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی مورد تهدید قرار می‌دهد و مانند هر اختلال مزمن دیگری نیاز به مدیریت درمان در طی زمان را دارد (۲). مشکل روزافزون سوء مصرف و وابستگی به مواد در جوامع گوناگون از جمله ایران توجه عموم را به خود جلب کرده است. آگاهی فعلی در خصوص این مشکل هنوز نتوانسته این معضل را به طور کامل برطرف نماید؛ لذا بررسی بیشتر مشکلات و عواقب ناشی از اعتیاد، لزوم انجام پژوهش‌های بیشتر در خصوص یافتن راه‌حلی پایا برای درمان، حل مشکل سوء مصرف مواد و یا جستجوی شیوه‌های پیشگیری از آن را آشکار می‌سازد. یکی از سوالاتی که همواره در این حیطه مطرح است این سوال است که چرا افراد معتاد پس از تلاش برای ترک اعتیاد مجدد دچار عود شده و تلاش آن‌ها برای دستیابی به سلامت مجدد بدون نتیجه می‌ماند. عوامل متعددی برای عدم دستیابی به ترک موفق اعتیاد مطرح شده‌اند که از جمله این عوامل می‌توان به مسائل زیست شناختی، جامعه شناختی و روان‌شناختی اشاره نمود (۳). به نظر می‌رسد نحوه واکنش به مواد اعتیادآور بیشتر تابعی از عوامل مختلفی مانند متغیرهای فردی، معنوی و هیجانی است. در این میان نقش نگرش معنوی در سوء استفاده از مواد برای سال‌ها مورد بحث بوده است، اما تعداد تحقیقات انجام شده برای بررسی هرچه دقیق‌تر این متغیر، بسیار اندک است (۴). معنویت سازه‌ای پیچیده و چند بعدی است که نه تنها به عنوان عامل محافظت‌کننده در برابر استفاده از مواد، بلکه در فرایند بهبودی افراد نیز نقش مهمی بر عهده دارد (۵). در مطالعه‌ای در رابطه با نقش معنویت مصرف الکل، نتایج حاصله نشان داده است که معنویت

متناسبی را برای افراد مختلف تدارک دید و موفقیت در ترک اعتیاد را به حداکثر رساند. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این پرسش است که چه متغیرهایی باعث موفقیت افراد معتاد در ترک اعتیاد می‌شود. زیرا عدم موفقیت در ترک اعتیاد باعث می‌شود تا هزینه سنگینی بر فرد و جامعه تحمیل شود. با توجه به اینکه اعتیاد یک آسیب اجتماعی است و برای مبارزه موفق با این آسیب اجتماعی نیاز به شناخت علمی عوامل ایجاد کننده آن می‌باشد، لذا پژوهش حاضر در صدد بررسی نقش متغیرهای معنوی، هیجانی و فردی (وضعیت تأهل و سن) در پیش‌بینی موفقیت برای ترک مواد در میان افراد معتاد است.

روش کار

پژوهش حاضر یک پژوهش همبستگی از نوع تحلیل مسیر است و با هدف پیش‌بینی ترک مواد از طریق ارائه یک معادله مسیر طراحی شده است. متغیرهای پیش‌بین عبارتند از متغیرهای فردی (سن و وضعیت تأهل)، معنوی و تنظیم هیجان هستند که انتظار می‌رفت توانایی پیش‌بینی موفقیت در ترک اعتیاد را خواهند داشت. جامعه پژوهش شامل کلیه افرادی است که در فصل‌های بهار، تابستان و پاییز سال ۱۳۹۵ به مراکز ترک اعتیاد از جمله کمپ‌ها و کلینیک‌های استان البرز مراجعه نموده‌اند. از میان جامعه آماری تعداد ۴۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس، به عنوان نمونه‌ی پژوهش انتخاب شده‌اند. ۲۰۰ نفر از آن‌ها موفق در ترک و ۲۰۰ نفر نیز افراد ناموفق در ترک اعتیاد می‌باشند. البته پس از ادامه روند تکمیل پرسش‌نامه‌ها به دلیل حذف پرسش‌نامه‌های تکمیل نشده، در نهایت ۳۰۰ نمونه برای ادامه پژوهش در دست ماند که البته این تعداد مفروضه‌های مدل تحلیل مسیر را برآورده می‌سازد.

در پژوهش حاضر ملاک ورود به مطالعه موفقیت یا عدم موفقیت در ترک اعتیاد، جنسیت، وضعیت تأهل و محدوده سنی ۱۷ تا ۶۹ سال بوده است. همچنین عدم تمایل به برقراری ارتباط، تحت درمان نبودن، نداشتن رضایت برای تکمیل پرسشنامه به عنوان ملاک خروج از مطالعه در نظر گرفته شد. ابزار پژوهش، شیوه نمره گذاری و پایایی هر یک در ادامه گزارش شده است.

مواد وجود دارد. بر اساس نتایج پژوهش (۸ و ۹). میزان شیوع مصرف مواد در طبقات سنی جوان‌تر بیشتر است. پژوهشگران همچنین رابطه حمایت اجتماعی و جهت‌گیری مذهبی را با میزان عود در معتادان تحت درمان نگه دارنده با متادون بررسی نموده و یافته‌ها نشان داد که جهت‌گیری دینی درونی، حمایت خانواده، حمایت دوستان با میزان عود رابطه منفی معنی‌داری دارد ($p < 0/01$). در واقع، میزان عود در افرادی که از حمایت خانوادگی و جهت‌گیری دینی درونی بیشتری داشتند کمتر است (۱۰).

نتایج تحقیقات مختلف نشان می‌دهد اعتیاد علاوه بر آسیب‌های جسمی و روانی برای فرد معتاد، هزینه سنگینی را نیز بر جامعه تحمیل می‌نماید. طی گزارش خبرگزاری ایرنا در تیرماه سال ۱۳۹۷ استفاده از مواد مخدر سالانه پانصد میلیارد تومان به کشور خسارت اقتصادی وارد می‌نماید. همچنین در گزارش این خبرگزاری آمده است که بر اساس اعلام سازمان ملل متحد رشد سالانه تعداد معتادان در ایران در سال گذشته هشت درصد بوده است و این در حالی که رشد جمعیت نرخ دو درصد را تجربه نموده است. بنابراین فرد معتاد علاوه بر اینکه نیروی جسمانی و عقلانی خود را تحت تاثیر مواد مخدر از دست داده و در خدمت جامعه نیست، قسمتی از نیروی جسمانی و امکانات اقتصادی را که می‌تواند در راه سازنده‌گی مصرف‌گرده، به خود اختصاص می‌دهد.

با توجه به مسائل بیان شده و نظر به اینکه میزان ریزش در فرایند درمان و میزان بازگشت در پایان درمان نیز زیاد است و عود نشانه تلاشی است که به هدف نرسیده و حتی می‌تواند تلاش‌های آتی فرد برای دستیابی به منظور رسیدن به سلامت مجدد را امری بهبوده نشان دهد و این عدم موفقیت نه تنها برای فرد معتاد بلکه برای جامعه و اعضای خانواده وی نیز تاثیر منفی به دنبال خواهد داشت. یکی از مهمترین آثار سوء این باور غلط، غیر قابل ترک بودن مواد و بازیابی زندگی سالم و به دور از مواد است. این باور غلطت، فرد، خانواده و حتی گاهی جامعه را بر آن می‌دارد که از هرگونه تلاشی در این راستا غفلت نمایند. بنابراین با شناسایی هرچه بیشتر عوامل موثر بر موفقیت در ترک اعتیاد می‌توان برنامه‌های پیشگیرانه و بازپرورانه

می‌باشد. این پرسش‌نامه دارای دو عامل اصلی "نگرش معنوی" و "توانایی معنوی" است. پژوهشگران در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که این پرسش‌نامه دارای اعتبار و پایایی کافی است. دو نمونه از سؤالات این مقیاس "همیشه در برابر زندگی که دارم شکرگذار هستم" و "نیایش و راز و نیاز با خدا برایم لذت بخش است و پس از عبادت احساس آرامش می‌کنم"، می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در نمونه حاضر ۰/۹۸۷ به دست آمده است، که نشان دهنده پایایی بسیار خوب آن است.

برای انجام این مطالعه پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه علامه طباطبایی و دریافت مجوز ورود به مراکز ترک اعتیاد محقق در طی دوره‌های متوالی به مراکز مورد نظر مراجعه نموده است. پرسش‌نامه‌ها با نظارت پژوهشگر در مراکز مختلف و کلینیک ترک اعتیاد استان البرز تکمیل شده‌اند. برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها ابتدا از افراد خواسته شد تا رضایت‌نامه‌ی پژوهش را امضاء و در صورت تمایل در پژوهش شرکت نمایند. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها هریک از آنها توسط پژوهشگر واریسی شد تا هیچ پرسش‌نامه‌ای بدون پاسخ نباشد و در صورت عدم پاسخگویی به پرسش‌نامه با ارائه‌ی توضیحات لازم پرسش‌نامه برگردانده شده تا به‌طور کامل تکمیل گردد. پرسش‌نامه‌ها به‌صورت یک مجموعه (با ترتیب قرارگرفتن تصادفی

پرسش‌نامه‌ها به‌منظور جلوگیری از اثرات عوامل مخدوش‌کننده) در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و در مواقعی که نیاز بوده است پژوهشگر سؤالات را برای آزمودنی قرائت می‌نمود. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS-16 و LISRE8.7 استفاده شده است.

یافته‌ها

در مجموع ۳۰۰ نفر از افراد معتاد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد استان البرز که ۱۵۰ نفر از آنها موفق و ۱۵۰ نفر ناموفق در ترک اعتیاد بوده‌اند وارد مطالعه شدند.

با استفاده از جدول یک متغیرهای جمعیت شناختی مورد مطالعه قرار گرفتند. در این جدول ۱۵۰ نفر افراد موفق و ۱۵۰ نفر افراد ناموفق در ترک اعتیاد

یکی از پرسش‌نامه‌های مورد استفاده، مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان شناختی (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-CERQ) (۱۱) است که پرسش‌نامه‌ای خودسنجی است. ساختار این پرسش‌نامه چندبعدی بوده و به‌منظور شناسایی راهبردهای مقابله شناختی بعد از تجربه‌ای ناگوار به کار می‌رود.

نسخه اصلی این پرسش‌نامه با نه مؤلفه دارای ۳۶ ماده است. این نه مؤلفه عبارتند از سرزنش خود، پذیرش، نشخوار ذهنی، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه ریزی، باز ارزیابی مثبت، اتخاذ دیدگاه، فاجعه آمیز پنداری و سرزنش دیگران. مواد این پرسش‌نامه بر اساس سازه‌های نظری و عملی طراحی شده‌اند. هر چهار ماده یک مؤلفه را تشکیل می‌دهند که هر مؤلفه یک راهبرد را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه راهبردهای سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه آمیز پنداری در مجموع و راهبردهای منفی تنظیم هیجان را در بر می‌گیرد. این پژوهش نیز مجموع این راهبردها را به عنوان راهبردهای منفی تنظیم هیجان وارد مدل مسیر نموده است. همچنین راهبردهای پذیرش، توجه مجدد به برنامه ریزی، توجه مجدد مثبت، باز ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه راهبردهای مثبت تنظیم هیجان را نشان می‌دهند که در این پژوهش نیز مجموع این راهبردها به عنوان راهبردهای مثبت تنظیم هیجان وارد مدل مسیر شده‌اند. از جمع کل نمرات ۳۶ ماده یک نمره کلی به دست آمده که بیانگر استفاده از راهبردهای شناختی، تنظیم هیجان است و می‌تواند در دامنه‌ای بین ۳۶ تا ۱۸۰ را به خود اختصاص دهد. پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ محاسبه شده است. عدد به دست آمده برای راهبردهای تنظیم هیجانی منفی ۰/۷۷ بوده و عدد ۰/۷۵ برای راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت به دست آمده است.

دومین پرسش‌نامه مورد استفاده در این پژوهش، پرسش‌نامه نگرش معنوی (۱۲) است. در این پرسش‌نامه در نهایت سه نمره را ارائه خواهد شد. دو نمره مربوط به دو مؤلفه نگرش و توانایی معنوی و یک نمره نیز مربوط به نمره کل پرسش‌نامه است. این پرسش‌نامه مشتمل بر ۴۳ سؤال پنج‌گزینه‌ای از نوع "لیکرت"

جدول ۱- توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی

افراد	فراوانی	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
ترک نکرده	۱۵۰	۵۰	۵۰	۵۰
ترک کرده	۱۵۰	۵۰	۵۰	۱۰۰
مرد	۲۷۴	۹۱,۳	۹۱,۳	۹۱,۳
زن	۲۶	۸,۷	۸,۷	۱۰۰,۰
متأهل	۸۵	۲۸,۳	۲۸,۳	۲۸,۳
مجرد	۲۱۵	۷۱,۷	۷۱,۷	۱۰۰
کل	۳۰۰	۱۰۰	۱۰۰	

جدول ۲- بررسی متغیر سن شرکت کنندگان در پژوهش

سن	کمترین داده	بیشترین داده	میانگین	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	واریانس
سن	۱۷	۶۹	۳۴,۴۶	۰,۵۳۴	۹,۲۵۵	۸۵,۶۶۱

جدول ۳- بررسی توزیع متغیرهای پژوهش

سن	نگرش معنوی	تنظیم هیجانی منفی	تنظیم هیجانی مثبت
سن	۱,۱۸۱	۱,۲۴۴	۰,۸۴۲
کولموگروف اسمیرنوف Z	۰,۱۲۳	۰,۰۹۱	۰,۴۷۷
سطح معنی داری			

گزارش شده‌اند، از میان این شرکت کنندگان ۲۷۴ نفر مرد و ۲۶ نفر زن، که در این بین ۸۵ نفر متأهل و ۲۱۵ نفر نیز مجرد می‌باشند و در نهایت درصد و درصد تجمعی، مربوط به فراوانی هریک از متغیرها گزارش شده است.

جدول دو به مقایسه متغیر سن شرکت کنندگان در دو گروه افراد موفق و افراد ناموفق در ترک اعتیاد اختصاص یافته است. نتایج نشان می‌دهد، کمترین سن مراجعه کنندگان ۱۷ سال و بیشترین سن ۶۹ سال است. میانگین سنی شرکت کنندگان در پژوهش ۳۴/۴۶ محاسبه شده است. خطای استاندارد ۰/۵۳ و انحراف استاندارد ۹/۲۵ می‌باشد.

در جدول سوم توزیع متغیرهای پژوهش مورد مطالعه قرار گرفته است که در آن از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شده است. نتایج حاکی از آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد که در مورد متغیر سن میزان آماره Z برابر با ۱/۱۸۱ است که با سطح

معنی داری ۰/۱۲۳ حاکی از نرمال بودن توزیع متغیر دارد ($p > 0/05$). همچنین در مورد متغیر نگرش معنوی میزان آماره Z برابر با ۱/۵۹ است که با توجه به سطح معنی داری ۰/۰۵۳ که بزرگ تر از ۰/۰۵ است، نشان از نرمال بودن توزیع متغیر است. همچنین در مورد متغیر تنظیم هیجانی منفی با توجه به میزان آماره Z که برابر است با ۱/۲۴ که در سطح ۰/۰۹ معنی دار است که بزرگ تر از ۰/۰۵ است. حکایت از نرمال بودن توزیع متغیر دارد و در نهایت در مورد متغیر تنظیم هیجانی مثبت با توجه به میزان آماره Z که برابر با ۰/۸۴ است که در سطح ۰/۴۷ معنی دار است نشان از آن دارد که توزیع متغیر نرمال است.

در جدول چهارم به بررسی آمار توصیفی ابزار پژوهش پرداخته شده است. بر اساس نتایج جدول فوق مشخص است که در پرسش نامه نگرش معنوی کمترین داده برابر با ۶۶ و بیشترین نمره برابر با ۲۱۳ می‌باشد. میانگین نمرات برابر با ۱۴۱/۲۴ با خطای استاندارد

در جدول سوم توزیع متغیرهای پژوهش مورد مطالعه قرار گرفته است که در آن از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شده است. نتایج حاکی از آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد که در مورد متغیر سن میزان آماره Z برابر با ۱/۱۸۱ است که با سطح

معنی داری ۰/۱۲۳ حاکی از نرمال بودن توزیع متغیر دارد ($p > 0/05$). همچنین در مورد متغیر نگرش معنوی میزان آماره Z برابر با ۱/۵۹ است که با توجه به سطح معنی داری ۰/۰۵۳ که بزرگ تر از ۰/۰۵ است، نشان از نرمال بودن توزیع متغیر است. همچنین در مورد متغیر تنظیم هیجانی منفی با توجه به میزان آماره Z که برابر است با ۱/۲۴ که در سطح ۰/۰۹ معنی دار است که بزرگ تر از ۰/۰۵ است. حکایت از نرمال بودن توزیع متغیر دارد و در نهایت در مورد متغیر تنظیم هیجانی مثبت با توجه به میزان آماره Z که برابر با ۰/۸۴ است که در سطح ۰/۴۷ معنی دار است نشان از آن دارد که توزیع متغیر نرمال است.

جدول ۴- آمار توصیفی ابزار پژوهش

نگرش معنوی	کمترین داده	بیشترین داده	میانگین	خطای استاندارد	انحراف استاندارد	واریانس
نگرش معنوی	۶۶	۲۱۳	۱۴۱,۲۴۷	۲,۰۰۰۱	۳۴,۶۴۲۷	۱۲۰۰,۱۲
تنظیم هیجانی منفی	۲۴	۷۲	۴۸,۷۴۳۳	۰,۴۴۷۶۵	۷,۷۵۳۵۷	۶۰,۱۱۸
تنظیم هیجانی مثبت	۲۹	۹۲	۶۲,۵۹۶۷	۰,۶۲۱۵۹	۱۰,۷۶۶۳	۱۱۵,۹۱۴

جدول ۵- بررسی شاخص‌های برازش مدل

شاخص	مجذور خی	سطح معنی‌داری	درجه آزادی	ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب	شاخص نیکویی برازش	شاخص نیکویی تعدیل شده نیکویی برازش	شاخص نیکویی تطبیقی	شاخص نیکویی بهنجار
عنوان آماری	X^2	P	Df	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	NFI
حد مطلوب		غیر معنی‌دار		>0.08	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9
برآورد	۲/۸۶	۰/۴۱	۳	۰/۰۰	۱	۰/۹۸	۱	۰/۹۹

جدول ۶- بررسی ضرایب مدل

مسیر	ضریب استاندارد	مقادیر تی
سن -> ترک اعتیاد	-۰/۰۸	-۲/۰۷
وضعیت تأهل -> ترک اعتیاد	-۰/۱	-۲/۴۹
وضعیت تأهل -> نگرش معنوی	۰/۱۶	۲/۸۰
وضعیت تأهل -> تنظیم هیجانی	-	-
تنظیم هیجانی مثبت -> ترک اعتیاد	۰/۴۴	۸/۴۰
تنظیم هیجانی منفی -> ترک اعتیاد	-۰/۱۷	-۲/۸۰
نگرش معنوی -> ترک اعتیاد	۰/۶۲	۱۳/۶۳

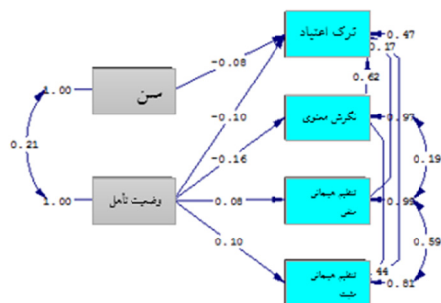
به صورت معنی‌داری ترک اعتیاد را پیش‌بینی نموده است به صورتی که میزان ترک اعتیاد در افراد متأهل بیش از افراد (مجرد و مطلقه) است. همچنین وضعیت تأهل به صورت معنی‌داری نگرش معنوی افراد را پیش

۲/۰۰۰۱ و انحراف استاندارد ۳۴/۶۴ می باشد. همچنین در خصوص تنظیم هیجانی منفی کمترین و بیشترین داده به ترتیب برابر با ۲۴ و ۷۲ با میانگین ۴۸/۷۴ و خطای استاندارد ۰/۴۴ با انحراف استاندارد ۷/۷۵ است. در تنظیم هیجانی مثبت کمترین و بیشترین داده به ترتیب برابر با ۲۹ و ۹۲ با میانگین ۶۲/۵۹ و خطای استاندارد ۰/۶۲ و انحراف استاندارد ۱۰/۷۶ به دست آمد.

در جدول پنجم به بررسی مدل مسیر پرداخته شده است. جهت بررسی برازش مدل از شاخص‌های برازش استفاده شده است. نتایج جدول نشان می‌دهد که تمامی شاخص‌ها در حد مطلوبی قرار دارند و مدل توانسته است به طور موفقیت‌آمیزی تغییرات ترک اعتیاد را پیش‌بینی نماید.

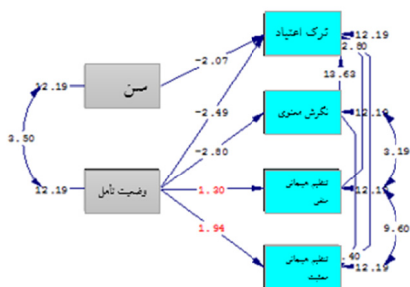
مدل مفهومی نمودارهای ضریب استاندارد و مقادیر تی در نمودارهای ۱ و ۲ نشان داده شده است.

نمودار اول و دوم و جدول ششم به بررسی ضرایب مسیر اختصاص یافته است. نتایج نشان داده است که افزایش سن به طور معنی‌دار و معکوس، ترک اعتیاد را پیش‌بینی می‌نماید. به عبارتی این نتیجه را اینطور می‌توان تفسیر نمود که با افزایش سن میزان ترک اعتیاد کاهش می‌یابد. البته علی‌رغم معنی‌دار بودن، این ضریب بسیار کوچک است (۰/۰۸-). اما وضعیت تأهل



Chi-Square=2.86, df=9, P-value=0.41383, RMSEA=0.000

نمودار ۱- ضرایب استاندارد



Chi-Square=2.86, df=9, P-value=0.41383, RMSEA=0.000

نمودار ۲- مقادیر تی

می‌باشد. میانگین سن معتادین در جامعه مورد بررسی ۳۳/۵ سال بوده است. رایج‌ترین علت شروع اعتیاد بر حسب وضعیت تأهل در معتادین جامعه مورد بررسی همراهی نمودن دوستان می‌باشد. اعتیاد به مواد مخدر در افراد با تحصیلات عالی کمتر از افراد بی‌سواد بود. ۳۷/۶٪ افراد در جامعه مورد بررسی از ناراحتی جسمی به علت اعتیاد رنج می‌برده‌اند (۱۳). در نتیجه می‌توان اظهار داشت فاکتورهای متعددی از جمله سن، محیط، وضعیت شغلی و تحصیلی و غیره در ابتلای شخص به اعتیاد به مواد مخدر دخالت دارد که همسو با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد.

در مورد تأثیر سن بر گرایش به مصرف مواد و یا ترک، نتایج نشان داد که سن می‌تواند ترک یا گرایش به مصرف را پیش‌بینی نماید اما با افزایش سن گرایش به ترک مواد کاهش می‌یابد. شاید یک تبیین احتمالی در این خصوص عدم انگیزه و عادت کردن به شرایط موجود است. پژوهش‌های پیشین نیز در خصوص میزان شیوع مصرف مواد نشان داده‌اند که میزان مصرف در طبقات سنی جوان‌تر بیشتر است (۸ و ۹). این موضوع حاکی از میل به مصرف بیشتر در این سنین است. چرا که تعداد قابل توجهی از دانشجویان گروه نمونه (حدود ۴۳ درصد) متأهل بودند و تحلیل‌ها نشان داد که میزان گرایش به مصرف مواد در میان متأهل‌ها به شکل معنی‌داری پایین‌تر از مجردها است. همسو با این موضوع نتیجه این پژوهش نشان داد میانگین نمره گرایش به مصرف مواد مجردها به شکل معنی‌داری بالاتر از متأهل‌ها است که همسو با تحقیق فعلی می‌باشد، زیرا میزان موفقیت در ترک اعتیاد در افراد متأهل بیش از افراد مجرد است. یک تبیین احتمالی در این خصوص آن است که، متأهل بودن به عنوان یک عامل محافظت‌کننده در این امر دخیل باشد، در پژوهشی که خانواده‌ی معتادان را از لحاظ کارکرد خانواده (حل مشکل ارتباطی، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، مشارکت اجتماعی، کنترل رفتار و کارایی عمومی) مورد بررسی قرار داده بودند مشخص شد ناکارآمدی و مشکل در کارکرد خانواده معتادان وجود داشته است. یافته‌های نشان می‌دهد که کارکرد در خانواده‌هایی که دارای کودکان معتاد هستند به مراتب ضعیف‌تر از کارکرد خانواده کودکان عادی است (۱۴).

بینی می‌نماید ($\beta=0/16$ و $p<0/01$). تنظیم هیجانی مثبت با ضریب استاندارد $\beta=0/44$ موفقیت در ترک اعتیاد را پیش‌بینی نموده و تنظیم هیجانی منفی نیز با ضریب استاندارد $\beta=-0/17$ ترک اعتیاد را به صورت معکوس پیش‌بینی می‌نماید. همچنین داشتن نگرش معنوی با ضریب $\beta=0/62$ به صورت معنی‌داری موفقیت در ترک اعتیاد را پیش‌بینی نموده است. همچنین این مدل در حدود ۵۰٪ از تغییرات ترک اعتیاد را پیش‌بینی می‌نماید.

بحث و نتیجه‌گیری

اعتیاد به عنوان یک معضل بزرگ در سرتاسر جهان مطرح است. ایران نیز به دلیل همسایگی با کشور افغانستان که بزرگ‌ترین تولیدکننده مواد مخدر در سطح جهان است با مشکل بزرگ اعتیاد روبه‌رو است. از طرف دیگر با توجه به جمعیت جوان کشور که یکی از عوامل خطرزا در این مقوله محسوب می‌شود نیاز است تا رویکردهای پیشگیری‌کننده و درمان‌کننده همواره مورد پژوهش و مطالعه قرار گیرند. اعتیاد، عدم موفقیت در ترک آن و عوارض ناشی آن از مهمترین مشکلات بهداشت عمومی کشور محسوب می‌شود. در دهه‌ی اخیر کارهای مثبتی از جمله، گسترش دیدگاه بیماری‌نگر به معتاد، ورود وزارت بهداشت در امر پیشگیری و درمان اعتیاد و گسترش درمان‌های دارویی و غیر دارویی در کشور انجام شده است. اما یکی از مسائلی که همواره در مقوله اعتیاد مطرح است رهایی از اعتیاد است. اینکه چه عواملی باعث می‌شوند تا افرادی در زمینه ترک اعتیاد به موفقیت دستیابند؛ حال آنکه عده‌ای دیگر نتوانند این موفقیت را لمس نمایند همواره به عنوان سوال مطرح بوده است. هدف این پژوهش نیز شناسایی همین عوامل قرار داده شده است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که با بالا رفتن سن میزان موفقیت در ترک اعتیاد کاهش می‌یابد یا به عبارت دیگر افزایش سن به طور معنی‌دار و معکوس موفقیت در ترک اعتیاد را پیش‌بینی می‌نماید. وضعیت تأهل نیز به صورت معنی‌داری موفقیت ترک اعتیاد را پیش‌بینی نموده است. در پژوهش نشان داده شد شایع‌ترین سن شروع اعتیاد ۲۵-۳۴ سال می‌باشد، البته این بازه در افراد مجرد ۲۴-۱۵ و در افراد متأهل در ۴۴-۳۵ سالگی

مخدر دارد (۱۹).

نقش مذهب و معنویت در پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی به گونه‌های است که بسیاری از نظریه‌پردازان بزرگ جهان نظیر فروید، یونگ، ویلیام جیمز مذهب و معنویت را به عنوان یک عامل مستحکم در مقابل آسیب‌های اجتماعی تلقی نموده‌اند (۲۰). در یک نتیجه‌گیری کلی شاید بتوان اینگونه بیان نمود افرادی که دارای نگرش معنوی کمتری می‌باشند در مواجهه با رویدادهای روزمره ناامیدتر و ضعیف‌تر از دیگران با تنیدگی و رویدادهای مرتبط به آن کنار می‌آیند. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که عدم وجود نگرش معنوی یکی از علل گرایش به اعتیاد است که منجر به کاهش عزت نفس، کاهش سلامت روان و افزایش پرخاشگری می‌گردد.

از طرفی در نتیجه تحقیقی که به بررسی راهبردهای تنظیم هیجان در سوءمصرف کنندگان مواد دارای واکنش پذیری بالا و پایین پرداخته شده است، نتایج نشان داد سوءمصرف کنندگان مواد دارای واکنش‌پذیری بالا، از راهبردهای تنظیم هیجان منفی و سوءمصرف کنندگان مواد دارای واکنش‌پذیری پایین، از راهبردهای تنظیم هیجان مثبت بیشتری استفاده می‌نمایند. بر این اساس می‌توان گفت که واکنش‌پذیری و تکانشگری بالا و استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان منفی، از عوامل خطرزا برای سوءمصرف مواد است (۲۱). به‌طور کلی، نتایج این مطالعات همسو با یافته‌های پژوهش حاضر است و اصولاً افراد دارای تنظیم هیجانی بالا در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند و فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (۲۲). افرادی که تنظیم هیجانی پایینی دارند برای مقابله با هیجان‌های منفی خود اغلب به سوء مصرف مواد روی می‌آورند (۲۳). در مدل‌های اختلالات مصرف مواد فرض می‌شود که اشخاصی که نمی‌توانند هیجان خود را درست تنظیم کنند ممکن است به مصرف مواد به عنوان راهی برای تخفیف هیجان‌ات خود روی آورند. تعداد زیادی از درمان‌هایی که برای اختلال‌های مصرف مواد به کار می‌روند بر کاستن از روش‌های ناسازگارانه و انجام روش‌های سازگارانه تنظیم هیجان تأکید دارند

یافته‌های جدید بالینی نشان می‌دهد که در شکل‌گیری اعتیاد زمینه‌های رشدی ناسالم، استعداد و آمادگی برای اعتیاد نقش اساسی داشته است (۱۵). خانواده مهم‌ترین زمینه رشدی است که می‌تواند استعداد و آمادگی اعتیاد را در اعضای خود ایجاد کند. در خانواده‌هایی که تحقیر، تهدید، سرزنش، عدم وجود ارتباط مناسب، عدم وجود اعتماد در بین اعضا، نبود مرزهای روشن بین اعضای خانواده، عدم تناسب وظایف اعضا با سطح رشدی آن‌ها، نبود فرآیند حل مسأله به طور مناسب، نبود همراهی عاطفی و عدم حل مناسب تعارض‌ها وجود دارد می‌تواند بستر مناسبی برای ابتلا به اعتیاد را فراهم آورد (۱۶). عملکرد مناسب خانواده برای سلامتی فرد، خانواده و جامعه ضروری است. خانواده‌ای که دارای عملکرد مناسب است قادر خواهد بود نیازهای عاطفی روانی و جسمی اعضای خود را برآورده نماید، حال آنکه خانواده با کارکرد نامناسب و معیوب از برآورده‌سازی نیازهای اعضای خود عاجز است. برآورده نشدن نیازهای اعضای خانواده در زمینه‌های مختلف می‌تواند سلامت جسمانی، اجتماعی و هیجانی آنها را تحت تأثیر قرار دهد.

در پژوهشی که با هدف تعیین ارتباط بین باورهای مذهبی با سلامت روان، عزت نفس و خشم در افراد وابسته به مواد در شهر رشت انجام شده بود نتایج نشان داد که بین مؤلفه‌های مورد بررسی در دو گروه وابسته به مواد و افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد که این یافته خود همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین است. نتایج یافته‌های قبلی حاکی از وجود تفاوت بین اعتقادات مذهبی، میزان عزت نفس و خشم در افراد وابسته به مواد و عادی بود (۱۷). در واقع نداشتن اعتقادات مذهبی، عزت نفس پایین و پرخاشگری بالا از جمله مواردی هستند که فرد را مستعد مصرف مواد نموده و تمامی این عوامل به علاوه مصرف مواد، سلامت جسمی و روانی فرد را به خطر خواهد انداخت.

پژوهشگران عنوان می‌کنند که نگرش دینی نقش اساسی در جلوگیری از سوء مصرف مواد دارد و نیز مشخص شده که بین نگرش‌های مذهبی و اعتیاد رابطه منفی وجود دارد (۱۸). در تحقیق دیگری مشخص شد که انجام فرایض دینی و حضور در مکان و مراسم مذهبی نقش مهمی در پیشگیری از اعتیاد به مواد

داشتند، ابراز نمایم.

References

1. Le Moal M, Kooh GF. Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspective. *Eur Neuro Psychopharmacol*; 2007.17(6-7):377-93.
2. Daley AC, Marlatt GA, Lewinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, Eds. *Substance Abuse (A Comprehensive Textbook)*. 4th edit. Boston: Williams & Wilkin; 2005.p. 674-81.
3. Khoshlahjeh A, Abu al-Ma'ali Kh, Khoshlahjeh Z, Alizadeh H, Imani E. [Comparison of early maladaptive schemas of unsuccessful addicted addicts and non-cohort members]. *J Res Addict Quart*; 2010.4(14):77-78. (Persian)
4. Chitwood DD, Weiss ML, Leukefeld CG. A systematic review of recent literature on religiosity and substance use. *J Drug Issues*; 2008.38(3):653-88.
5. Morjarria A, Orford J. [The role of religion and spirituality in recovery from drink problems: a qualitative study of Alcoholics Anonymous members and South Asian men]. *Addict Res Theory*; 2002.10(3):225-56.
6. Sukhwal M, Suman LN. Spirituality, religiosity and alcohol related beliefs among college students. *Asian J Psychiatry*; 2013.6(1):66-70.
7. Fox HC, Hong KA, Sinha R. [Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers]. *Addict Behav*; 2008.33(2): 388-94.
8. Zarrani F. [Comprehensive Nutrition Prevention Program at Universities, A series of proposed drug prevention programs among students across the country]. First Edition. Tehran: Shahid Beheshti University Jihad. (2006). (Persian)
9. Sohrabi F, Akbari S, Taraghijah S, Falsafinejhad MR, Yaghoubi H. [The research report is the headquarters of the Ministry of Science]. *Soc Welfare Quart*; 2006. 9(34):65-82. (Persian)
10. Ashrafi Hafez A, Kazemeini T, Shayan Sh. [The relationship of social support and religious orientation with relapse rates in opioid dependent patients under methadone maintenance therapy]. *J Adv Nurs Midwif*; 2014.24(84):35-44. (Persian)
11. Garfenesky N, Kraaij V. Bully victimization and emotional problems in adolescents: Moderation by specific cognitive coping strategies. *J Adolesc*; 2014.37(7):1153-60.
12. Shahidi S, Farajnia S. [Developing and validating Spiritual Attitude Scale]. *Ravanshenasi Din*; 2012.5(3):97-115. (Persian)
13. Cheraghi H. [Demographic Survey of Drug Addicted Men in Yazd Province Welfare Organization Rehabilitation Center]. Doctoral

(۲۴). باتوجه به وجود ارتباط میان عواملی همچون ولع مصرف، تکانشگری، مؤلفه‌های شدت اعتیاد به‌عنوان عوامل تأثیرگذار بر نتایج درمانی و پیش‌بینی‌کننده‌های قوی شکست و موفقیت در درمان ضروری است تا به منظور کاهش لغزش بیماران، علاوه بر مصرف داروی متادون از مداخلات درمانی دیگر همچون تنظیم هیجان به‌عنوان درمانی برای مهار یا کنترل این عوامل استفاده شود. در نتیجه‌گیری نهایی چنین می‌توان بیان نمود که متغیر نگرش معنوی، تنظیم هیجانی، وضعیت تاهل می‌تواند موفقیت در ترک اعتیاد را پیش‌بینی نماید، اما متغیر افزایش سن افراد نمی‌تواند به‌طور دقیق موفقیت در ترک اعتیاد را پیش‌بینی نماید.

هر پژوهشی در روند اجرای خود با محدودیتهایی گوناگونی مواجه است. پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نیست. محدودیت پژوهش حاضر، مربوط به جامعه آماری مورد مطالعه است که معنادان موفق یا ناموفق در ترک اعتیاد استان البرز می‌باشند. این موضوع می‌تواند محدودیتهایی در زمینه تعمیم نتایج و تفسیر متغیرهای مورد بررسی مطرح نماید. از دیگر محدودیت این تحقیق استفاده از پرسشنامه است و ممکن است برخی از افراد ارائه پاسخ واقعی خوداری کرده و پاسخ غیر واقعی داده باشند.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود افرادی که مایل به تحقیق در این زمینه هستند، این پرسش‌نامه‌ها را بر روی نمونه‌های دیگر در سایر نقاط کشور اجرا کنند و همچنین می‌توان از روش مداخله به جای پرسش‌نامه استفاده نمود. به منظور پیشگیری آموزش مناسب در جهت پرورش معنویت، راهبردهای تنظیم هیجانات در میان افراد جامعه اتخاذ گردد.

تقدیر و تشکر

لازم به ذکر است که این مطالعه با دریافت رضایت‌نامه آگاهانه از شرکت‌کنندگان و تعهد به محرمانه نگه داشتن اطلاعات آن‌ها، اجراء گردیده است. در انتها جا دارد مراتب سپاسگزاری خود را از اساتید گرامی، مسئولین محترم مراکز ترک اعتیاد از جمله کمپ‌ها و کلینیک‌های استان البرز و افراد مشارکت‌کننده که در اجرای این تحقیق به لحاظ گوناگون از جمله جمع‌آوری نمونه‌ها همکاری به سزایی

dissertation, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services Yazd. (1997). (Persian)

14. Raeisi F, Anisi J, Yazdi SM, Zamani M, Rashidi S. [Mental health and child-rearing styles between candidate adult for addiction withdrawal in comparison with non-addict adults]. *J Behav Sci*; 2008.3:33-42. (Persian)

15. Zeynali A, Vahdat R, Hamednia S. [The study of pre-addictional status in addicts and comparison with normal adults]. *J Know Res Appl Psychol*; 2007.9(33):149-168pages. (Persian)

16. Tajalli F, Zarnaghsh M. [Effect of Family Communication Patterns on Internet Addiction]. *J Pract Clin Psychol*; 2017.5(3):159-166. (Persian)

17. Shekholeslami F, Sotoodeh SO, Zeynali Sh, Talebi M. [Relationship between religious beliefs, mental health, self-esteem and anger in ordinary people and drug addicts]. *Nurs Midwif J Comprehens Nurs*; 2013.23:2-7. (Persian)

18. Maselko J, Kubzansky LD. Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey]. *Soc SciMed*; 2006.62(11):2848-60.

19. Rew L, Wong YJ. A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *J Adolesc Health*; 2006.38(4):433-42.

20. Shams EH, Nezhad naderi S. [A comparative study of the quality of life and religious attitude among Addicted/non-addicted individuals in Kerman city]. *Quart J Experim Psychol Stud*; 2009.5(1):139-52. (Persian)

21. Abolqasemi A, Qolli Lou, K-E, Narimani M, Zahed A. [Emotion regulation strategies for drug abusers with high and reactivity]. *J Guilan Uni Med Sci*; 2011.15(77):20-22. (Persian)

22. Trinidad DR, Johnson CA. The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Person Indiv Differ*; 2002.32(1):95-105.

23. Trinidad DR, Unger JB, Chou CO, Johnson A. The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescent]. *Person Indiv Differ*; 2004.34(1):46-55.

24. Alavizadeh M, Entezari S. [Short reports of clinical research]. *J Psychol Res*; 2011.14(1):147-50.