

مقایسه هوش معنوی بین مبتلایان به اختلال سوء مصرف مواد و افراد بهنجار

حدیث دریگوند^۱، اصغر آقایی^۲، مریم قربانی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۷/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۰۲

چکیده

وابستگی به مواد، یک اختلال مزمن و بازگشت کننده است که هزینه های سنگینی را بر افراد، خانواده ها و جامعه تحمیل می کند و با عود بسیار همراه است. به نظر می رسد که یکی از عوامل مؤثر بر عود مصرف مواد، عوامل معنوی است. کینگ (۲۰۰۸) هوش معنوی را به عنوان مجموعه ای از ظرفیت های ذهنی می داند که مبتنی بر جنبه های غیرمادی و متعالی هستی از قبیل شناخت خویشتن، تفکر وجودی عمیق و گسترش معنا است. هدف این پژوهش مقایسه هوش معنوی در افراد معتاد و غیرمعتاد است. به این منظور در یک مطالعه علی-مقایسه ای، از بین کلیه معتادان مراجعه کننده به کلینیک های شهر خرم آباد، نمونه ای شامل ۶۰ معتاد و ۱۰۰ نفر غیرمعتاد، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. کلیه آزمودنی ها پرسش نامه هوش معنوی کینگ را تکمیل کردند. داده ها به روش تحلیل واریانس زوجی و با استفاده از نرم افزار SPSS-16، تحلیل شدند. نتایج نشان داد هوش معنوی معتادان و افراد غیرمعتاد تفاوت معناداری دارد ($p < .05$). بر اساس یافته های این پژوهش، مشاوران مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد می توانند برای پیشگیری از عود اعتیاد راهکارهای لازم را برای افزایش هوش هیجانی و هوش معنوی به معتادان و خانواده های آنان ارائه دهند.

واژگان کلیدی: هوش معنوی، معتاد، سوء مصرف مواد

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان. پست الکترونیک: derikvand.hadis@yahoo.com

۲. دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان.

۳. استادیار دانشگاه پیام نور تهران.

مقدمه

وابستگی به مواد براساس (DSM-IV-R)، مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک است که فرد با وجود داشتن مشکلات قابل ملاحظه‌ی مرتبط با مواد، به مصرف آن ادامه می‌دهد و الگویی از مصرف تکراری وجود دارد که معمولاً منجر به تحمل، محرومیت و رفتار اجباری می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان و جوانان، یکی از بزرگترین نگرانی‌های جوامع امروز است، زیرا اعتیاد تهدیدی برای ساختارهای فرهنگی، بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی بوده، اساس تعادل در رشد و توسعه جوامع را برهم زده و منابع انسانی، اقتصادی و اجتماعی آنها را به هدر می‌دهد. کشور ایران به دلیل هم‌جواری با مناطق اصلی تولید این مواد در معرض مخاطرات جدی و رو به رشدی قرار گرفته است، به طوری که با وجود تمام کوشش‌های به عمل آمده، شاهد وجود بحران در ارتباط با شیوع اعتیاد، مشکلات بهداشتی، حجم توزیع مواد و مسائل اقتصادی و اجتماعی وابسته به مواد مخدر هستیم (یارمحمدیان، ۱۳۸۳).

بسیاری از محققان حوزه اعتیاد و به‌خصوص اکثر افراد عادی جامعه، بر این باورند که ساختار شخصیت برخی افراد برای پذیرش اعتیاد مساعدتر از دیگران است. مسئله هوش به‌عنوان یک ویژگی اساسی که تفاوت فردی را در بین انسان‌ها موجب می‌شود از ابتدای تاریخ مکتوب انسان مورد توجه بوده است. پس از گسترش مفهوم هوش، ایمونز در سال ۱۹۹۹ سازه جدیدی را با عنوان هوش معنوی مطرح کرد. او عنوان کرد هوش معنوی مجموعه‌ای از توانایی‌ها برای بهره‌گیری از منابع دینی و معنوی است. هوش معنوی سازه‌های هوش و معنویت را در یک سازه ترکیب نموده است. در حالی که معنویت، جستجویی برای یافتن عناصر مقدس، معنایابی، هشپاری بالا و تعالی است. هوش معنوی شامل توانایی برای استفاده از چنین موضوعاتی است که می‌تواند کارکرد و سازگاری فرد را پیش‌بینی کند و منجر به تولیدات و نتایج ارزشمندی شود. پس می‌توان گفت هوش معنوی عبارت از توانایی‌ها، ظرفیت‌ها و منابع معنوی است که کاربست آن موجب افزایش انطباق‌پذیری و در نتیجه سلامت روان افراد می‌شود (کینگ، ۲۰۰۸).

در واقع امروزه گفته می‌شود که IQ و EQ، پاسخگوی همه چیز نبوده و واقعاً مؤثر نیستند، بلکه انسان به عامل سومی هم نیازمند است که هوش معنوی یا به اختصار SQ نامیده می‌شود

(چریر^۱، ۲۰۰۴؛ به نقل از نداف و همکاران، ۱۳۸۹). ایمونز پنج خصوصیت هوش معنوی را چنین عنوان می‌کند:

• **قابلیت تعالی فیزیکی و مادی:** به ظرفیت انسان برای ورود به سطوح نامتعارف و متعالی هوشیاری و نیز بالاتر رفتن یا فراتر رفتن از محدودیت‌های عادی و جسمی گفته می‌شود.

• **توانایی تجربه به حالات برتر آگاهی:** آگاهی از یک حقیقت غایی که ایجاد احساس یگانگی و وحدت می‌کند، در این آگاهی همه مرزها ناپدید می‌شوند و همه چیز در یک کل واحد یکی می‌شود. افرادی که از هوش معنوی برخوردارند می‌توانند وارد این سطح از آگاهی و یا سایر حالات برتر معنوی مثل مراقبه و مکاشفه شوند.

• **توانایی یافتن تقدس در فعالیت‌ها، رویدادها و روابط روزمره:** تشخیص حضور خدا در فعالیت‌های عادی.

• **توانایی به کارگیری منابع معنوی برای حل مسائل زندگی:** افرادی که به صورت ذاتی مذهبی هستند، راحت می‌توانند با استرس‌ها برخورد کنند، این افراد بیش از سایرین در بحران‌های روحی و مشکلات، معنایی برای یادگرفتن می‌یابند و از طریق این مشکلات رشد می‌کنند.

• **توانایی انجام رفتار فاضلانه:** رفتارهای درست و پسندیده‌ای همچون بخشش، نشان دادن سخاوت، انسانیت، شفقت، عشق ایثارگرانه و غیره که از زمان‌های گذشته تاکنون پسندیده انگاشته شده‌اند.

هوش معنوی تنها یکپارچه‌سازی معنویت و هوش نیست. بلکه هوش معنوی بیانگر آمیختگی خصوصیات و علائق معنوی فرد، صفات شخصیتی، توانایی‌های شناختی ویژه و فرایندهای عصب‌شناختی است. هوش معنوی، هوش ویژه‌ای است که بازتاب یک مجموعه بی‌همتایی از تجربه‌ها و ظرفیت‌های انسانی است که همه افراد به درجات مختلفی از آن برخوردارند (نوبل، ۲۰۰۰؛ ولمن، ۲۰۰۱؛ زوهار و مارشال، ۲۰۰۰).

پژوهش‌های بویر^۲ (۱۹۹۴) نشان داده است که قلمروهای ویژه‌ای وجود دارد که به تعبیر و

تفسیر ارزش‌های مذهبی می‌پردازد. زوهار و مارشال (۲۰۰۰) مطرح می‌کنند که حتی اگر اثر تجربه‌های معنوی بر لبه‌های گیجگاهی چند ثانیه بیشتر نباشد، کارکرد نیمه‌ی پیشین مغز اثر هیجانی ماندگاری در سراسر زندگی فرد می‌گذارد. پیشرفت‌های نوین در شاخه‌ی عصب‌شناسی نشان داده است که کارکرد مغزی با تجربه‌های معنوی همراه است. فعالیت‌هایی در بخش‌هایی از مغز انجام می‌شود که نقش معنوی دارد.

از آنجا که هریک از انواع مختلف هوش به میزان متفاوتی رشد می‌کنند، ممکن است در یک فرد یکی از آنها بیشتر رشد کند، ولی انواع دیگر رشد چندانی نکرده باشند. زمانی که موضوعات هیجانی یا اخلاقی حل نشده باقی می‌مانند، از رشد معنوی جلوگیری می‌کنند. بلوغ معنوی به‌عنوان یکی از جنبه‌های هوش معنوی، شامل درجه‌ای از بلوغ هیجانی و بلوغ اخلاقی و رفتار اخلاقی می‌شود و خردمندی و دلسوزی برای دیگران را صرف نظر از جنس، قومیت، سن یا نژاد دربر می‌گیرد. می‌توان گفت بلوغ معنوی دید عمیق و گسترده‌ای است که با آگاهی همراه است و شامل ارتباط زندگی درونی ذهن با زندگی بیرونی می‌شود (وون، ۲۰۰۲). هوش معنوی می‌تواند یک عامل مؤثر در بروز و پیشگیری از اختلالات باشد (مک‌هاوک^۱، ۲۰۰۲؛ به نقل از نازل، ۲۰۰۴). برای مثال؛ عوامل مؤثر در هوش معنوی که در متون اسلامی تقوا و پرهیزکاری قلمداد شده است، به همراه تمرین‌های روزمره از قبیل تدبیر در خلقت، روزه‌داری، عبادت‌ها، خواندن قرآن و تدبیر صادقانه در آیات آن، می‌تواند نقش اساسی در تقویت هوش معنوی داشته باشند (همان).

در پژوهشی با موضوع مقایسه هوش معنوی و سلامت روان در افراد معتاد و غیرمعتاد، نمونه شامل ۸۰ نفر معتاد به مواد مخدر و ۸۰ نفر افراد غیرمعتاد، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، از مراکز درمان و بازتوانی شهر زاهدان انتخاب شدند. یافته‌ها نشان داد که بین نمره‌های هوش معنوی و سلامت روان معتادان و غیرمعتادان تفاوت معناداری وجود دارد به‌طوری‌که معتادان به مواد مخدر از هوش معنوی و سلامت روانی پایین‌تری نسبت به گروه عادی برخوردارند. همچنین در هر دو گروه، بین هوش معنوی و سلامت روان، همبستگی معنادار مشاهده شد (معلمی و همکاران، ۱۳۸۹).

راینسون^۱ و همکاران (۲۰۰۷، ۲۰۱۱) طی پژوهش‌هایی به بررسی تغییرات شش ماهه در معنویت، مذهبی‌بودن و نوشیدن افراطی الکل در نمونه‌ای از افراد که در جستجوی درمان بودند، پرداخته و نشان داده‌اند که شرکت در درمان‌های مذهبی و معنویت‌محور باعث افزایش سطح گرایش‌های مذهبی و معنوی شده و به‌طور معناداری باعث کاهش سطح تمایل به مصرف الکل می‌شود. این پژوهشگران در پژوهش‌های خود به این نکته اشاره کرده‌اند که ممکن است معتادان نسبت به غیرمعتادان از گرایش‌های سطح پایین‌تری در هوش معنوی برخوردار باشند. گالانتر^۲ و همکاران (۲۰۰۷)، در مطالعه‌ای با عنوان «سنجش معنویت و پیوند آن با درمان اعتیاد با مروری جامع و آگاهی‌بخش»، این نتیجه‌گیری را مطرح کرده‌اند که جهت‌گیری معنوی، هم‌پوشی قابل توجهی با هوش معنوی دارد و یکی از جنبه‌های مهم در حوزه اعتیاد و درمان اعتیاد است که تاکنون به‌طور جدی مورد غفلت قرار گرفته است. این پژوهشگران بر این نکته تأکید کرده‌اند که توجه به معنویت لازم است به‌طور جدی و بنیادی در حوزه‌ی پژوهش‌های معطوف به شناسایی علل و درمان اعتیاد مد نظر قرار گیرد. گالانتر (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای با عنوان «معنویت و بهبود در برنامه‌های دوازده گام اعتیاد»، با استنادی راهگشا به نقش معنویت در پیشگیری از اعتیاد و بازگشت به اعتیاد در معتادان در فرایند درمان، نشان داده‌اند که از طریق گرایش‌های مطرح در حوزه سازه‌هایی نظیر هوش معنوی می‌توان افراد معتاد را از غیرمعتاد و افراد موفق و ناموفق در درمان اعتیاد را از یکدیگر تمیز داد. پیدمونت (۲۰۰۴)، در پژوهشی نشان داده است که تعالی معنوی، فراتر از پنج عامل بزرگ شخصیت، قادر به پیش‌بینی پیامدهای درمانی مثبت و امیدبخش برای سوءمصرف کنندگان مواد است. همچنین نتایج حاصل از این پژوهش گویای آن است که تعالی معنوی با درجه‌بندی موقعیت در درمان سوءمصرف مواد توسط درمانگران، دارای رابطه معناداری است. نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که به‌طور ضمنی ممکن است معتادان نسبت به غیرمعتادان، از گرایش‌های مستعد در هوش پایین‌تری برخوردار باشند. هازل و موهاث (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای با تمرکز بر مقابله معنوی و فرهنگی با گرایش به مصرف مواد نشان داده‌اند که فرایندها و توانایی‌های فرهنگی و معنوی سطح

خانواده تا فرهنگ عمومی جامعه، مؤلفه‌های کلیدی و محوری در فهم فرایند گرایش به مصرف مواد و در عین حال پیشگیری از گرایش به مصرف الکل و معتادشدن افراد در جامعه هستند. این پژوهشگران با اشاره به برخی پژوهش‌های حوزه معنویت و اعتیاد، بر این باور تأکید می‌کنند که توانایی‌های معطوف به معنویت‌ها که با عنوان هوش معنوی مطرح است، ممکن است در افرادی که به مواد گرایش پیدا می‌کنند در سطح پایین‌تری نسبت به افرادی باشد که چنین تمایلی ندارند.

با وجود اینکه پژوهش‌های مقایسه‌ای انجام شده، به‌طور مستقیم درگیر بررسی راهکارهای پیشگیری و درمان اعتیاد در گروه‌های مختلف نمی‌شوند، با این حال، دانش حاصل از این نوع پژوهش‌ها می‌تواند آگاهی بنیادی برای طراحی یا به‌کارگیری روش‌های پیشگیری و درمان را فراهم سازند. اهمیت این سازه در بحث پیشگیری بسیار مهم است. با توجه به آنکه تاکنون در کشور تحقیقی در این زمینه صورت نگرفته است، در این پژوهش در درجه اول تلاش می‌شود تا با مقایسه مؤلفه‌های هوش معنوی مشخص شود که در این حوزه‌ها چه تفاوتی بین افراد معتاد و غیرمعتاد وجود دارد.

روش

طرح پژوهش حاضر پس‌رویدادی و علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش را زنان و مردان ساکن شهر خرم‌آباد در بهار ۱۳۹۱ تشکیل می‌دهند که به دو طبقه معتاد و غیرمعتاد تقسیم‌بندی شده‌اند. جامعه آماری گروه معتادان را زنان و مردان معتادی که به‌صورت خودمعرف در بهار ۱۳۹۱ به مراکز درمانی ترک اعتیاد شهر خرم‌آباد مراجعه کرده‌اند تشکیل می‌دهند. جامعه آماری دوم، کلیه زنان و مردان غیرمعتاد در شهر خرم‌آباد هستند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از آنجایی که روش پژوهش پس‌رویدادی است و بر اساس منابع موجود (دلاور، ۱۳۷۶) برای حصول به هدف تحقیق، گروه معتادان شامل ۶۰ زن و مرد معتاد هستند. گروه کنترل شامل زنان و مردانی فاقد تشخیص سوءمصرف مواد و اختلالات روان‌پزشکی شدید مانند اختلال دو قطبی یا اسکیزوفرنیا هستند. گروه نمونه مردان و زنان معتاد نیز به روش هدفمند از طریق فهرست پذیرش اولیه هر مرکز درمانی انتخاب شد. نمونه‌گیری گروه کنترل به‌صورت هدفمند از

بین کلیه مردان و زنان شهر خرم‌آباد انتخاب شدند و به‌صورت نسبی تلاش شده تا از نظر سن، جنسیت و تحصیلات، افراد گروه کنترل با افراد گروه معنادار متناسب داشته باشند.

ابزار

پرسش‌نامه هوش معنوی: پرسش‌نامه هوش معنوی در سال ۲۰۰۸، توسط کینگ به‌منظور سنجش توانایی‌های ذهنی هوش معنوی ساخته شده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۴ عبارت است و توانایی‌های مربوط به هوش معنوی را در چهار بعد اصلی ارزیابی می‌کند. توانایی‌های ذهنی هوش معنوی که در این مقیاس مورد بررسی قرار می‌گیرند شامل توانایی تفکر انتقادی و وجودی^۱ (۷ سؤال)، تولید معنای شخصی^۲ (۵ سؤال)، آگاهی متعالی^۳ (۷ سؤال) و بسط حالت هشیاری^۴ (۵ سؤال)، به‌شرح زیر است:

۱. **تفکر انتقادی و وجودی:** تفکر انتقادی درباره گوهر وجود، واقعیت، گیتی، مکان، زمان و موضوعات وجودی و متافیزیک، همچنین توانایی تفکر درباره موضوعات غیر وجودی مرتبط با وجود فرد.

۴۱

۲. **تولید معنای شخصی:** توانایی استنتاج مفهوم و معنای شخصی از همه تجارب جسمی و ذهنی از جمله توانایی ایجاد هدف زندگی.

۳. **آگاهی متعالی:** استعداد تشخیص ابعاد و چارچوب‌های متعالی خود، دیگران و دنیای مادی در خلال حالات طبیعی هشیاری، همراه با استعداد تشخیص ارتباط آنها با «خود» فرد و با دنیای مادی.

۴. **بسط حالت هشیاری:** توانایی وارد و خارج شدن از حالات فراهشیاری و دیگر حالات خلسه با اراده فرد.

مقیاس پاسخگویی آن پنج گزینه لیکرت است. این پرسش‌نامه از نظر روایی و پایایی براساس گزارش کینگ و دسی کو (۲۰۰۹) دارای شرایط مطلوبی است. بر پایه گزارش کینگ و دسی کو (۲۰۰۹)، این پرسش‌نامه یا مقیاس بر پایه تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی که انجام داده‌اند از روایی سازه و همچنین از روایی هم‌گرایی بالایی با سازه‌هایی نظیر

1. Critical Existential Thinking (CET)
3. Transcendental Awareness (TA)

2. Personal Meaning Production (PMP)
4. Conscious State Expansion (CSE)

رضایت و معنا در زندگی برخوردار است؛ همچنین این پژوهشگران، پایایی این پرسش نامه را برحسب آلفای کرونباخ و بازآزمایی کل این آزمون را ۰/۹۲ و ضریب آلفای زیرمقیاس های آن را بدین شرح گزارش کرده اند: تفکر انتقادی وجودی ۰/۷۸، تولید معنای شخصی ۰/۷۸، آگاهی متعالی ۰/۸۷ و بسط هشیاری ۰/۹۱.

یافته‌ها

پس از تکمیل پرسش نامه‌ها توسط آزمودنی‌ها، داده به کمک نرم افزار SPSS-16 و به روش تحلیل واریانس زوجی مورد بررسی قرار گرفت. مشخصات توصیفی گروه‌های نمونه در جدول شماره ۱ گزارش شده است.

جدول شماره ۱: جدول توصیفی مربوط به جنسیت، تأهل، تحصیلات

متغیر	گروه	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مردان	۹۸	۶۱/۲
	زنان	۶۲	۳۸/۸
وضعیت تأهل	متأهل	۸۲	۵۱/۲
	مجرد	۶۸	۴۲/۵
سطح تحصیلات	مطلقه	۱۰	۶/۲
	زیردیپلم	۹۰	۵۶/۲۵
	دیپلم و بالاتر	۷۰	۷۵/۴۳

داده‌های جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که دو گروه در نمره کل و در خرده مقیاس‌های هوش معنوی شامل تفکر وجودی نقادانه، ایجاد معنای شخصی، آگاهی تعالی‌بخش و بسط حالت هشیاری، تفاوت معناداری با یکدیگر دارند. بررسی میانگین دو گروه نشان می‌دهد که در تمامی خرده مقیاس‌ها و در نمره کل، گروه معنادان میانگین پایین تری نسبت به گروه گواه دارند.

جدول شماره ۲: آزمون F برای تعیین تفاوت بین گروه‌ها

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	F	درجه آزادی	سطح معناداری																																				
تفکر وجودی انتقادی	افراد معتاد	۱۵.۲۸	۲.۷۳	۱۶.۸۲	۱۵۸	۰/۰۱																																				
	افراد غیرمعتاد	۲۱.۲۳	۱.۶				ایجاد معنای شخصی	افراد معتاد	۱۵.۷۷	۲.۳۷	۲۰.۷۸	۱۵۸	۰/۰۱	افراد غیرمعتاد	۲۴.۳۶	۲.۸۲	آگاهی تعالی بخش	افراد معتاد	۱۵.۶۵	۲.۱۸	۱۹.۳۵	۱۵۸	۰/۰۱	افراد غیرمعتاد	۲۳.۳۵	۲.۸۰	بسط حالت هشیاری	افراد معتاد	۱۴.۵۸	۲.۴۸	۲۳.۳۱	۱۵۸	۰/۰۱	افراد غیرمعتاد	۲۳.۴۵	۲.۳۱	نمره کل	افراد معتاد	۱۳.۶۷	۲.۶۵	۲۹.۲۱	۱۵۸
ایجاد معنای شخصی	افراد معتاد	۱۵.۷۷	۲.۳۷	۲۰.۷۸	۱۵۸	۰/۰۱																																				
	افراد غیرمعتاد	۲۴.۳۶	۲.۸۲				آگاهی تعالی بخش	افراد معتاد	۱۵.۶۵	۲.۱۸	۱۹.۳۵	۱۵۸	۰/۰۱	افراد غیرمعتاد	۲۳.۳۵	۲.۸۰	بسط حالت هشیاری	افراد معتاد	۱۴.۵۸	۲.۴۸	۲۳.۳۱	۱۵۸	۰/۰۱	افراد غیرمعتاد	۲۳.۴۵	۲.۳۱	نمره کل	افراد معتاد	۱۳.۶۷	۲.۶۵	۲۹.۲۱	۱۵۸	۰/۰۱	افراد غیرمعتاد	۲۲.۱۶	۴.۸۷						
آگاهی تعالی بخش	افراد معتاد	۱۵.۶۵	۲.۱۸	۱۹.۳۵	۱۵۸	۰/۰۱																																				
	افراد غیرمعتاد	۲۳.۳۵	۲.۸۰				بسط حالت هشیاری	افراد معتاد	۱۴.۵۸	۲.۴۸	۲۳.۳۱	۱۵۸	۰/۰۱	افراد غیرمعتاد	۲۳.۴۵	۲.۳۱	نمره کل	افراد معتاد	۱۳.۶۷	۲.۶۵	۲۹.۲۱	۱۵۸	۰/۰۱	افراد غیرمعتاد	۲۲.۱۶	۴.۸۷																
بسط حالت هشیاری	افراد معتاد	۱۴.۵۸	۲.۴۸	۲۳.۳۱	۱۵۸	۰/۰۱																																				
	افراد غیرمعتاد	۲۳.۴۵	۲.۳۱				نمره کل	افراد معتاد	۱۳.۶۷	۲.۶۵	۲۹.۲۱	۱۵۸	۰/۰۱	افراد غیرمعتاد	۲۲.۱۶	۴.۸۷																										
نمره کل	افراد معتاد	۱۳.۶۷	۲.۶۵	۲۹.۲۱	۱۵۸	۰/۰۱																																				
	افراد غیرمعتاد	۲۲.۱۶	۴.۸۷																																							

نتیجه گیری

هدف این پژوهش، مقایسه هوش هیجانی و هوش معنوی در زنان و مردان معتاد با زنان و مردان غیرمعتاد بود. نتایج این تحقیق با نتایج تحقیقات معلمی و همکاران (۱۳۸۹)، گالاتر و همکاران (۲۰۰۷) و هازل و موهاث (۲۰۰۱) همسو است. با توجه به نتایج به دست آمده در جدول شماره ۲، فرض این تحقیق مبنی بر تفاوت هوش معنوی افراد معتاد و غیرمعتاد تأیید شد. در زمینه تحقیق در مورد هوش معنوی پژوهش‌های میدانی کمی صورت گرفته است. به اعتقاد کینگ، راهبردهای مقابله‌ای و تکنیک‌های حل مشکل با استفاده از معنویت، کاربردهای سازگارانه هوش معنوی هستند. این ارتباط غیرمستقیم است و هوش معنوی به عنوان یک میانجی در این ارتباطات نقش دارد. به احتمال زیاد همبستگی معنادارتری میان سطوح هوش معنوی و سازگاری وجود دارد (کینگ، ۲۰۰۸). با توجه به نتایج پژوهش‌ها، هوش، مذهب و معنویت در گرایش به اعتیاد نقش دارند و همان‌طور که بیان شد، هوش معنوی میانجی تأثیرات معنویت و ترکیبی از معنویت و هوش است. پس به‌طور

منطقی، هوش معنوی نیز باید در اعتیاد نقش تعیین کننده‌ای داشته باشد؛ چون هر دو سازه هوش و معنویت را در خود جای داده است. به طور مثال هوش معنوی اجازه می‌دهد که تا آنجایی که ممکن است موقعیت را تغییر دهند و در واقع به آنها اجازه می‌دهد که موقعیت را اداره کنند (تیری^۱، ۲۰۰۶).

با توجه به اینکه یکی از مؤلفه‌های هوش معنوی، وابسته نبودن به آرای جمع است (زوها و مارشال، ۲۰۰۰)، بنابراین پایین بودن نمره هوش معنوی در گروه معتادان، می‌تواند ناشی از ویژگی‌هایی مانند تسلیم شدن به گروه به منظور مصرف مواد و هم‌نوایی با گروه دوستان، قابل تبیین باشد. سبک تفکر وابسته در افراد معتاد (قربانی و همکاران، ۱۳۹۰)، منجر به وابستگی به نظر دیگران درباره خود و تأییدطلبی می‌شود که این امر منجر به کاهش نمره آنها در این مقیاس می‌شود. معنویت می‌تواند با در اختیار قرار دادن رفتار و سبک زندگی ویژه‌ای، مانند یک سپر دفاعی افراد را در برابر عوامل زیان‌بار و تنش‌زای محیطی حفاظت کند (کوئینگ، ۱۹۹۵). در نظر ناچاپان^۲ و همکاران (۲۰۱۴)، افراد با هوش معنوی بالاتر، دارای مهارت‌های برقراری ارتباطات، درک بین فردی، همدلی، احترام و گشودگی به تجربه بالایی هستند. اما افراد معتاد، مهارت‌های ارتباطی مؤثر کمی دارند، خجالتی و منفعل هستند، لذا نمره هوش معنوی در آنان پایین‌تر است. نتایج تحقیق نشان داد که ایجاد معنای شخصی در معتادان با افراد غیرمعتاد تفاوت معناداری دارد. پس فرضیه ما مورد تأیید قرار می‌گیرد. در واقع تفکر وجود نقادانه در افراد معتاد کمتر از افراد غیرمعتاد است. کیسر (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان داد که حل بحران وجودی می‌تواند منجر به بهبود خود به خودی بیماران سرطانی شود. تولید معنای شخصی، توانایی ایجاد معنا در زندگی مانند مورد قبل نقش اساسی در بحران‌های وجودی دارد. این بحران‌ها در واقع بحران معنایی است. تحقیقات مختلفی ارتباط بین معنا یا بی‌سازگاری افراد را تأیید کرده‌اند. به عبارت دیگر، معناخواهی در زندگی، تلاش و کوشش اساسی آدمی است که او را به سوی رضایت و خرسندی درونی سوق می‌دهد و مانند یک غریزه انسانی به فرد کمک می‌کند تا حتی با بدترین شرایط محیطی مقابله کند. یافتن معنا منجر به کسب نگرش‌های مثبت، خوش‌بینانه و امیدوارانه حتی در مشکلات می‌شود. نگرش‌ها، تاب‌آوری و تحمل انسان

را در مقابل وقایع غیر قابل تغییر بالا می‌برد (فرانکل، ۱۹۸۵؛ به نقل از ترخان و همکاران، ۱۳۹۰). افرادی که معنایابی شخصی در آنها کم است، در مواجهه با مشکلات، آن را به‌عنوان یک مصیبت تلقی کرده و دچار یأس، نومی‌دی و افسردگی می‌شوند و در مواجهه با چالش‌های فردی و محیطی قادر به یافتن معنی برای تکالیف نیستند و دچار ناکامی و جودی می‌شوند. همین امر می‌تواند سبب گرایش به مصرف مواد مخدر شود. یکی دیگر از مؤلفه‌های هوش معنوی، آگاهی تعالی‌بخش است که نتایج تحقیق نشان داد این مؤلفه در افراد معتاد و غیرمعتاد تفاوت معناداری دارد. در واقع آگاهی تعالی‌بخش در افراد معتاد کمتر از افراد غیرمعتاد است. به این معنی که فرد، استعداد تشخیص ابعاد و چارچوب‌های متعالی خود، دیگران و دنیای مادی را در خلال حالات طبیعی هشیاری، همراه با استعداد تشخیص ارتباط آنها با «خود» فرد و با دنیای مادی دارد. اگرچه هنوز شواهد زیادی در زمینه مؤلفه آگاهی تعالی در حال حاضر در دسترس نیست با این حال در مطالعه ناچیاپان و همکاران (۲۰۱۴)، ارتباط معناداری بین تعالی خود با انعطاف‌پذیری، حس یکپارچگی و هدف در زندگی مشاهده شد. همچنین در مطالعه‌ای دیگر مشخص شد، تعالی خود منجر به بهبود سریع‌تر بیماری‌ها و ناتوانایی‌های سخت می‌شود. همچنین بین تعالی خود با افسردگی، کیفیت زندگی، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران و رضایت از زندگی ارتباط مشاهده شده است. وقوف انسان به خویشتن خود یکی از اصول مهم در معنویت است. این هشیاری، انسان را نسبت به خود واقعی، یعنی آنچه که هست و فاصله آن با خود حقیقی، یعنی آنچه که می‌تواند باشد، آگاه می‌سازد. در سایه این هشیاری، انسان در یک خودانگیختگی تلاش می‌کند تا با روش‌های به خود حقیقی‌اش نزدیک‌تر شود. به هر میزان که آگاهی بیشتر و عمیق‌تری به ساحت وجودی خود پیدا می‌کند به همان اندازه نیز دامنه اختیار او در انتخاب راهکارهای مناسب و مفید رشد‌یابنده افزایش می‌یابد، مسئولیت‌پذیری او بیشتر می‌شود و سلامت روان بیشتری را تجربه می‌کند. اگر این فرایند تحریف شود فرد نمی‌تواند به شکوفایی برسد، مسئولیت انتخاب‌های خود را نمی‌پذیرد و از انتخاب‌های خود و حل مسائل زندگی فرار می‌کند. به‌نظر می‌رسد که این امر می‌تواند زمینه‌ساز بروز انواع اختلالات هیجانی به‌خصوص اعتیاد باشد. بسط حالت هوشیاری در افراد معتاد نیز کمتر از افراد غیرمعتاد است که این امر می‌تواند ناشی از کاهش اراده و هشیاری فرد

بر بدن و ذهن خود به دلیل مصرف مواد باشد. زیرا مصرف مواد به دلیل ترکیبات شیمیایی و اثرات بلندمدت آن بر مغز، توانایی ذهن آگاهی فرد را کمتر از حد معمول کند. در مورد بسط حالات هشیاری، حالات متعالی می توانند حتی از بروز خودکشی، اعتیاد به الکل، مصرف مواد و خشونت جلوگیری کنند. اگرچه تردیدهایی در این زمینه وجود دارد، با این حال پژوهش‌هایی انجام شده است که نشان‌دهنده تأثیر مثبت این حالات است. در برخی پژوهش‌ها، بهبود طولی در کارایی درمان فشار خون در افرادی که مدیتیشن متعالی انجام می‌دادند در مقایسه با گروه کنترل مشاهده شده و تعدادی پژوهش‌های کنترل شده نیز تأثیر مثبت مدیتیشن متعالی را بر سلامتی قلبی-عروقی، کاهش فشار خون و کم‌خونی نشان دادند (فیلدس^۱ و همکاران، ۲۰۰۲). ماسکرو^۲ و همکاران (۲۰۰۴) همبستگی مثبت معناداری بین مقیاس امیدواری و مقیاس آشکار و ناآشکار معنایی در زندگی یافتند، در مقابل ارتباط منفی بین معنایی شخصی با افسردگی و روان رنجورخویی مشاهده شد. همچنین آنها به این نتیجه رسیدند که معنایی معنوی و شخصی بین استرس‌های روزانه و افسردگی میانجی است. در زمانی که معنایی معنوی کم است، رابطه بین استرس‌های زندگی و افسردگی بالا می‌رود. به عبارت دیگر، بسط حالات هشیاری کمتر می‌تواند منجر به سلامت روان شود و گرایش به سمت رفتارهای خودتسکین‌دهنده و یا پرخطر مانند اعتیاد را بیشتر کند.

در مجموع می‌توان بیان کرد که سوء مصرف مواد، سلامت جسمانی و روانی افراد را به خطر می‌اندازد، افراد با هوش هیجانی و هوش معنوی پایین، به احتمال بیشتری دچار سوء مصرف مواد می‌شوند. این احتمال وجود دارد که بتوان با پرورش هوش هیجانی و هوش معنوی افراد، گامی مؤثر در پیشگیری و بهبود این اختلال برداشت، زیرا به نظر می‌رسد ایمان مذهبی و باورهای معنوی عامل نگهدارنده و یکی از مهمترین مهارت‌های رویارویی در بهبودی اعتیاد هستند که تاکنون نادیده گرفته شده است. محدودیت‌های این پژوهش، تعداد کم آزمودنی‌ها، عدم کنترل داروی مصرفی، نمونه‌گیری در دسترس و محدود بودن به شهرستان خرم‌آباد است. پیشنهاد می‌شود جهت پژوهش‌های بعدی سایر ابعاد معنویت و نقش واسطه‌ای آن در بروز و عود مصرف مواد بررسی شود.

فهرست منابع

- ترخان، مرتضی. (۱۳۹۰). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر افسردگی و پرخاشگری افراد وابسته به مواد، *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۶ (۲۴)، ۱۹-۳۸.
- دلاور، علی. (۱۳۷۶). *روش‌های تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*، تهران: انتشارات رشد.
- ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۷۷). *تحلیلی بر آمار پذیرش معتادان در مراکز بازپروری سازمان بهزیستی کشور*، تهران: دبیرخانه شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر کل کشور.
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنجامین. (۱۳۷۹). *خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری- روان‌پزشکی بالینی*، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، تهران: شهر آب.
- معلمی، صدیقه؛ رقیبی، مهوش و درگی، زهره. (۱۳۸۹). مقایسه هوش معنوی و سلامت روان در افراد معتاد و غیرمعتاد، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸ (۳)، ویژه‌نامه همایش رفتارهای پرخطر، ۱۳۵-۲۴۲.
- یارمحمدیان، محمدحسین. (۱۳۸۳). *طرح ملی بررسی علل و گرایش نوجوانان و جوانان به اعتیاد*، سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور با همکاری سازمان بهزیستی کشور، فاز ۱.
- رقیبی، مهوش؛ بخشانی، نورمحمد؛ معلمی، صدیقه. (۱۳۸۹). *بررسی رابطه خطی و چندگانه سلامت روان، هوش معنوی و عقاید ناکارآمد*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، زاهدان: دانشگاه سیستان و بلوچستان.
- Boyer, P. (1994). *Cognitive constrains on cultural representation: Natural ontologies and religious ideas*. In L.A. Hirschfield & S.A. Gelman (Eds). *Mapping the mind: Domain specificity in cognition and culture* (pp. 391-411). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Galanter, M. (2007). Spirituality and recovery in 12-step programs: An empirical model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 265-272.
- Galanter, M., Dermatis, H., Bun, G., Williams, C., Trujillo, M., Steinke, P. (2007). Assessment of spirituality and its relevance to addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 257-264.
- Hazel, K., Mohatt, G. (2001). Cultural and spiritual coping in sobriety: information substance abuse prevention for Alaska native communities. *Journal of Community psychology*, 29(5), 541-562.
- Kaiser, K. (2008). The meaning of the survivor identity for women with breast cancer. *Social Science & Medicine*. 67 (1), 79-87.
- King, D. B. (2008). *Rethinking claims of spiritual intelligence: a definition, model, and measure*. [Thesis]. Ontario: Trent.
- Nachiappan, S., Andi, H. K., Veeran, V. P. K., Ahmad, A. I., Haji Mohd Zulkafaly, F. (2014). Analysis of Cognition Integration in Intelligence Quotient (IQ), Emotional Quotient (EQ) and Spiritual Quotient (SQ) in Transforming Cameron Highlands Youths through Hermeneutics Pedagogy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 112, 888 - 897.
- Nasel, D.D. (2004). *Spiritual orientation in relation to spiritual intelligence: A new consideration of traditional christianity and New Age/individualistic spirituality*. Doctoral Dissertation, University sout Australia: Australia

- Mascaro, N., Rosen, D. H., Morey, L. C. (2004). The development, construct validity, and clinical utility of the spiritual meaning scale. **Personality and Individual Differences**, 37(4); 845-860
- Piedmont, R. L. (2004). *Spiritual transcendence as a predictor of psychosocial outcome from an outpatient substance regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press. *Psychology of Religion*, 10 (1), 27- 340
- Robinson, A. R., Cranford, J. A., Webb, J. R., Brower, K. J. (2007). Six-month changes in spirituality, religiousness, and heavy drinking in a treatment-seeking sample. *Journal of studies alcohol and drugs*. 68, 282-290.
- Robinson, A., R Krentzman, A. R., Webb, J. R., Brower, K. J. (2011). Six-month changes in spirituality, religiousness, and heavy drinking in a treatment-seeking sample. *Journal of studies alcohol and drugs*, 72 (4), 660-668.
- Sisk, D. A., Torrance. , E. P. (2001). *Spiritual Intelligence: Developing higher consciousness*. Buffalo, New York: Creative Education Foundation Press.
- Wolman, R. R. (2001). Thinking with your soul: *Spiritual intelligence and why it matters*. New York: Harmony Books.
- Zohar, D., Marshall, I. (2000). *SQ, connecting with our spiritual intelligence*. New York: Bloomsbury Publishing.

