

رابطه حمایت ادراک شده با آمادگی به اعتیاد و پریشانی روان‌شناختی با نقش میانجی‌گری احساس تنهایی در دانش‌آموزان

محمد ستایشی اظهاری^۱، حسن میرزاحسینی^۲، مینا محبی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۳/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۵/۱۹

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر آزمون رابطه علی حمایت ادراک شده با پریشانی روان‌شناختی و آمادگی به اعتیاد، با مطالعه نقش میانجی‌گری احساس تنهایی در دانش‌آموزان مناطق محروم شهرستان قم بود. **روش:** شرکت‌کنندگان پژوهش ۲۲۵ دانش‌آموز مقطع متوسطه دوم بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار اندازه‌گیری پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های حمایت ادراک شده، پریشانی روان‌شناختی، احساس تنهایی و آمادگی به اعتیاد بود. آزمون مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم مدل پژوهش، به ترتیب، با استفاده از روش‌های تحلیل مسیر و آزمون بوت استرپ انجام گرفت. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که حمایت ادراک شده، پیش‌بیند و پریشانی روان‌شناختی و آمادگی به اعتیاد، پیامد احساس تنهایی در دانش‌آموزان هستند. همچنین، یافته‌ها نشان داد که احساس تنهایی، میانجی‌گر معنا دار رابطه حمایت ادراک شده با پریشانی روان‌شناختی و آمادگی به اعتیاد است. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های این تحقیق می‌تواند برای مشاوران، برنامه‌ریزان دولتی، متخصصین تعلیم و تربیت در حل مشکلات دانش‌آموزان کمک‌کننده باشد.

کلیدواژه‌ها: آمادگی به اعتیاد، احساس تنهایی، پریشانی روان‌شناختی، حمایت ادراک شده، دانش‌آموزان مناطق محروم

۱. نویسنده مسئول: گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران، پست الکترونیک:

setayeshi_m@yahoo.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، قم، ایران

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

موقعیت اقتصادی-اجتماعی، عامل مهمی است که امکان بهره‌مندی از خدمات متنوع جامعه را فراهم می‌آورد؛ چنانچه گروه‌های اجتماعی مرفه و ثروتمند از هر نظر نسبت به گروه‌های محروم مجهزتر هستند (آصف‌زاده، علیخانی و جوادی، ۱۳۹۱). همچنین، افراد از طبقات اجتماعی-اقتصادی مختلف، نگرش‌های متفاوتی نسبت به رفتارهای مخاطره‌آمیز دارند؛ به طوری که افراد از طبقات بالاتر به پیامد کارهای خود آگاهی بیشتری دارند و در نتیجه احتمال بیشتری دارد که تصمیمات سالم‌تری اتخاذ کنند (اکبریان، رفیعی، سجادی و کریملو، ۱۳۸۹). در این زمینه، پژوهش‌گران معتقدند نوجوانان و جوانان واجد وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین در مقایسه با نوجوانان و جوانان واجد وضعیت اجتماعی-اقتصادی بالا، به احتمال بیشتری مصرف‌کننده مواد مخدر باشند (اسمیت و سیمور^۱، ۲۰۰۴؛ کواکو، بیکل و گلنن^۲، ۲۰۱۸). شواهد پژوهشی نیز نشان داده سوءمصرف مواد از مرز اختلالات فردی و روان‌شناختی فراتر رفته و به معضل اجتماعی تبدیل شده است. به طوری که بر اساس آمار در دسترس دفتر مواد و جرم سازمان ملل، در سال ۲۰۰۷، بین ۱۷۲ تا ۲۵۰ میلیون نفر در گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ سال دچار سوءمصرف مواد بوده‌اند که این رقم برابر با ۴/۸ تا ۵/۸ درصد از این گروه سنی می‌باشد (سزبو، گریفیثس، هوگلید و دمتروویکس^۳، ۲۰۱۸؛ سیگرسون، لی، چونگ و چونگ^۴، ۲۰۱۷؛ زیبرمن، یادید، افرتی، نومارک و روسوسکی^۵، ۲۰۱۸). بنابراین، بررسی آمادگی به اعتیاد در طبقه اجتماعی-اقتصادی پایین و مناطق محروم، جهت شناسایی عواملی که منجر به بالا رفتن سطح آمادگی به اعتیاد و در نتیجه اعتیاد می‌شود، ضرورت دارد.

از آنجایی که اعتیاد پدیده‌ای روانی-اجتماعی است، عوامل متعددی به عنوان دلایل بروز آن مطرح شده است. پژوهش‌گران معتقدند روابط خانوادگی، مناسبات اجتماعی و شرایط اجتماعی و فرهنگی از جمله علل گرایش به اعتیاد است؛ در کنار این عوامل،

1. Smith, & Seymour
2. Kwako, Bickel, & Goldman
3. Szabo, Griffiths, Hoglid, & Demetrovics

4. Sigerson, Li, Cheung, & Cheng
5. Zilberman, Yadid, Efrati, Neumark, & Rassovsky

ویژگی‌های روان‌شناختی فرد معتاد نیز نقش دارند (نعمتی، محمدعلی‌فر و خالدیان، ۱۳۹۶). به طوری که احساس تنهایی، احساس بی‌پناهی و حقارت و نداشتن دوستان خوب می‌تواند افراد را به اعتیاد سوق دهد (سواری و شانچی، ۱۳۹۶). شواهد پژوهشی نیز نشان داده که دو عامل بهزیستی معنوی و احساس تنهایی، نقش مؤثری در گرایش به اعتیاد جوانان و نوجوانان دارد (صادقی، ۱۳۹۳). بدین معنی که طرد شدگی، احساس تنهایی و انزوای عوامل مؤثر در مصرف دوباره مواد پس از دوره‌های ترک و به عبارتی بیشترین نقش را بر عود اعتیاد داشته‌اند (اسماعیلی‌نسب، اندامی‌خشک، آزر می و ثمرخی، ۱۳۹۳؛ روکاک^۱، ۲۰۰۲؛ جناآبادی، ناستی‌زایی و مرزیه، ۱۳۹۶؛ قریشی‌زاده و ترابی، ۱۳۸۱).

عوامل متعددی به عنوان علل یا پیشایند احساس تنهایی مطرح شده‌اند؛ در این زمینه، تیکینن و هیکی^۲ (۲۰۰۴) معتقدند که عدم حضور دوستان، از دست دادن همسر و ادراک ضعیف از شبکه‌های حمایتی، عوامل عمده‌ای هستند که باعث افزایش احساس تنهایی در افراد می‌شود، که در این میان حمایت ادراک شده از اهمیت بسزایی برخوردار است. زیرا انسان موجودی اجتماعی است که همواره نیازمند کمک و حمایت دیگران است (تمنایی‌فر، لیث و منصور، ۱۳۹۲). حمایت اجتماعی به عنوان ارائه پشتیبانی، آرامش و اطمینان خاطری که خانواده یا دیگر نهادها و افراد جامعه از شخص در برابر رویدادهای اجتماعی به عمل می‌آورند، تعریف شده است (نقل از بیرامی، موحدی و موحدی، ۱۳۹۳). در پژوهشی، کیم^۳ (۱۹۹۳) رابطه احساس تنهایی و حمایت اجتماعی ادراک شده را در بزرگسالان مورد مطالعه قرار داد، نتایج پژوهش این محقق نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده به طور عمده‌ای با احساس تنهایی کمتر همراه است. نتایج مطالعه دیگری نشان داد که حمایت ادراک شده از سوی همکلاسی‌ها، والدین و دوستان صمیمی با احساس تنهایی در کودکان اوتیستیک رابطه منفی دارد (لاسگارد، نیلسن، اریکسن و گوسنس^۴، ۲۰۱۰).

به باور عده‌ای از پژوهش‌گران، ریشه بسیاری از اختلال‌های عصبی-روانی را احساس انزوا و تنهایی تشکیل می‌دهد (آستین، مونز و کاتلاتوس^۱، ۲۰۱۷؛ شینکا، دالمن، ماتا، بوسارت و سوآن^۲، ۲۰۱۳). به طوری که احساس تنهایی متضمن مشکلات هیجانی و روان‌شناختی است؛ از جمله مشکلات روان‌شناختی، احساس پریشانی روان‌شناختی است که به عنوان پیامد احساس تنهایی مطرح شده است (پرون، کلورلی و کید^۳، ۲۰۱۴؛ جکسون و کوکران^۴، ۱۹۹۱؛ ویس^۵، ۱۹۸۷). پریشانی روان‌شناختی به عنوان سندرم غیراختصاصی که سازه‌هایی همچون اضطراب، افسردگی، مشکلات شناختی، تحریک‌پذیری، خشم یا وسواس را در برمی‌گیرد، تعریف شده است (نقل از مس^۶ و همکاران، ۱۹۹۸). پل، ایس و ابراهیم^۷ (۲۰۰۶) ضمن پژوهشی که به بررسی رابطه پریشانی روان‌شناختی، تنهایی و ناتوانی پرداخته بودند، به این نتیجه دست یافتند که احساس تنهایی مهمترین پیش‌بین پریشانی روان‌شناختی است. به علاوه، جکسون و کوکران (۱۹۹۱) نیز ارتباط احساس تنهایی با ابعاد پریشانی روان‌شناختی را در دانشجویان مورد مطالعه قرار دادند، نتایج مطالعه این محققان نشان داد که بین احساس تنهایی با حساسیت بین فردی (یعنی عزت‌نفس پایین) و افسردگی رابطه معناداری وجود دارد.

مروری بر ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که حمایت ادراک شده پیشایند، و آمادگی به اعتیاد و پریشانی روان‌شناختی، پیامدهای احساس تنهایی هستند. از آنجا که تا به حال، پژوهشی به بررسی این روابط در قالب یک مدل علی نپرداخته است، چنین به نظر می‌رسد که مطالعه نقش میانجی‌گری احساس تنهایی در رابطه بین حمایت ادراک شده با آمادگی به اعتیاد و پریشانی روان‌شناختی در نمونه‌ای از نوجوانان مناطق محروم، بتواند مضامین مهمی درباره سازوکارهای تأثیرگذاری این متغیرها داشته باشد. نتایج این پژوهش، به لحاظ نظری می‌تواند به بسط و تعدیل رویکردهای مرتبط با متغیرهای پژوهش بیانجامد و به لحاظ کاربردی نیز پیشنهاد و راهکارهایی برای متخصصان و مشاوران مدارس خواهد

1. Austin, Munoz, & Castellanos
2. Schinka, Dulmen, Mata, Bossarte,
& Swahn
3. Perron, Cleverley, & Kidd

4. Jackson, & Cochran
5. Weiss
6. Masse
7. Paul, Ayis, & Ebrahim

داشت. بنابراین، هدف اول پژوهش، بررسی اثرات مستقیم حمایت ادارک شده والدین و دوستان بر احساس تنهایی و همچنین احساس تنهایی بر آمادگی به اعتیاد و پریشانی روان شناختی در چارچوب یک مدل علی است. سپس، نقش میانجی گری احساس تنهایی در رابطه حمایت ادراک شده والدین و دوستان با آمادگی به اعتیاد و پریشانی روان شناختی آزمون خواهد شد.

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه گیری

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانش آموزان مقطع متوسطه دوم در مناطق محروم قم بودند که در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ مشغول به تحصیل بودند. بر اساس جدول مورگان، ۲۲۵ دانش آموز به روش خوشه‌ای تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابتدا، از میان تقریباً ۱۹۸۵ دانش آموز مناطق محروم قم، سه مدرسه به طور تصادفی انتخاب شد، سپس از هر مدرسه سه کلاس به طور تصادفی انتخاب شد و تمامی دانش آموزان کلاس به عنوان نمونه آماری انتخاب و به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. قبل از اجرای پژوهش، به دانش آموزان گفته شد که انتخاب آن‌ها جهت انجام پژوهش دانشگاهی است و لذا از نوشتن نام خود خودداری نمایند. به منظور اجرای پژوهش، توضیح داده شد که هدف از پژوهش، بررسی نوع نگرش و احساس‌های آن‌ها در روابط بین شخصی و مصرف مواد مخدر است. سپس، از آن‌ها خواسته شد تمام سؤالات را به دقت خوانده و مناسب‌ترین گزینه را انتخاب کنند؛ همچنین، هیچ پرسشی را بدون پاسخ نگذارند.

ابزار

۱- مقیاس احساس تنهایی: این مقیاس را راسل^۱، پیلو و کورتونا^۲ در سال ۱۹۸۰ طراحی کردند. خود- گزارشی بوده و بر طیف لیکرت چهار درجه‌ای از «هرگز» تا «اغلب اوقات» قرار دارد. شامل ۲۰ گویه است که ۱۰ جمله آن منفی و ۱۰ جمله دیگر مثبت است؛ هیچ کدام از گویه‌ها به صورت معکوس نمره گذاری نمی‌شود. اعتبار به روش بازآزمایی توسط

راسل، و همکاران (۱۹۸۰)، ۰/۸۹ گزارش شده است. در ایران نیز بحرایی، دلاور و احدی (۱۳۹۰) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. به علاوه، این محققان با استفاده از تحلیل عاملی، به روایی یایی این مقیاس پرداختند، نتایج نشان داد که این مقیاس دارای چهار خرده‌مقیاس است. در پژوهش حاضر، اعتبار مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

۲-مقیاس حمایت ادراک شده: مقیاس حمایت ادراک شده توسط زمیت و همکاران در سال ۱۹۸۸، به منظور اندازه‌گیری حمایت ادراک شده از سوی دوستان، خانواده و افراد مهم زندگی در قالب ۱۲ گویه طراحی شد. این مقیاس به صورت خود-گزارشی بوده و بر طیف لیکرت پنج درجه‌ای از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» قرار دارد. ادواردز^۱ (۲۰۰۴) با استفاده از تحلیل عاملی نشان داد که این پرسش‌نامه دارای سه خرده‌مقیاس حمایت ادراک شده از سوی افراد مهم، خانواده و دوستان است و ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای نمره کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۹۱ می‌باشد. خرده‌مقیاس حمایت ادراک شده از سوی افراد مهم شامل گویه‌های ۱، ۲، ۵ و ۸ است. خرده‌مقیاس حمایت ادراک شده از سوی خانواده شامل گویه‌های ۳، ۴، ۸ و ۱۱ گویه‌های ۶، ۷، ۹، ۱۲ مربوط به خرده‌مقیاس حمایت ادراک شده از سوی دوستان است. هیچ‌یک از گویه‌ها به طور معکوس نمره‌گذاری نمی‌شود. در پژوهش حاضر از دو خرده‌مقیاس حمایت ادراک شده از سوی خانواده و دوستان استفاده شد که ضرایب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۶ به دست آمد.

۳-مقیاس پریشانی روان‌شناختی: این مقیاس توسط کسلر در سال ۲۰۰۳ طراحی شد. دارای ۱۰ گویه‌ی خود‌گزارشی است که میزان موافقت بر روی طیف لیکرت پنج درجه‌ای از «همیشه» تا «هرگز» مشخص می‌شود. یعقوبی (۱۳۸۷) اعتبار مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و با استفاده از روش تنصیف اسپیرمن-براون ۰/۹۱ گزارش کرده است. این مقیاس، خرده‌مقیاس ندارد و با جمع کردن نمرات ۱۰ گویه، نمره کل به

دست می آید. هیچ بک از گویه‌ها به طور معکوس نمره گذاری نمی شود. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

۴-مقیاس آمادگی به اعتیاد: این مقیاس را وید و بوچر در سال ۱۹۹۲ طراحی و زرگر، کاکاوند، جلالی و صلواتی در سال ۱۳۹۰ آن را در ایران ترجمه و روایی یابی کردند. این مقیاس دارای ۴۱ گویه است که ۵ گویه آن دروغ سنج می باشد. فرد به صورت خود گزارشی میزان موافقت خود را با طیف لیکرت پنج درجه‌ای از «کاملاً درست» تا «کاملاً نادرست» مشخص می کند. کسب نمره ۲۱ به بالا نشان دهنده مستعد بودن فرد برای گرایش به مصرف مواد است. این مقیاس دارای دو خرده مقیاس آمادگی به اعتیاد منفعل و فعال است؛ خرده مقیاس آمادگی به اعتیاد منفعل شامل گویه‌های ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۴، ۱۹، ۲۰، ۲۴، ۲۷، ۳۰، ۳۲، ۳۵، ۳۹، و بقیه گویه‌ها مربوط به خرده مقیاس آمادگی به اعتیاد فعال است. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل در ایران ۰/۹۰ گزارش شده است (دوستیان، بهمنی، اعظمی و گودینی، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

یافته‌ها

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سن گروه نمونه پژوهش در دامنه بین ۱۸-۱۵، با میانگین (انحراف استاندارد) ۱۶/۶۸ (۰/۸۱) سال قرار دارد. آماره‌های توصیفی و ضرایب همبستگی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴
حمایت ادارک شده از سوی خانواده	۱۳/۹۸	۳/۴۶	-	-	-	-
حمایت ادارک شده از سوی دوستان	۱۱/۳۶	۴/۰۵	۰/۳**	-	-	-
پریشانی روانشناختی	۲۴/۱۹	۹/۳۶	۰/۲۴**	۰/۳**	-	-
احساس تنهایی	۴۲/۸	۱۳/۲	۰/۳۹**	۰/۳۳**	۰/۶۵**	-
آمادگی به اعتیاد	۸۱/۹۲	۲۶/۳۷	۰/۲۷**	۰/۲۱**	۰/۵۹**	۰/۴۳**

**P<۰/۰۱

برای بررسی اثرات مستقیم متغیرهای پژوهش از روش تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار AMOS نسخه ۲۲ استفاده شد. لازم به ذکر است که پیش از انجام تحلیل، به بررسی مفروضه‌های تحلیل مسیر پرداخته شد. از همین رو، جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف به منظور بررسی نرمالیتی متغیرهای پژوهش

آماره‌ها	احساس تنهایی	پریشانی روان‌شناختی	آمادگی به اعتیاد	حمایت ادراک شده
Z	۱/۱۶	۱/۳	۱/۳۷	۱/۱۸
معناداری	۰/۱۳۲	۰/۰۶۶	۰/۰۶۸	۰/۱۲۱

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در تمام متغیرها توزیع نرمال است. جهت بررسی مفروضه استقلال خطاها از آزمون دورین واتسون استفاده شد که مقدار آن ۱/۶ به دست آمد؛ با توجه به این که مقدار در دامنه بین ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد می‌توان گفت که مفروضه استقلال خطاها رعایت شده است. همچنین، مفروضه هم خطی برای متغیرهای درون‌زاد پژوهش با شاخص‌های VIF و Tolerance بررسی شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون هم خطی متغیرهای درون‌زاد پژوهش

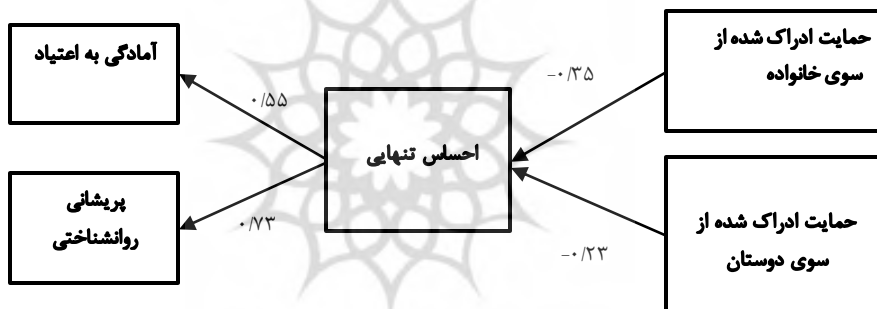
شاخص‌ها	احساس تنهایی	پریشانی روان‌شناختی	حمایت ادراک شده
VIF	۱/۹۷	۱/۶۸	۱/۳۴
Tolerance	۰/۵	۰/۴۵	۱/۷۴

با توجه به مندرجات جدول ۳، مفروضه هم خطی محقق شده است؛ زیرا مقادیر VIF در همه متغیرها از حد بحرانی ۲ کمتر و مقدار Tolerance آن‌ها به عدد یک نزدیک تر است. با توجه به برآورده شدن مفروضه‌های روش تحلیل مسیر، به منظور آزمون اثرات مستقیم پژوهش از این تحلیل استفاده شد که ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: ضرایب استاندارد و سطح معناداری مسیرهای مستقیم در مدل پژوهش

معناداری	خطای استاندارد	آماره t	ضریب بتا	مسیرهای مستقیم
۰/۰۰۲	۰/۰۵۴	-۳/۱۴	-۰/۳۵	حمایت ادراک شده از سوی خانواده به احساس تنهایی
۰/۰۱	۰/۰۳۳	-۲/۵۳	-۰/۲۳	حمایت ادراک شده از سوی دوستان به احساس تنهایی
۰/۰۰۱	۰/۴۱	۴/۰۲	۰/۵۵	احساس تنهایی به آمادگی به اعتیاد
۰/۰۰۱	۰/۳۶	۴/۰۶	۰/۷۳	احساس تنهایی به پریشانی روان‌شناختی

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، ضرایب مسیرهای حمایت ادراک شده از سوی خانواده و دوستان به احساس تنهایی در سطح ۰/۰۵ معنادار هستند. ضرایب استاندارد مسیرهای احساس تنهایی به پریشانی روان‌شناختی و آمادگی به اعتیاد نیز در سطح ۰/۰۰۱ معنادار می‌باشند (شکل ۱).



شکل ۱. ضرایب مسیر استاندارد مدل پیشنهادی پژوهش

علاوه بر این، در این پژوهش برازندگی مدل پیشنهادی پژوهش بر اساس شاخص‌های برازش نیز ارزیابی شد. بررسی مقادیر شاخص‌های برازش نشان داد که شاخص‌های نیکویی برازش، شامل مجذور خی با درجه آزادی ۶۴۸ برابر با ۸۷۲/۸۲ است. مقدار نسبت خی دو به درجه آزادی برابر با ۱/۳۴ است. شاخص نیکویی برازش (GFI= ۰/۸۷)، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI= ۰/۸۱)، شاخص بنتلر-بونت (NFI= ۰/۸۱)، شاخص برازش تطبیقی (CFI= ۰/۹۳)، شاخص برازش افزایشی (IFI= ۰/۹۴)، شاخص تاکر-لویز (TLI= ۰/۹۳) و شاخص مهم میانگین مجذورات خطای تقریب (۰/۴۱)

$RMSEA=$ ، از برازش خوبی با داده‌ها برخوردار هستند. علاوه بر این، برای بررسی اثرات غیرمستقیم یا روابط میانجی‌گری بین متغیرهای پژوهش از روش بوت استرپ در برنامه ماکرو پرچر و هیز^۱ (۲۰۰۸) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل اثرات غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش

مسیرهای غیر مستقیم	اثر غیر مستقیم	حد پایین	حد بالا	سطح معناداری
مسیر غیرمستقیم حمایت ادراک شده از سوی خانواده به پریشانی روان‌شناختی با میانجی‌گری احساس تنهایی	-۰/۴۱۶	-۰/۴۱۶	-۰/۱۱۷	۰/۰۰۱
مسیر غیرمستقیم حمایت ادراک شده از سوی دوستان به پریشانی روان‌شناختی با میانجی‌گری احساس تنهایی	-۰/۲۲۵	-۰/۲۲۵	-۰/۰۲۵	۰/۰۰۹
مسیر غیرمستقیم حمایت ادراک شده از سوی خانواده به آمادگی به اعتیاد با میانجی‌گری احساس تنهایی	-۱۱/۸۲	-۱۱/۸۲	-۳/۱۱	۰/۰۰۲
مسیر غیرمستقیم حمایت ادراک شده از سوی دوستان به آمادگی به اعتیاد با میانجی‌گری احساس تنهایی	-۶/۶۷	-۶/۶۷	-۰/۸۳	۰/۰۰۹

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، نقش میانجی‌گری احساس تنهایی در تمامی روابط غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش معنادار است؛ زیرا حد بالا و پایین مسیرهای مستقیم پژوهش صفر را شامل نمی‌شود و مقدار اثرات به دست آمده معنادار هستند. بنابراین، احساس تنهایی نقش میانجی‌گری معناداری را در رابطه بین تمامی مسیرهای غیرمستقیم پژوهش دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، آزمون رابطه علی حمایت ادراک شده با آمادگی به اعتیاد و پریشانی روان‌شناختی، از طریق میانجی‌گری احساس تنهایی در نوجوانان مناطق محروم بود. یافته‌ها نشان داد حمایت ادراک شده والدین و همسال، پیشایندهای معنادار احساس تنهایی است. این یافته با نتایج پژوهش‌های کیم (۱۹۹۳) و لاسگارد و همکاران (۲۰۱۰) همسو

است. در تبیین یافته می توان چنین استدلال کرد که انسان موجودی اجتماعی است که نیازمند کمک و حمایت دیگران است و در مراحل دشوار و سخت زندگی و حتی در دوران خوشی و شادمانی، نیاز به شرکایی دارد که او را همراهی کنند، از او حمایت کنند و در زندگی با او باشند؛ هرچه حمایت اجتماعی گسترده تر باشد، سلامت روانی تک تک افراد و در نتیجه کل جامعه بیشتر خواهد شد (تمنایی فر و همکاران، ۱۳۹۲). اما افرادی که در برقراری و حفظ روابط رضایت بخش با دیگران ناتوان هستند و در نتیجه در برآوردن نیاز به تعلق داشتن مشکل دارند، احتمالاً حس محرومیتی را تجربه می کنند که خود را با احساس تنهایی نشان می دهد (میردریکوند، اداوی، امیریان و خدایی، ۱۳۹۵)؛ بنابراین، حمایت ادراک شده از سوی خانواده و دوستان به عنوان دو بعد مهمی که نیاز به تعلق فرد را ارضا می کند، با فقدان احساس تنهایی همراه است (کوهن و ویلز، ۱۹۸۵). یافته دیگر پژوهش نشان داد که احساس تنهایی با آمادگی به اعتیاد رابطه مثبت دارد. این یافته با نتایج پژوهش محققان همسو است (اسماعیلی نسب و همکاران، ۱۳۹۳؛ سواری و شانچی، ۱۳۹۶؛ روکاک، ۲۰۰۲؛ صادقی، ۱۳۹۳؛ قریشی زاده و ترابی، ۱۳۸۱). در این رابطه می توان چنین استدلال کرد که احساس تنهایی و گوشه گیری منجر به بروز بسیاری از اختلالات اضطرابی و افسردگی شده و فرد را به سوی درون خود و نیز کنترل درونی سوق داده و منجر به شکل گیری نوعی اضطراب و فویی اجتماعی می شود که فرد برای گریز از این استرس و اضطراب و نیز پر کردن احساس تنهایی، به رفتارهای انحرافی و جایگزین، از جمله اعتیاد به مواد مخدر روی می آورد (صادقی، ۱۳۹۳). حسین بور، یاسینی اردکانی، بخشانی و بخشانی (۲۰۱۴) نیز معتقدند که احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی، عامل خطری برای شروع سوء مصرف دارو و نگهداری آن است. این محققان بحث می کنند که توجه به این متغیر اساسی در پیشگیری و درمان اعتیاد اهمیت بسزایی دارد.

به علاوه، نتایج پژوهش حاضر از ارتباط بین احساس تنهایی و پریشانی روان شناختی حمایت می کند. این یافته با نتایج پژوهش محققان همسو است (پرون و همکاران، ۲۰۱۴؛ پل و همکاران، ۲۰۰۶؛ جکسون و کوکران، ۱۹۹۱). در این زمینه محققان معتقدند که

احساس تنهایی با سلامت روان آسیب دیده در ارتباط است، طوری که احساس تنهایی با نقص مهارت های اجتماعی، افسردگی، پر خاشگری، افکار خودکشی و اضطراب رابطه دارد (آستین و همکاران، ۲۰۱۷؛ شینکا و همکاران، ۲۰۱۳). یک تبیین برای این یافته آن است که هم احساس تنهایی و هم آسیب شناسی عمومی با مشکلات درون فردی مرتبط هستند که منجر به فقدان ارتباطات اجتماعی پاداش دهنده می شوند. تبیین دیگر این است که احساس تنهایی یک مفهوم پیچیده است که در آن نوعی نقص ارتباطی مشاهده می شود که در نهایت هم پریشانی روان شناختی و هم پیامدهای هیجانی منفی تجربه می شوند (ویس، ۱۹۸۷). در نهایت یافته پژوهش حاضر نشان داد که احساس تنهایی میانجی گر رابطه حمایت ادراک شده والدین و دوستان با آمادگی به اعتیاد و پریشانی روان شناختی است. در این زمینه می توان چنین گفت که احساس تنهایی ناشی از عدم حمایت خانواده و دوستان و حذف محیط حامی، مشکلاتی را برای انسان در پی دارد؛ هنگامی که انسان از لحاظ عاطفی و اجتماعی حامی کمتری دارد، احساس تنهایی از لحاظ روان شناختی بر او مستولی می گردد (پل و همکاران، ۲۰۱۲). احساس تنهایی نیز پیامدهای روان شناختی نامطلوبی همچون گرایش به مصرف مواد و پریشانی روان شناختی را با خود به همراه دارد (پرون و همکاران، ۲۰۱۴؛ پل و همکاران، ۲۰۰۶؛ جناآبادی و همکاران، ۱۳۹۶). به علاوه، محققان معتقدند احساسات منفی می توانند باعث این شوند که افراد انواع مختلفی از واکنش های منفعلانه را نشان دهند، برخی از این واکنش ها حالت عقب نشینی منفعلانه دارند مثل قدم زدن، مطالعه کردن، ورزش کردن، تماشای تلویزیون و گوش دادن به موسیقی، اما برخی دیگر، واکنش های منفعلانه افسرده خو به خود می گیرند که در این حالت فرد با احساسات تنهایی شدید غرق می شود و ممکن است به گریه کردن، یا مصرف مواد گرایش یابد (هنریچ و گالون، ۲۰۰۶). در نتیجه، افرادی که احساس تنهایی می کنند ممکن است برای جبران نیازهای عاطفی خود به راه های نامناسبی روی آورند. از طرفی، این افراد احساس پریشانی کرده و به سمت دوستان و افرادی غیر از خانواده کشیده

می‌شوند؛ که در این میان، گرایش به اعتیاد یکی از راه‌هایی است که دانش‌آموزان مناطق محروم و دور از امکانات ممکن است آن را انتخاب کنند.

این پژوهش بینش عمیقی را در مورد فعل و انفعالات بین حمایت‌دارک شده، احساس تنهایی، آمادگی به اعتیاد و پریشانی روان‌شناختی ارائه می‌دهد؛ به این معنا که مکانیسم و نحوه تأثیرگذاری حمایت‌دارک شده بر احساس تنهایی دانش‌آموزان و اثرات غیرمستقیم آن بر آمادگی به اعتیاد و پریشانی روان‌شناختی آنان را تفهیم می‌کند و این می‌تواند برای مشاوران مدارس، روان‌شناسان تربیتی، معلمان، و به‌طور کلی برای کسانی که با آموزش و یادگیری سروکار دارند کاربرد فراوانی در مواجهه با احساس تنهایی دانش‌آموزان داشته باشد. یافته‌های این پژوهش، ساختار رابطه بین حمایت‌دارک شده و آمادگی به اعتیاد و پریشانی روان‌شناختی را برجسته می‌کند. با مروری بر تحقیقات گذشته متوجه می‌شویم که بیشتر تحقیقات صورت گرفته در این زمینه در سطح آموزش عالی بوده است؛ این پژوهش با به کارگیری دانش‌آموزان، شواهدی برای اعتبار بیرونی رابطه حمایت‌دارک شده با آمادگی به اعتیاد و پریشانی روان‌شناختی با نقش میانجی‌گری احساس تنهایی فراهم می‌آورد. با توجه به این ساختار، الگوهای معتبری برای مداخلات به منظور کاهش آمادگی به اعتیاد و پریشانی روان‌شناختی افراد فراهم می‌آورد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز دارد که به آن‌ها اشاره می‌شود. اول اینکه، همه داده‌های پژوهش به صورت خودگزارشی جمع‌آوری شدند، یکی از بزرگ‌ترین مشکلات این شیوه جمع‌آوری، در کنترل تأثیر مطلوبیت اجتماعی نهفته است. استفاده از شیوه‌های ارزیابی چندگانه برای غلبه بر این مشکل پیشنهاد می‌شود. دوم، این مطالعه بر پایه نمونه دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه دوره دوم مناطق محروم قم صورت گرفته است که قابلیت تعمیم‌دهی نتایج را محدود می‌کند. در این پژوهش روابط بین متغیرها توصیف شده و روابط علی بین متغیرها به دست نیامده است. براساس این یافته‌ها، می‌توان مداخلات مدرسه و خانواده-محوری را با هدف پیشگیری از اعتیاد طراحی و اجرا کرد.

منابع

- اسماعیلی نسب، مریم؛ اندامی خشک، علیرضا؛ آرزومی، هاله و ثمررخی، امیر (۱۳۹۳). نقش پیش‌بینی کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتیادپذیری دانشجویان. *مجله اعتیاد پژوهی*، ۸(۲۹)، ۶۴-۴۷.
- اکبریان، مهدی؛ رفیعی، حسن؛ سجادی، حمیرا و کریملو، مسعود (۱۳۸۹). وضعیت اقتصادی-اجتماعی، رفتارهای مذهبی و امید به آینده، پیش‌بینی کننده مصرف مواد در بیکاران. *مجله سلامت و بهداشت اردبیل*، ۱(۱)، ۵۶-۴۷.
- آصف‌زاده، سعید؛ علیخانی، سلیمه و جوادی، حمیدرضا (۱۳۹۱). وضعیت اجتماعی-اقتصادی فوت شدگان ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی شهرستان قزوین. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۴(۱۶)، ۴۱-۴۷.
- بحرایی، هادی؛ دلاور، علی و احدی، حسن (۱۳۹۰). هنجاریابی مقیاس احساس تنهایی در جامعه‌ی دانشجویان مستقر در تهران. *مجله روان‌شناسی کاربردی*، ۱(۳)، ۱۸-۶.
- بیرامی، منصور؛ موحدی، یزدان و موحدی، معصومه (۱۳۹۳). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی اجتماعی-عاطفی با اعتیاد به اینترنت در جامعه دانشجویی. *دوفصلنامه شناخت اجتماعی*، ۳(۲)، ۱۲۳-۱۰۹.
- تمنایی‌فر، محمدرضا؛ حکیمه، لیث و منصور نیک، اعظم (۱۳۹۲). رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده با خودکارآمدی در دانش‌آموزان. *مجله روانشناسی اجتماعی*، ۸(۲۸)، ۳۹-۳۱.
- جنابآبادی، حسین؛ ناستی‌زایی، ناصر و مرزیه، افسانه (۱۳۹۶). نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی اجتماعی-عاطفی در عود اعتیاد (مطالعه موردی: معتادان خودمعرف به مراکز ترک اعتیاد زاهدان). *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۴)، ۹۱-۱۰۶.
- دوستیان، یونس؛ بهمنی، بهمن؛ اعظمی، یوسف و گودینی، علی اکبر (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین پرخاشگری و تکانشگری با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان پسر. *مجله توانبخشی*، ۱۴(۲)، ۱۰۹-۱۰۲.
- زرگر، محمد؛ کاکاوند، علیرضا؛ جلالی، محمدرضا و صلواتی، مژگان (۱۳۹۰). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای مقابله‌ای اجتناب در مردان وابسته به مواد شبه‌افیونی و افراد بهنجار. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱(۱)، ۳۶-۲۳.
- سواری، کریم و شانجی، شهرزاد (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مهارت‌های خودآگاهی هیجانی بر افزایش کنترل تکانه و کاهش استعداد گرایش به مصرف مواد مخدر. *مجله اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۲)، ۲۸۱-۲۶۹.

صادقی، مجید (۱۳۹۳). پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بر اساس بهزیستی معنوی و احساس تنهایی در دانش‌آموزان دبیرستانی. *نشریه سلامت و تندرستی در مدارس (سما)*، ۲، ۲۹-۲۳.

قریشی‌زاده، محمدعلی و ترابی، کتابون (۱۳۸۱). بررسی عوامل مؤثر در وابستگی به مواد مخدر در مراجعه‌کنندگان به مرکز خودمعرف تبریز. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۸(۱)، ۲۸-۲۱.

میردریگوند، فضل‌اله؛ اداوی، حمیده؛ میریان، لیلا و خدایی، سجاد (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین حمایت ادراک شده و افسردگی با نقش میانجی‌گیری احساس تنهایی در بین سالمندان. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۳(۲)، ۷۵-۶۳.

نعمتی سوگلی‌تپه، فاطمه؛ محمدی‌فر، محمدعلی و خالدیان، محمد (۱۳۹۶). تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر تعارض زناشویی و سازگاری زناشویی افراد معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۳)، ۳۱-۱۱.

یعقوبی، حمید (۱۳۸۷). غربال‌گری اختلالات روانی: جایگاه آزمون‌ها و نحوه تعیین نمره برش و اعتباریابی. *فصلنامه سلامت روان*، ۱(۱)، ۵۱-۳۹.

Austin, B., Munoz, M., & Castellanos, M. A. (2017). Loneliness, socio-demographic and mental health variables in Spanish adults over 65 years old. *The Spanish Journal of Psychology*, 20(46), 1-7.

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310-319.

Edwards, L. M. (2004). Measuring perceived social support in Mexican American youth: Psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 26(2), 187-194.

Heinrich, L. M., Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695-718.

Hosseini, M., Yassini Ardekani, S. M., Bakhshani, S., Bakhshani, S. (2014). Emotional and social loneliness in individuals with and without substance dependence disorder. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*, 3(3), 1-3.

Jackson, J., & Cochran, S. D. (1991). Loneliness and psychological distress. *The Journal of Psychology Interdisciplinary and Applied*, 125(3), 257-262.

Kim, K. (1993). The relationship among health behavior, acknowledged social support, and self-support for the aged. *Journal of Nursing Research Kyunghee University*, 16, 213-242.

Kwako, L. E., Bickel, W. K., & Goldman, D. (2018). Addiction Biomarkers: Dimensional Approaches to Understanding Addiction. *Trends in Molecular Medicine*, 24(2), 121-128.

- Lasgaard, M., Nielsen, A., Eriksen, M. E., & Goossens, L. (2010). Loneliness and social support in adolescent boys with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(2), 218-226.
- Masse, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, S. B., Belair, S., & Battaglini, A. (1998). The structure of mental health: Higher-order confirmatory factor analysis of psychological distress and well-being measure. *Social Indicator Research*, 45, 475-504.
- Paul, C., Ayis, S., & Ebrahim, S. (2006). Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 11(2), 221-232.
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. In L. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 1-20). New York: Wiley-Inter science.
- Perron, J. L., Cleverley, K., & Kidd, S. A. (2014). Resilience, loneliness, and psychological distress among homeless youth. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(4), 226-229.
- Rokach, A. (2002). Loneliness and drug use in young adults. *International journal of adolescence and youth*, 10(3), 237-254.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology*, 39(3), 472-280.
- Schinka, K. C., Dulmen, M. H. M., Mata, A. D., Bossarte, R., & Swahn, M. (2013). Psychological predictors and outcomes of loneliness trajectories from childhood to early adolescence. *Journal of Adolescence*, 36, 1251-1260.
- Sigerson, L., Li, A. Y. L., Cheung, M. W. L., & Cheng, C. (2017). Examining common information technology addictions and their relationships with non-technology-related addictions. *Computers in Human Behavior*, 75, 520-526.
- Smith, D. E., & Seymour, R. B. (2004). The Nature of Addiction. In R. H. Coombs (Ed.), *Handbook of addictive disorders: A practical guide to diagnosis and treatment* (pp. 3030). Hobken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Szabo, A., Griffiths, M. D., Høglid, R. A., & Demetrovics, Z. (2018). Drug, nicotine, and alcohol use among exercisers: Does substance addiction occur with exercise addiction? *Addictive Behaviors Reports*, 7, 26-31.
- Tikainen, P., & Heikkinen, R. L. (2004). Association between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging Mental Health*, 9, 526-534.
- Weiss, R. S. (1987). Reflections on the present state of loneliness research. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2, 1-16.
- Zilberman, N., Yadid, G., Efrati, Y., Neumark, Y., & Rassovsky, Y. (2018). Personality profiles of substance and behavioral addictions. *Addictive behaviors*, 82, 174-181.