



Comparison of Spiritual Health, Psychological Well-being, and High-risk Behaviors among Young Prisoners Sentenced for Drug, Financial, and Theft Offences in Zanjan, Iran

Mozaffari F¹, Masoud Hejazi^{1,*}

¹ Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran

* **Corresponding author:** Masoud Hejazi, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran. E-mail: masoud.hejaziaz@gmail.com

Received: 05 Jan 2018

Accepted: 21 Jun 2018

Abstract

Introduction: The prison environment for young prisoners can be accompanied by different changes. The current study aimed at comparing spiritual health, psychological well-being, and high-risk behaviors among young prisoners sentenced for drug, financial, and theft offences in Zanjan, Iran.

Methods: The current descriptive-comparative study was conducted on the statistical population comprised of all prisoners within the age range of 18 to 35 years sentenced for theft, drug, and financial offences in Zanjan. Their number was 340. The sample size was calculated using the Cochran formula as 163 subjects. The subjects were selected by simple random sampling method and classified into three groups. The data collection instruments were high-risk behaviors, psychological well-being, and spiritual well-being questionnaires. The content validity and reliability of the questionnaires were assessed by Cronbach alpha. Data analysis was performed with SPSS version 24.

Results: There was a significant difference in the religious indices among the studied groups, in such an extent that the average religious indices in the drug and theft groups were higher than those of the financial group ($P < 0.05$). Also, the mean aggressive behavior in the group of theft offences was higher than the financial group and the average cigarettes and hookah smoking in the two drug and theft groups was higher than the financial group ($P < 0.05$). Finally, the average high-risk behaviors of narcotic and psychotropic substances consumption in the drug offences group was significantly higher than the financial group ($P < 0.05$).

Conclusions: Religious indices and high-risk behaviors were different in different individuals depending on the type of offences. Therefore, it is recommended to pay more attention to this issue in medical treatments and psychological counseling.

Keywords: Spirituality; Mental Health; High-risk Behavior



مقایسه تندرستی معنوی، بهزیستی روانشناختی و رفتارهای پرخطر در بین جوانان زندانی جرائم مواد مخدر، مالی و سرقت شهر زنجان

فاطمه مظفری^۱، مسعود حجازی^{۱*}

^۱ گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران
* نویسنده مسئول: مسعود حجازی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران. ایمیل: masoud.hejaziaz@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۳/۳۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۰/۱۵

چکیده

مقدمه: محیط زندان برای جوانان زندانی می تواند همراه با تغییرات متفاوتی باشد. لذا این مطالعه با هدف مقایسه تندرستی معنوی، بهزیستی روانشناختی و رفتارهای پرخطر بین جوانان زندانی جرائم مواد مخدر، مالی و سرقت شهر زنجان انجام گرفت.
روش کار: روش مطالعه از نوع توصیفی-مقایسه ای بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زندانیان جرائم سرقت، مواد مخدر و مالی ۱۸-۳۵ سال شهر زنجان بودند که تعداد آن ها ۳۴۰ نفر بود. تعداد نمونه با استفاده از روش کوکران تعداد ۱۶۳ نفر محاسبه گردید. نمونه ها با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و در سه گروه تقسیم بندی شدند. ابزار گردآوری داده ها "پرسشنامه رفتارهای پرخطر" (High-risk Behaviors Questionnaire)، "پرسشنامه بهزیستی-روانی" (Psychological Well-Being Questionnaire) و "پرسشنامه تندرستی معنوی" (Spiritual Well-Being Questionnaire) بود. روایی محتوای پرسشنامه ها و پایایی با استفاده از آلفای اندازه گیری و تایید شد. تحلیل داده ها با استفاده نرم افزار اسپس ۱۷ نسخه ۲۴ انجام شد.

یافته ها: تفاوت معناداری در شاخص های مذهبی بین گروه های مورد مطالعه وجود داشت، بطوریکه میانگین شاخص های مذهبی در گروه جرائم مواد مخدر و سرقت بالاتر از گروه مالی بود ($P < 0/05$). همچنین میانگین رفتار پرخطر در گروه جرائم سرقت بالاتر از گروه مالی و میانگین مصرف سیگار و قلیان در دو گروه مواد مخدر و سرقت نیز بالاتر از گروه مالی بود ($P < 0/05$). در نهایت میانگین رفتار پرخطر مصرف مواد مخدر و روان گردان در گروه جرائم مواد به طور محسوسی بالاتر از گروه مالی بود ($P < 0/05$).
نتیجه گیری: شاخص های مذهبی و رفتارهای پرخطر با توجه به نوع جرم در افراد نمونه متفاوت بود. لذا پیشنهاد می شود در مداخلات درمانی و مشاوره های روانی به این مسئله توجه گردد.

واژگان کلیدی: معنویت، سلامت روانی، رفتارهای پرخطر

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

در سنین جوانی بدلیل عدم سازگاری با شرایط زندان دچار مشکلات روانی و به تبع آن رفتارهای پرخطر می گردند که این مسئله با توجه به نوع جرم افراد نیز متفاوت می باشد. به طوری که بسیاری از رفتارهای خطرناک از جمله خودزنی و خودکشی در ماه های اول حبس در بین زندانیان اتفاق می افتد (۱). به نظر می رسد پایین بودن عواملی چون بهزیستی روانشناختی از عوامل گرایش جوانان و زندانیان به رفتارهای پرخطر نیز است (۴). از این رو در سالیان اخیر رویکرد آسیب شناختی رفتارهای پرخطر به سمت مطالعه بهزیستی روانشناختی انسان گرایش پیدا کرده است (۵). ویژگی مهم روانی که هر فرد سالم از آن برخوردار

انتقال فرد از زندگی عادی به محیط زندان می تواند برای جوانان تنش زا و خطرناک باشد (۱). این مسئله با توجه به روند رو به رشد آمار زندانیان در ایران می تواند حائز اهمیت باشد (۲). بطوریکه ایران از نظر جمعیت افراد زندانی روند افزایشی به خود گرفته و بنابر آخرین آمار رسمی جمعیتی بالغ بر ۲۱۷ هزار نفر در زندان های کشور با جرائم مختلف بسر می برند و از این حیث کشور ما در رده هشتم جهان قرار دارد. زندانیان مرتبط با مواد مخدر دارای بیشترین فراوانی در بین سایر زندانیان هستند که البته این فراوانی در بین نوجوانان و جوانان مربوط به جرائم سرقت می باشد (۳). از طرف دیگر، برخی از زندانیان مخصوصا

نشان می دهد که بین گروه های مورد مطالعه، در سلامت معنوی و روانی تفاوت وجود دارد. برای نمونه در مطالعه ای که با هدف تعیین رابطه بین معنویت با مصرف ناسالم الکل در مردان مبتلا به HIV در کشور اوگاندا انجام شد، نتایج نشان از تفاوت در شاخص های معنوی و رفتارهای پرخطر در گروه های مورد مطالعه داشت (۱۴). در مطالعه دیگری نیز تفاوت در معنویت و رفتارهای بی ثبات در مردان و زنان معنادار بود (۱۵). همچنین یافته های مطالعه دیگری نیز نشان داد که شاخص های معنوی و مذهبی و مصرف مواد مخدر و روان گردان، مصرف الکل، ترک مواد و HIV در بین گروه های مورد مطالعه تفاوت دارد (۱۶). در نهایت یافته های یک پژوهش نشان داد که ترک و نادیده گرفتن رفتارهای مذهبی با تمایل افراد به استفاده از مواد مخدر و روان گردان در نمونه های مورد مطالعه می شود (۱۷). در مطالعات ایران نیز نوری در مطالعه ای نشان داد که بین دو گروه مورد مطالعه در رفتارهای پرخطر و بهزیستی-روانشناختی تفاوت وجود دارد (۱۸). در مطالعه دیگری بین بهزیستی معنوی و بهزیستی-روان شناختی در طلاب تفاوت گزارش شده است (۱۹). در کنار موارد ذکر شده ذکر این نکته جهت توجیه ضرورت و اهمیت انجام مطالعه الزامی است و آن اینکه جوانان زندانی در بدو ورود به زندان و به دلیل عدم سازگاری مناسب دست به رفتارهای پرخطر می زنند که البته میزان آن با توجه به جرائم آن ها متفاوت است. در این بین احتمال می رود این زندانیان در متغیرهای تأثیرگذاری چون سلامت روانی و تندرستی معنوی نیز متفاوت باشند. بررسی میزان تفاوت نمونه ها در متغیرهای یاد شده می تواند مدیران و برنامه ریزان این حوزه را در طراحی و انجام مداخلات مناسب باری نماید. در این زمینه خلأ مطالعاتی نیز مخصوصاً در داخل کشور احساس می گردد. از این رو این مطالعه با هدف تعیین مقایسه تندرستی معنوی، بهزیستی-روانشناختی و رفتارهای پرخطر بین جوانان زندانی جرائم مواد مخدر، مالی و سرقت شهر زنجان انجام گرفت.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-مقایسه ای بود. در پژوهش حاضر جامعه آماری شامل کلیه زندانیان جرائم سرقت ۱۶۰ نفر، مواد مخدر ۱۰۵ نفر و مالی ۷۰ نفر (جرائم چک، ارتشاء و خیانت در امانت) و در مجموع ۳۴۰ نفر در رده سنی ۱۸ تا ۳۵ سال شهر زنجان بودند که تعداد نمونه با استفاده از روش کوکران تعداد ۱۸۰ نفر برآورد گردید. جهت نمونه گیری از روش نمونه گیری تصادفی ساده استفاده شد. نمونه ها با توجه با تعداد کل هر کدام و متناسب با آن انتخاب گردیدند. جهت این کار ابتدا لیستی از اسامی زندانیان به تفکیک جرم با توجه به معیارهای ورود که شامل توانایی خواندن و نوشتن و بازه سنی بین ۱۸ تا ۳۵ سال (به علت فراوانی بالای وقوع جرائم، ناسازگاری و رفتارهای پرخطر در این بازه) بود، تهیه و سپس با استفاده از اعداد تصادفی نسبت به نمونه گیری اقدام شد. ابزار گردآوری داده ها "پرسشنامه رفتارهای پرخطر" (High-risk Behaviors Questionnaire)، "پرسشنامه بهزیستی-روانی" (Psychological Well-Being Questionnaire) و "پرسشنامه تندرستی معنوی" (Spiritual Well-Being Questionnaire) بود.

"پرسشنامه رفتارهای پرخطر" با اقتباس از "پرسشنامه مرکز پیشگیری از رفتارهای پرخطر مرکز مدیریت بیماری ها" (Center for

است، احساس بهزیستی و رضایتمندی است. بهزیستی عبارت است از رضایت فرد از زندگی، شرایط فرهنگی فکری، اهداف، انتظارات و دغدغه هایی که فرد بر اساس آن ها زندگی می کند. به تبع آن بهزیستی-روان شناختی به معنای قابلیت یافتن تمام استعدادهای فرد است که شش مؤلفه خود مختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود را در بر می گیرد. معنویت، رشد و بالندگی فردی، رضایت از زندگی، شادی، روابط مثبت با دیگران، خوبستن پذیری، معناداری، سازگاری و تسلط بر محیط، خود پیروی، خوش بینی، هدف در زندگی اجزا و عناصر اصلی بهزیستی روان شناختی هستند. با توجه به مطالعات گذشته، بهزیستی-روان شناختی با بیشتر شدن سازش یافتگی جسمانی و روانی با وقایع تنش زای زندگی و سطوح بالاتری از عملکرد و رضایت از زندگی رابطه دارد (۵). همچنین رفتارهای پرخطر از مهمترین نارسایی های شناختی، رفتاری و اخلاقی در افراد مجرم است. رفتارهای پرخطر رفتارهای بالقوه مخربی هستند که افراد به طور ارادی و یا بدون اطلاع از پیامدهای نامطلوب فردی و اجتماعی، مرتکب آن می شوند؛ به عبارت دیگر رفتارهای پرخطر رفتارهایی هستند که سلامت و بهزیستی افراد را در معرض خطر قرار می دهند (۶). این گونه رفتارها احتمال نتایج منفی و مخرب جسمی، روان شناختی و اجتماعی را برای فرد افزایش می دهد (۷). در این میان برخی از جوانان بیشتر از سایر جوانان در معرض رفتارهای پرخطر هستند (۸). از جمله شاخص ترین رفتارهای پرخطر عبارتند از: سوء مصرف مواد مخدر، سیگار و مشروبات الکلی، اعتیاد، رانندگی بی پروا، ورزش های خطرناک، نزاع های فیزیکی، آمیزش جنسی نا ایمن، قمار بازی، اعمال بی بندوبار و غیر قانونی. تندرستی معنوی نیز از عوامل مهم در کاهش گرایش جوانان به جرم و رفتارهای پرخطر و نیز سازگاری بهتر با محیط زندان است (۱). تندرستی معنوی در تعاریف گوناگونی که از سلامت ارائه شده وجود داشته و این نشان از اهمیت آن در افراد دارد. همچنین پیشنهادهایی مبنی بر لحاظ کردن بعد معنوی در تعریفی که بهداشت جهانی از سلامت دارد، شده است (۹). تندرستی معنوی را می توان حسی از ارتباط داشتن با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کرد. همچنین سلامت معنوی سازه ای چند بعدی تعریف شده که شامل یک بعد عمودی و یک بعد افقی می باشد. بعد عمودی آن به ارتباط با خدا و بعد افقی آن به احساس هدفمندی در زندگی و رضایت از آن بدون در نظر گرفتن مذهب خاصی اشاره دارد. سلامت معنوی شامل یک عنصر روانی-اجتماعی و یک عنصر مذهبی است که سلامت مذهبی بیانگر ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خداست و سلامت وجودی بیانگر احساس فرد می باشد که چه کسی است، چه کاری و چرا انجام می دهد و به کجا تعلق دارد (۱۰). گرچه هیچ اجماعی در تعریف سلامت معنویت وجود ندارد اما در این امر اجماع عمومی وجود دارد که سلامت معنوی یک خرده مفهوم معنویت است (۱۱). مؤلفه های سلامت معنوی، با معنویت و دین داری هم پوشانی دارند و طی یک فرآیند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می آیند (۱۲). اختلال در تندرستی معنوی ممکن است منجر به اختلالات روانی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی گردد که خود می تواند سازگاری در زندگی را با مشکل مواجه کند (۱۳). بررسی مطالعات مشابه در جوامع آماری متفاوت نیز

بررسی پایایی نیز پرسشنامه ها در بین ۲۰ نفر از افراد جامعه آماری توزیع و پس از کامل شدن با استفاده از روش آلفای کرونباخ مقدار ضریب آلفای ۰/۸۲ برآورد گردید.

فرم کوتاه "پرسشنامه بهزیستی-روانشناختی" در سال ۱۹۸۹ توسط Riff طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است (۲۳). این پرسشنامه دارای ۱۸ سوال و برگرفته از فرم اصلی با ۱۲۰ سوال است. این نسخه، مشتمل بر ۶ عامل است و هدف آن ارزیابی و بررسی بهزیستی-روان شناختی از ابعاد مختلف: استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، عامل ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود می باشد. طیف نمره گذاری آن بر اساس طیف لیکرت شش گزینه ای می باشد. شیوه نمره گذاری در مورد سؤالات شماره ۱، ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۷ معکوس شده است. برای بدست آوردن نمره مربوط به هر بعد مجموع نمره های آن بعد با هم جمع و به منظور بدست آوردن نمره کلی پرسشنامه مجموع نمره های تک تک سؤالات محاسبه می شود. نمرات بالاتر نشان دهنده بهزیستی-روان شناختی بالاتر در فرد پاسخ دهنده می باشد. در پژوهش بیانی که بر روی ۹۶ دختر و ۴۹ دانشجوی پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر انجام شد، ضریب پایایی به روش باز آزمایی ۰/۸۲ بدست آمده است (۲۳). در مطالعه حاضر جهت بررسی روایی محتوا، پرسشنامه در اختیار ۵ نفر مدرسین حوزه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان قرار گرفت و اصلاحات مدنظر لحاظ گردید. در نهایت روایی محتوا مورد تأیید قرار گرفت. جهت بررسی پایایی نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ و ۲۰ نفر از افراد جامعه آماری مطالعه انجام و ضریب پایایی ۰/۷۵ بدست آمد.

جهت اجرا ابتدا رضایتنامه شرکت در مطالعه از افراد نمونه اخذ و سپس با همکاری مسئولین زندان و همچنین روانشناس مقیم در مرکز مشاوره زندان، پرسشنامه ها در بین نمونه ها به تعداد ۱۹۰ عدد توزیع شد که از این تعداد ۲۷ پرسشنامه به دلیل مخدوش بودن از فرآیند مطالعه خارج گردید و ۱۶۳ پرسشنامه کامل شامل ۷۷ پرسشنامه مربوط به گروه جرائم مخدر، ۵۲ پرسشنامه مربوط به گروه جرائم سرقت و ۳۴ پرسشنامه مربوط به گروه جرائم مالی وارد مطالعه گردید. جمع آوری اطلاعات نمونه های مطالعه همراه با رعایت اصول اخلاقی اعم از تصادفی بودن انتخاب نمونه ها، محرمانه بودن پژوهش و انتخاب افراد مطالعه به صورت غیرعمد (با توجه به نمونه های مورد مطالعه طراحی و اجرای مطالعه به گونه ای بود که عمدی بودن انتخاب آن ها را از بین می برد) بود. جهت تحلیل داده ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده و در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته ها

در این مطالعه بیشترین فراوانی سنی در گروه ۳۰ تا ۳۵ سال بود. میانگین سنی شرکت کنندگان ۲۹/۵۷ سال بود. در مورد میزان تحصیلات نیز ۷۲ نفر (۴۴/۱۷) درصد دارای سطح تحصیلات زیر دیپلم بوده و بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بودند. همچنین بیشترین فراوانی در گروه مجرمین مواد مخدر با تعداد ۷۷ نفر و بعد از آن جرائم سرقت ۵۲ نفر و مالی ۳۴ نفر قرار داشتند که این تعداد به تناسب جامعه آماری هر گروه انتخاب شده بودند. در جدول ۱ شاخص

Disease Control Center for the Prevention of Hazardous Behaviors) طراحی، ترجمه و تنظیم شده است (۲۰). "پرسشنامه رفتارهای پرخطر" میزان شیوع رفتارهای پرخطر مانند مصرف سیگار، قلیان، مشروبات الکلی، انواع روانگردان، رفتار پرخطرگرا، افسردگی، افکار و تمایلات خودکشی و ارتباط با جنس مخالف را ارزیابی می کند. این پرسشنامه سه نوع الگوی شیوع رفتارهای پرخطر را شامل شیوع در طول عمر، ۱۲ ماه گذشته و یک ماه اخیر و نیز تمایل به انجام رفتار پرخطر در آینده را ارزیابی می کند و برای افراد بالاتر از ۱۸ سال قابل اجرا است. این پرسشنامه شامل ۱۰۵ سؤال بوده و به صورت خودگزارشی است. هر بخش شامل سؤالاتی درباره میزان رفتارهای پرخطر فرد در طول عمر خود است. این پرسشنامه در طیف لیکرت طراحی شده و جواب سؤالات از ۴ تا ۶ گزینه را در برگرفته و در آن ها گزینه هرگز معادل صفر و گزینه های بعدی اعدادی معادل ۱ تا ۶ را شامل می شوند. دامنه نمرات در هر رفتار پرخطر بین ۵ تا ۲۴ بوده و نمره بالاتر به منزله انجام بیشتر رفتار مورد نظر است. برای نمره گذاری "پرسشنامه رفتارهای پرخطر" بسته به هدف پژوهش (شیوع شناسی یا تعیین اثر بخشی مداخله) می توان به چند روش عمل کرد. در این مطالعه با توجه به اهداف مطالعه نمرات هر بخش که مختص یکی از رفتارهای پرخطر بود جمع و نمره رفتار مورد نظر بدست آمد. آلفای کرونباخ "پرسشنامه رفتارهای پرخطر" در بین ۴۸۰ نوجوانان سال اول متوسطه ۰/۸۷ گزارش گردیده است (۲۰). در این مطالعه نیز روایی و پایایی این ابزار مورد تأیید قرار گرفت. جهت تأیید روایی از روش محتوایی استفاده شد. به این صورت که پرسشنامه در اختیار ۵ نفر از مدرسین حوزه روانشناسی قرار گرفته و نظرات اصلاحی آن ها در پرسشنامه اعمال و روایی محتوایی تأیید گردید. جهت تأیید پایایی، پرسشنامه در بین ۲۰ نفر از اعضای جامعه توزیع و پس از تکمیل ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و ضریب ۰/۷۹ بدست آمد که قابل قبول بود.

"پرسشنامه تندرستی معنوی" در سال ۱۹۸۲ ساخته شده و شامل ۲۰ گویه و دو خرده پرسشنامه است. سؤالات فرد آزمون مربوط به مؤلفه شاخص های مذهبی بوده و میزان تجربه فرد از رابطه رضایت بخش خود با خدا را مورد سنجش قرار می دهد. سؤالات زوج مربوط به خرده پرسشنامه بهزیستی وجودی است که احساس هدفمندی و رضایت از زندگی را می سنجد. پرسشنامه پاسخ گویی به سؤالات لیکرت شش درجه ای "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" است. البته این شیوه نمره گذاری در مورد سؤالات شماره ۲، ۴، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۰ معکوس شده است. نمره بالا در این پرسشنامه نشانگر سلامت معنوی بالا می باشد و نمره پایین نشانگر آن است که فرد از تندرستی معنوی مطلوبی برخوردار نیست. این پرسشنامه برای مقاصد پژوهشی در جامعه های مختلفی نظیر دانشجویان، پرستاران، افراد عادی، بیماران روانی و بیماران جسمانی به کار برده شده است. در مطالعات متعددی ثابت شده که این پرسشنامه ثبات درونی و روایی سازه خوبی داشته است (۲۱). در پژوهش دهشیری و همکاران (۲۲) که بر روی ۵۲۱ نفر از دانشجویان دختر و پسر انجام شد، آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۰ و با روش باز آزمایی همبستگی آن ۰/۸۵ گزارش شده است. در مطالعه حاضر نیز روایی محتوایی با استفاده از نظرات ۵ مدرسین حوزه روانشناسی و الهیات مورد تأیید قرار گرفت. جهت

آزمون های لون و ام باکس مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان دهنده توجیه پذیری اجرای این آزمون بود. همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می گردد؛ اثرات پیلایی، ویلکس لامبدا، تی هتلینگ و بزرگترین ریشه برای متغیر مستقل (گروه) تنها در مورد رفتارهای پرخطر معنادار می باشد. در مورد متغیر تندرستی معنوی نیز تنها اثر بزرگترین ریشه معنادار است. لذا میانگین رفتارهای پرخطر و تندرستی معنوی در دو گروه تفاوت معنی داری داشته است ($P < 0.05$). همچنین به دلیل معنی داری شاخص F چندمتغیری، تحلیل اثرات بین آزمودنی لازم است.

های میانگین و انحراف معیار متغیرها و مؤلفه های پژوهش به تفکیک گروه ها مشخص شده است، میانگین تندرستی معنوی کل در گروه جرائم مواد مخدر ۶۰/۰۱، در گروه جرائم سرقت ۵۹/۰۷ و در گروه جرائم مالی ۵۴/۶۷ می باشد. میانگین بهزیستی-روانشناختی کل در گروه مواد مخدر ۵۹/۰۷، گروه سرقت ۵۸/۶۹ و در گروه مالی ۵۸/۱۳ است. همچنین میانگین رفتارهای پرخطر (نمره کل) در گروه مواد مخدر ۲۱۴/۲۸، در گروه سرقت ۲۱۱/۳۰ و در گروه مالی ۱۹۷/۱۷ می باشد. همچنین مفروضه های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره طی

جدول ۱: شاخص های میانگین و انحراف معیار متغیرها و مؤلفه های مطالعه

متغیر	جرائم مواد مخدر (n = ۷۷)	جرائم سرقت (n = ۷۷)	جرائم مالی (n = ۷۷)
تندرستی معنوی کل	(۱۰/۱۷)۶۰/۰۱	(۱۲/۹۱)۵۹/۰۷	(۱۲/۲۶)۵۴/۶۷
شاخص های مذهبی	(۵/۲۴)۲۷/۰۴	(۹/۱۹)۲۶/۲۹	(۶/۳۳)۲۲/۴۹
سلامت وجودی	(۷/۳۰)۳۳/۱۶	(۸/۲۲)۳۲/۹۸	(۹/۲۶)۳۱/۱۶
بهزیستی روانشناختی کل	(۶/۶۱)۵۹/۰۷	(۷/۸۹)۵۸/۶۹	(۵/۶۹)۵۸/۱۳
استقلال	(۲/۲۵)۱۰/۵۹	(۲/۷۰)۱۰/۵۰	(۲/۴۳)۱۰/۲۹
تسلط بر محیط	(۲/۰۶)۱۰/۳۵	(۲/۳۸)۱۰/۳۶	(۱/۹۸)۱۰/۲۲
رشد شخصی	(۲/۰۵)۱۰/۱۳	(۲/۳۶)۹/۹۵	(۱/۹۶)۹/۹۷
ارتباط مثبت با دیگران	(۲/۳۱)۹/۰۹	(۲/۴۲)۹/۳۳	(۲/۳۴)۹/۳۳
هدمندی در زندگی	(۲/۲۶)۹/۰۲	(۲/۳۸)۸/۷۹	(۲/۷۶)۸/۵۲
پذیرش خود	(۱/۸۰)۹/۵۷	(۲/۱۵)۹/۶۵	(۱/۸۳)۹/۱۱
رفتارهای پرخطر کل	(۳۴/۷۷)۲۱۴/۲۸	(۳۴/۸۶)۲۱۱/۳۰	(۳۸/۰۸)۱۹۷/۱۷
رفتار پرخطرگانه	(۵/۸۸)۱۰/۸۷	(۷/۴۷)۱۲/۴۸	(۳/۵۴)۸/۹۲
ارتباط با جنس مخالف	(۲/۹۷)۱۰/۸۵	(۲/۱۷)۱۱/۵۶	(۳/۰۳)۱۱/۷۵
افکار و اقدام به خودکشی	(۲/۰۵)۱۰/۵۶	(۱/۹۹)۱۰/۲۲	(۱/۶۲)۹/۸۰
سیگار و قلیان	(۷/۷۸)۴۳/۳۹	(۸/۰۲)۴۳	(۱۱/۶۴)۳۶/۴۶
مشروبات الکلی	(۵/۰۹)۱۱/۰۴	(۳/۶۰)۱۰/۲۳	(۴/۵۱)۱۰/۲۸
مواد مخدر و روان گردان	(۳۴/۰۲)۱۲۸/۳۳	(۳۵/۰۸)۱۲۶/۸۵	(۲۷/۱۰)۱۰/۹۳۵

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره

متغیر وابسته و آزمون گروه (متغیر مستقل)	ارزش	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	P value	اندازه اثر
تندرستی معنوی						
اثر پیلایی	۰/۰۷	۱/۹۳	۶	۳۱۸	۰/۰۷	۰/۰۳
لامبدای ویلکس	۰/۹۳	۱/۹۵	۶	۳۱۶	۰/۰۷	۰/۰۳
اثر هتلینگ	۰/۰۷	۱/۹۷	۶	۳۱۴	۰/۰۶	۰/۰۳
بزرگترین ریشه	۰/۰۷	۳/۹۶	۶	۱۵۹	۰/۰۹	۰/۰۷
بهزیستی روانشناختی						
اثر پیلایی	۰/۰۳	۰/۳۳	۶	۳۱۰	۰/۹۸	۰/۰۱
لامبدای ویلکس	۰/۹۷	۰/۳۳	۶	۳۰۸	۰/۹۹	۰/۰۱
اثر هتلینگ	۰/۰۳	۰/۳۲	۶	۳۰۶	۰/۹۹	۰/۰۱
بزرگترین ریشه	۰/۰۲	۰/۴۹	۶	۱۵۵	۰/۸۳	۰/۰۲
اثر پیلایی	۰/۱۸	۲/۲۵	۶	۳۱۰	۰/۰۱	۰/۰۹
لامبدای ویلکس	۰/۸۲	۲/۲۶	۶	۳۰۸	۰/۰۱	۰/۰۹
اثر هتلینگ	۰/۲۰	۲/۲۸	۶	۳۰۶	۰/۰۱	۰/۰۹
بزرگترین ریشه	۰/۱۶	۳/۵۵	۶	۱۵۵	۰/۰۱	۰/۱۳

جدول ۳: اثرات بین آزمودنی‌ها

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P value	اندازه اثر (مجذورات)
گروه (متغیر مستقل)						
تندرستی معنوی (نمره کل)	۶۸۹/۰۵	۲	۳۴۴/۵۲	۲/۵۸	۰/۰۷	۰/۰۳
شاخص های مذهبی	۵۰۳/۵۹	۲	۲۵۱/۷۹	۵/۲۱		۰/۰۶
بهبودی وجودی	۱۰۱/۵۳	۲	۵۰/۷۶	۰/۷۸	۰/۴۵	۰/۰۱
رفتار های پرخطر (نمره کل)	۷۰۸۷/۱۸	۲	۳۵۴۳/۵۹	۲/۸۱	۰/۰۶	۰/۰۳
رفتار پرخاشگرانه	۲۶۲/۳۴	۲	۱۳۱/۱۷	۳/۵۶	۰/۰۳	۰/۰۴
ارتباط با جنس مخالف	۲۶/۰۸	۲	۱۳/۰۴	۱/۷۱	۰/۱۸	۰/۰۲
افکار و اقدام به خودکشی	۱۳/۹۹	۲	۶/۹۹	۱/۸۲	۰/۱۶	۰/۰۲
مصرف سیگار و قلیان	۱۲۳۸/۹۵	۲	۶۱۹/۴۷	۸	۰/۰۱	۰/۰۹
مشروبات الکلی	۲۵/۳۳	۲	۱۲/۶۶	۰/۶۱	۰/۵۴	۰/۰۱
مواد مخدر و روان گردان	۹۱۶۶/۰۷	۲	۴۵۸۳/۰۳	۴/۱۸	۰/۰۱	۰/۰۵

جدول ۴: خروجی مقایسه زوجی آزمون تعقیبی بونفرنی

گروه (I) و گروه (J)	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	P value
شاخص های مذهبی			
مواد مخدر			
سرقت	۰/۷۵	۱/۲۴	۱/۰۰
مالی	۴/۵۵	۱/۴۳	۰/۰۱
سرقت			
مالی	۳/۸۰	۱/۵۳	۰/۰۴
رفتار پرخطر (رفتار پرخاشگرانه)			
مواد مخدر			
سرقت	-۱/۶۰	۱/۰۸	۰/۴۲
مالی	۱/۹۵	۱/۲۵	۰/۳۵
سرقت			
مالی	۳/۵۶	۱/۳۳	۰/۰۲
رفتار پرخطر (مصرف سیگار و قلیان)			
مواد مخدر			
سرقت	۰/۳۸	۱/۵۷	۱/۰۰
مالی	۶/۹۲	۱/۸۱	۰/۰۱
سرقت			
مالی	۶/۵۴	۱/۹۴	۰/۰۱
رفتار پرخطر (مصرف مواد مخدر و روانگردان)			
مواد مخدر			
سرقت	۱/۴۸	۵/۹۳	۱/۰۰
مالی	۱۸/۹۸	۶/۸۱	۰/۰۱
سرقت			
مالی	۱۷/۵۰	۷/۲۹	۰/۰۵

برای بررسی زوجی تفاوت ابعاد شاخص های مذهبی و رفتارهای پرخطر رفتار پرخاشگرانه، مصرف سیگار و قلیان و مصرف مواد مخدر و روان گردان در گروه های مورد بررسی از آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد. همانگونه که نتایج آزمون برای مقایسه دو به دوی گروه ها طی جدول ۴ نشان می دهد؛ در شاخص های مذهبی بین گروه های مورد

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می شود، با در نظر گرفتن گروه (متغیر مستقل) به عنوان منبع مورد تمایز افراد مورد بررسی و مقایسه شاخص های مذهبی، رفتار پرخطر پرخاشگرانه، مصرف سیگار و قلیان و مصرف مواد مخدر و روان گردان در سه گروه جرائم مواد مخدر، سرقت و مالی، تفاوت معناداری بین افراد نمونه مشاهده شد ($P < ۰/۰۵$).

نامساعد خانوادگی و محرک های اجتماعی مرتکب چنین جرائمی می شوند و شاید تفاوت آن ها با کسانی که کلاهبرداری مالی می نمایند در این مسئله باشد که بیشتر مرتکبین جرائم مالی از روی آگاهی و بدون عواملی که عنوان شد دست به این جرائم می زنند و بسیاری از آن ها از نظر مالی و سایر شرایط در حد مطلوبی قرار دارند. از این رو گمان می رود پایین بودن میانگین سلامت معنوی در اینگونه افراد بیشتر بدلیل نادیده انگاشتن آگاهانه شاخص های معنوی و اولویت منافع مادی بر منافع معنوی و اخروی باشد.

همچنین تفاوت میانگین ها در سیگار و قلیان به تفکیک نوع جرم آزمودنی ها معنادار بود. نتایج آزمون تعقیبی نیز نشان داد که میانگین این رفتار پرخطر در جرائم مالی در مقایسه با دو گروه مواد مخدر و سرقت کمتر می باشد. نتایج این مطالعه از جهت تفاوت بین گروه های مورد مطالعه در رفتارهای پرخطر از جمله سیگار و قلیان با نتایج مطالعات میرسلیمانی و همکاران (۲۶) و Rokrok و همکاران (۲۷) مطابقت داشته و همسو بود. در مطالعه میرسلیمانی و همکاران (۲۶) که بر روی مجرمین مواد مخدر و استفاده کنندگان مواد در مورد رفتارهای جنسی پرخطر و نیز رفتارهای آسیب به خود انجام دادند، تفاوت معناداری در مورد رفتارهای پرخطر به تفکیک جرم و نوع مواد مصرفی گزارش شد. در این مطالعه بین گروه های مختلف مصرف کنندگان و مجرمین مواد مخدر از نظر رفتارهای پرخطر آسیب به خود و جنسی تفاوت معناداری وجود داشت. در مطالعه دیگری که Rokrok و همکاران (۲۷) در آن به مقایسه نرخ رفتارهای پرخطر و عوامل زمینه ساز آن ها در دانشجویان خانواده های نظامی و غیرنظامی پرداخته اند، نتایج نشان داد که میزان رفتارهای پرخطر جنسی، مصرف سیگار، قلیان، الکل، حشیش، تریاک، شیشه، ترامادول در دانشجویان خانواده های نظامی پایین تر از سایر گروه ها می باشد.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که شاخص های مذهبی و رفتارهای پرخطر در بین گروه های جرائم مالی، مواد مخدر و سرقت تفاوت دارد و شاخص های مذهبی در گروه مالی کمتر از دو گروه دیگر می باشد. همچنین بین گروه های مورد مطالعه در بهزیستی روانشناختی تفاوت وجود نداشت. لذا پیشنهاد می شود در مداخلات درمانی و مشاوره های روانی به این مسئله توجه گردد. با توجه به اینکه این مطالعه در محدوده مکانی شهر زنجان و بر روی نمونه های آماری این شهر انجام گردیده است. لذا تعمیم نتایج در سایر جوامع آماری با احتیاط صورت گیرد. همچنین این مطالعه بر روی نمونه هایی با معیارهایی چون سن و سطح سواد مشخص انجام گرفته و تعمیم در سایر نمونه ها با ویژگی های جمعیت شناختی متفاوت با احتیاط صورت گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی خانم فاطمه مظفری دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان و به راهنمایی آقای دکتر مسعود حجازی و با کد اخلاق IR.IAU.Z.REC.1396.48 می باشد. پژوهشگران از همکاری سازمان زندان ها و کلیه کسانی که در گردآوری اطلاعات مورد نیاز پژوهش یاری نمودند، صمیمانه تشکر می کنند.

مطالعه تفاوت معناداری وجود دارد، بطوریکه میانگین شاخص های مذهبی در گروه جرائم مواد مخدر و سرقت بالاتر از گروه مالی می باشد ($P < 0/05$). همچنین میانگین رفتار پرخطر در گروه جرائم سرقت بالاتر از گروه مالی بود ($P < 0/05$). میانگین مصرف سیگار و قلیان در دو گروه مواد مخدر و سرقت نیز بالاتر از گروه مالی بود ($P < 0/05$). و در نهایت میانگین رفتار پرخطر مصرف مواد مخدر و روان گردان در گروه جرائم مواد به طور محسوسی بالاتر از گروه مالی بود ($P < 0/05$).

بحث

این مطالعه، با هدف مقایسه تفاوت در میزان تندرستی معنوی، بهزیستی-روانشناختی و رفتارهای پرخطر بین جوانان زندانی جرائم مواد مخدر، مالی و سرقت شهر زنجان انجام گرفت. نتایج نشان داد تفاوت تنها در یکی از مؤلفه های تندرستی معنوی یعنی شاخص های مذهبی در ۳ گروه مطالعه در نمونه ها معنادار است. نتایج آزمون تعقیبی نیز نشان داد که تفاوت بین جرائم مواد مخدر و مالی معنادار است. بطوریکه میانگین شاخص های مذهبی در مرتکبین جرائم مالی کمتر از جرائم مواد مخدر بود. نتایج حاصل از این مطالعه با نتایج برخی از مطالعات همسویی داشت (۱۴-۱۷، ۱۹، ۲۴، ۲۵). Adong و همکاران (۱۴) که با هدف تعیین رابطه بین معنویت با مصرف ناسالم الکل در مردان مبتلا به HIV و سالم در کشور اوگاندا، مطالعه ای انجام داده، نشان داد رابطه منفی معکوس بین سلامت معنوی با مصرف ناسالم الکل در مردان وجود دارد. همچنین در این مطالعه بین دو گروه مورد مطالعه از نظر تندرستی معنوی تفاوت وجود داشت. Watkins و همکاران (۱۶) نیز نشان داد که شاخص های معنوی و مذهبی با مصرف مواد مخدر و روان گردان، مصرف الکل، ترک مواد و HIV ارتباط دارد. در این مطالعه نقش شاخص های مذهبی و معنوی در کاهش رفتارهای پرخطر بالا بوده و بین مرتکبین جرائم مواد مخدر و افراد عادی در مورد سلامت معنوی تفاوت وجود داشت. Silfee و همکاران (۱۵) نیز تفاوت بین دو گروه مورد مطالعه در تندرستی معنوی معنادار گزارش نموده است. در این مطالعه همچنین رابطه تندرستی معنوی با رفتارهای بی ثبات در مردان و زنان منفی و معکوس بود. Ghaferi و همکاران (۱۷) نیز نشان داد که ترک و نادیده گرفتن رفتارهای مذهبی با تحریک افراد به استفاده از مواد مخدر و روان گردان در دو گروه آزمودنی ها تفاوت دارد. در نهایت حسن و همکاران (۲۴) در مطالعه خود نشان داد؛ بین ابعاد بهزیستی مذهبی و وجودی و هر هفت مؤلفه رفتارهای پرخطر یعنی مصرف مواد، افسردگی و خودکشی، روابط جنسی پرخطر و پرخاشگری، بین دو گروه تفاوت وجود دارد. در تبیین این تفاوت می توان گفت که تندرستی معنوی شامل یک عنصر روانی-اجتماعی و یک عنصر مذهبی است و بیانگر ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خداست، بهزیستی وجودی نیز بیانگر احساس فرد می باشد که چه کسی است، چه کاری و چرا انجام می دهد و به کجا تعلق دارد. همچنین در تعریف دیگری تندرستی معنوی به درجه درک فرد از معنویت و حس خوب بودن که از نگرش و عزم معنوی سرچشمه می گیرد، تعریف شده است (۲۶). با توجه به این تعریف می توان دریافت که معنویت از تعمق و تعقل شکل می گیرد و نیازمند آگاهی درست از جهان هستی و چرایی وجود انسان و عالم است. از طرف دیگر، باید اذعان کرد که مرتکبین جرائم مواد مخدر در بسیاری مواقع از روی ناآگاهی، فقر، شرایط

References

- Ghasemi S. [The effect of life skills training on mental health and happiness of prisoners] [Master's Thesis]: Islamic Azad University; 2012.
- Davoodi Z, Ahmadi S. Comparison of Mental Disorders and Adversity Quotient in Prisoners and Non-Prisoners in Shahrekord. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2015;17(2):76-83.
- Justice Do. Report of the year 1395 of the Judiciary. Iran: Department of Justice, 2017.
- Markery C, Marker P, Tinsley B. Personality Puberty and Preadolescent Girl's Risky Behavior: Examine the Predictive Value of the Five-Factor Model of Personality. *J Res Pers*. 2003;37(2):19-45.
- Keyes CL, Ryff CD. Somatization and Mental Health: a Comparative Study of the Idiom of Distress Hypothesis. *Soc Sci Med*. 2003;57(10):1833-45. PMID: 14499509
- AliverdiNia A. [Studying the Risky Behaviors of Students from a Sociological Perspective]. *Soc Dev Q*. 2013;7(3):123-51.
- Carr-Gregg MR, Enderby KC, Grover SR. Risk-taking behaviour of young women in Australia: screening for health-risk behaviours. *Med J Aust*. 2003;178(12):601-4. PMID: 12797844
- Chiong AS, Bry BH, Johnson VL. Mediators between coping styles and substance use/intentions in urban, high school freshmen. *Addict Behav*. 2010;35(1):57-9. DOI: 10.1016/j.addbeh.2009.08.008 PMID: 19735 985
- Khorami Markani A, Yaghmaei F, Khodayari Fard M. Spirituality as Experienced by Muslim Oncology Nurses in Iran. *Br J Nurs*. 2013;22(4):8-26.
- Fry LW. Toward a theory of spiritual leadership. *The Leadersh Q*. 2003;14(6):693-727. DOI: 10.1016/j.leaqua.2003.09.001
- Meraviglia MG. Critical analysis of spirituality and its empirical indicators. Prayer and meaning in life. *J Holist Nurs*. 1999;17(1):18-33. DOI: 10.1177/08980 1019901700103 PMID: 10373840
- Abbasi M, Azizi F, Shamsi E, NasserRad M, Akbari L. [Conceptual Definition and Operationalization of Spiritual Health]. *Med Ethics*. 2012;6(20):11-44.
- Carven R, Hirmler C. *Fundamental of Nursing: Human Health and Function*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
- Adong J, Lindan C, Fatch R, Emenyonu NI, Muyindike WR, Ngabirano C, et al. The Relationship Between Spirituality/Religiousness and Unhealthy Alcohol Use Among HIV-Infected Adults in Southwestern Uganda. *AIDS Behav*. 2018;22(6): 1802-13. DOI: 10.1007/s10461-017-1805-7 PMID: 28555316
- Silfee VJ, Houghton CF, Lemon SC, Lora V, Rosal MC. Spirituality and Physical Activity and Sedentary Behavior among Latino Men and Women in Massachusetts. *Ethn Dis*. 2017;27(1):3-10. DOI: 10.18865/ed.27.1.3 PMID: 28115815
- Watkins TL, Simpson C, Cofield SS, Davies S, Kohler C, Usdan S. The Relationship Between HIV Risk, High-Risk Behavior, Religiosity, and Spirituality Among Black Men Who Have Sex with Men (MSM): An Exploratory Study. *J Relig Health*. 2016; 55(2):535-48. DOI: 10.1007/s10943-015-0142-2 PMID: 26475314
- Ghaferi HA, Bond C, Matheson C. Does the biopsychosocial-spiritual model of addiction apply in an Islamic context? A qualitative study of Jordanian addicts in treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2017; 172:14-20. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2016.11.019 PMID: 28104541
- Nouruzi K, Amiri Majd M. Relationship of High Risk Behaviors and Negative Life Events with Mental Health of Female Students in High Schools. *Iran J Public Health*. 2016;45(6):833-4. PMID: 27648434
- Houshyari J. [Comparison of Spiritual Well-Being, Psychological Well-Being and Family Efficacy among Students]. *Psychol Relig*. 2015;8(3):72-9.
- Mohammad Khani S. [Psychosocial empowerment of students in Tehran schools]. *Combatating Headquarters and the United Nations Office on Drugs and Crime in Iran*, 2016.
- Meister J, Flint M, El-Alayli A, Ridnour H, Peterson M. Gender Differences in Spiritual Well-Being: are Females More Spirituality Well than Males? *Am J Health Stud*. 2005;20(2):80-4.
- Dehsheiri G, Sohrabi F, Jafari E, Najafi M. [Psychometric Properties of Spiritual Well-being Scale among Students]. *Q J Psychol Stud*. 2008;4 (3):129-44.
- Bayani AA. [Relationship between Dimensions of Psychological Well-Being and General Well-Being in Islamic Azad University Islamic Azad University Students]. *Q J Psychol*. 2008;35(36):53-164.
- Hasan J, Sheikhan R, Mahmoodzadeh A, Nikroo M. [The role of spiritual well-being and coping strategies in risky behaviors of adolescents]. *Thought Behav Clin Psychol*. 2015;9(33):17-26.
- Safyirad I, Karimi L, Shamosi N, Ahmadi M. The relationship between spiritual well-being and mental health of students. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2010; 17(4):274-80.
- Mirsoleimani L, Sanaee Zaker B, Vaziri S. [Comparing Sexual Behaviors, High-Risk Sexual Behaviors and Self-Harm Behaviors in Drug Addicts with Stimulants]. *Etiad Pajohi*. 2009;3(9):155-72.
- Rokrok S, Ahmadi Tahour-Soltani M, Dowran B. The comparison of risky behaviors and some of their underlying factors in the college students from military and non-military families]. *J Mil Med*. 2015; 17(3):163-70.