

مقایسه سرسختی روان شناختی، روش های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد مخدر و افراد عادی

نیره حبیبی

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران (زنجان)، ایران.

ایمیل: yakamoz_nh@yahoo.com، شماره تماس: ۰۹۰۳۲۶۱۹۴۱۶

* نویسنده مسئول: نیره حبیبی

چکیده

مصرف مواد و وابستگی به مواد یکی از معضلات عمده زیستی، روانی و اجتماعی است که بدون شک تمام کشورها، به نوعی با آن دست به گریبان هستند. عوامل متعددی در مصرف مواد نقش دارند و برای طراحی برنامه‌های موثر برای پیشگیری از مصرف مواد، درک سبب شناسی این پدیده و عوامل مرتبط با آن لازم است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه سرسختی روان شناختی، روشهای مقابله با استرس و حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد مخدر و افراد عادی انجام شد. روش پژوهش همبستگی بود و جامعه مورد مطالعه این پژوهش شامل کلیه معتادان مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد سینا در سال ۱۳۹۳ و افراد عادی همتا با افراد وابسته به مواد مخدر بود. نمونه‌ها به شیوه نمونه گیری در دسترس و هدفمند انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های سرسختی روان شناختی نجاریان، مهرایی زاده و کیا مرثی، پرسشنامه راهبردهای مقابله ای لازاروس و فولکمن و مقیاس حمایت اجتماعی (MOS) شربورن و استوارت پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با روش‌های آماری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) و آزمون T برای گروههای مستقل انجام شد. یافته‌های مقاله نشان داد سرسختی روانشناختی و روشهای مقابله با استرس در افراد وابسته به مواد مخدر پایین تر از افراد عادی بود، ولی بین حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد مخدر و افراد عادی تفاوتی مشاهده نشد ($p < 0.05$). بنابراین براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گیری کرد که انتخاب سبک و الگوی مقابله ای نامناسب و پایین بودن سرسختی روان شناختی، عواملی هستند که می‌توانند منجر به گرایش افراد به مصرف بیشتر مواد و در نهایت اعتیاد گردند.

واژگان کلیدی: اعتیاد، سرسختی روان شناختی، روشهای مقابله با استرس، حمایت اجتماعی

مقدمه

گرایش به مواد تحریک کننده و تسکین دهنده در تمامی طول تاریخ و در بین جوامع مختلف وجود داشته است در جوامع امروز مصرف مواد مخدر به مثابه یکی از غم انگیزترین تراژدی‌ها ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی، زندگی بسیاری از انسانها را متأثر می‌سازد. این معضل دیرین دامن گیر اکثریت قریب به اتفاق کشورهای است و تقریباً در کلیه جوامع به طور روزافزون قربانی می‌گیرد، آمارهای منتشره توسط سازمان بهداشت، کمیته کنترل مواد مخدر جهانی و سازمان یونسکو حاکی از افزایش فزاینده مصرف این مواد در سطح دنیا می‌باشد و تفاوت بین کشورها در الگوی مصرفی و رده‌های سنی آنها می‌باشد. مصرف طولانی مدت مواد مخدر با ایجاد اعتیاد نه تنها تاثیر سوء در وضعیت اقتصادی و اجتماعی شخص مصرف کننده یا معتاد می‌گذارد بلکه در تفاهم خانوادگی نیز نقش تعیین کننده ای را ایفا می‌کند. از این رو آگاهی از دلایل سوء مصرف مواد به عنوان اولین قدم پیشگیری مطرح می‌شود. لذا فعالیتی گسترده و فراگیر در همه ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، آموزشی و... ضروری است، به عبارتی علاج واقعه قبل از وقوع باید کرد (عطاری و همکاران، ۱۳۸۳). مطالعات نشان داده اند که وابستگی به مواد توسط متغیرهای متعددی قابل پیش بینی است، لیکن سبک مبارزه کلی فرد با فشار روانی بیشتر از سایر متغیرها پیش بینی کننده اعتیاد است (مک کی و همکاران، ۱۹۹۸). برخی پژوهشگران گزارش کرده اند که افراد معتاد در هنگام مواجهه با فشار روانی بیشتر از سبک مقابله متمرکز بر هیجان و کمتر از سبک متمرکز بر مساله استفاده می‌کنند (سموعی و همکاران، ۱۳۷۹). بسیاری از محققان بر این باورند که ساختمان شخصیت برخی از افراد برای پذیرش اعتیاد مساعدتر از دیگران است؛ و معتقدند که این زمینه مساعد شرط اولیه و لازم ابتلا نیست. انتخاب روش طبقه بندی نیز نمایانگر اولویتی است که محقق برای عوامل اعتیاد یعنی شخصیت معتاد و ترکیب ماده مخدر مصرفی و نقش هر کدام بر آن قائل است. در رابطه با شخصیت معتاد، عوامل بسیاری در شدت و عواقب وابستگی مؤثر می‌باشند مانند ماده مخدر مورد مصرف، مواد مخدر سنگین و سبک و شخصیت از جمله آنها می‌باشد (برژره/ترجمه گرگانی، ۱۳۶۸).

مطالعات انجام شده نشان دهنده ابتلای درصد بالایی از جوامع انسانی به سوء مصرف مواد است که در طول سال‌های اخیر در بیشتر کشورها افزایش یافته و منابع انسانی به ویژه جوانان رانسبت به دیگر افراد جامعه در گرایش به سوء مصرف مواد آسیب پذیرتر هستند را به شدت مورد تهدید قرار داده است (گنادیچ و هلن، ۲۰۰۴).

سوء مصرف مواد با رفتارهای مخاطره آمیز زیادی مانند ناپودی دارایی‌های شخصی، افزایش خشونت، افزایش رفتارهای جنسی پرخطر و بیماری‌های سرایت کننده ای مثل ایدز، افزایش اختلالات روانی و افکار خودکشی ارتباط دارد (به نقل از رید و همکاران، ۲۰۰۹). هدف ما در این مقاله مقایسه سرسختی روان شناختی، روش‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد مخدر و افراد عادی است.

مبانی نظری**اعتیاد**

عادت کردن، خوی گرفتن پیاپی خواستن چیزی می‌باشد (دهخدا، ۱۳۷۷: ۲۹۲۴). اصطلاح اعتیاد به سهولت قابل تعریف نیست، اما عواقب آن به صورتهای مختلف نظیر کم شدن تحمل و وابستگی بدنی هویدا می‌شود. در طب جدید به جای کلمه اعتیاد، وابستگی به دارو به کار می‌رود که دارای همان مفهوم ولی دقیق تر و صحیح تر است. مفهوم این کلمه آن است که انسان بر اثر کاربرد نوعی ماده شیمیایی از نظر جسمی و روانی به آن وابستگی پیدا می‌کند، به طوری که بر اثر دستیابی و مصرف دارو، احساس آرامش و لذت به او دست می‌دهد؛ درحالی که نرسیدن دارو به خماری، دردهای جسمانی و احساس ناراحتی و عدم تامین دچار می‌شود (فدایی و سجادی، به نقل از رضایی فرد، ۱۳۶۵).

استرس

استرس یا تنیدگی مجموع واکنش‌های جسمی و روانی است که در برابر محرک‌های خارجی و داخلی باعث برهم زدن تعادل و ثبات اوضاع فیزیولوژیک بدن که عموماً ناخواسته است، می‌شود. استرس به پاسخ‌هایی اطلاق می‌گردد که ظرفیت سازگاری را

¹ Mc Kee, Hinson, Wall & Spriel

تحت فشار قرار دهد. باتوجه به اهمیت استرس و نتایج خطرناک آن می‌توان گفت مهم تر از وجود عوامل استرس زا در زندگی فرد، طرق مقابله فرد یا آن عوامل می‌باشد. تحقیقات نشان می‌دهد که احتمالاً نحوه زندگی افراد با ایمان و مذهبی، از عوامل اساسی برای زندگی سالم بوده است عوامل تنش زا موجب تخریب و آسیب به پیکره نیازهای اساسی می‌شود و در رشد و تکامل و بازدهی انسان مداخله و او را از تعادل خارج می‌کند. عکس العمل افراد نسبت به عوامل تنش زا ابتدا به مشخصات محرک، در مرحله بعد به ویژگی فردی و در درجه بعدی به تجارب قبلی افراد بستگی دارد و در صورت عدم پاسخ صحیح به استرس علایمی مانند خستگی، تحریک پذیری، عدم تمرکز حواس، احساس گناه، دردهای گوارشی و جسمی حادث می‌شود (حاجی آقاجانی و اسدی، ۱۳۷۸).

در دهه‌های اخیر در مجلات عمومی برای اندازه گیری استرس، پرسشنامه‌هایی منتشر می‌شود و به خوانندگانی که در این پرسشنامه‌ها نمره‌های بالایی کسب می‌کنند، اخطار می‌شود اگر مایلند بیمار نشوند بهتر است از رویارویی با موقعیت‌های استرس زا اجتناب کنند؛ اما از طرفی، تغییر شرایط زندگی به عنوان یک رویداد استرس زا معمولاً به طور بالقوه با فرصت بیشتر برای داشتن یک زندگی بهتر، همخوان است.

فردی که در یک جامعه مدرن زندگی می‌کند، با اجتناب از بسیاری از تغییرات زندگی که استرس زا هستند، ممکن است فرصت داشتن یک زندگی بارورتر را از دست بدهند؛ بنابراین، توصیه صرف به اجتناب از استرس در بسیاری از موقعیت‌ها ممکن است به رکود زندگی فرد منجر شود. در عین حال، در مطالعاتی که ارتباط بین استرس و بیماری را بررسی کرده اند، دامنه همبستگی‌ها بسیار گسترده بوده است. در برخی از این مطالعات، ارتباط بسیار بالایی بین استرس و بیماری مشاهده شده است و در برخی دیگر نیز این همبستگی در عین معنادار بودن چندان قوی نبوده است. چنین دامنه گسترده ای از این همبستگی‌ها، بر وجود متغیرهای تعدیل کننده و تفاوت‌های فردی در ارتباط بین استرس و بیماری دلالت می‌کند. به عبارت دیگر افرادی وجود دارند، در عین حال که در شرایط پر استرس قرار دارند، بیمار نمی‌شوند، حال سؤال اینجاست که چه متغیرهایی در این ارتباط نقش تعدیل کننده دارند؟ آیا از درآمد و تحصیلات بیشتری برخوردارند؟ آیا از حمایت‌های اجتماعی بیشتری بهره می‌برند؟ آیا به ورزش می‌پردازند و رژیم غذایی مناسبی را رعایت می‌کنند؟ و آیا شخصیت متمایزی دارند که درک، تفسیر و مقابله ی آنها را با استرس تحت تأثیر قرار می‌دهد؟ (شریفی، ۱۳۸۴). شواهد نشان می‌دهد که بین سلامتی و استرس افراد همبستگی وجود دارد (آلندر و همکاران، ۲۰۰۴).

از آنجایی که پاسخی که فرد به استرس می‌دهد در درجه اول به درک ذهنی او وابستگی دارد بنابراین کسب یک روش موفقیت آمیز برای برخورد با استرس نیازمند تغییر درنگرش و دیدگاه‌های ما نسبت به آن است. برای ارتقاء زندگی به مطلوب ترین سطح ممکن، افراد می‌توانند راه‌های مختلف مقابله با استرس را بیاموزند. پاسخ به استرس می‌تواند موجب افزایش کارایی جسمانی و فکری شود (قاسم زاده، ۱۳۷۶). با توجه به اهمیت استرس و نتایج خطرناک آن می‌توان گفت که مهم تر از وجود عوامل استرس زا در زندگی فرد، طرق مقابله فرد با آن عوامل می‌باشد و تحقیقات نشان داده است احتمالاً نحوه زندگی افراد با ایمان مذهبی و داشتن احساس پیشرفت و موفقیت، همچنین مفید بودن در زندگی از عوامل اساسی برای زندگی سالم و طولانی آن‌ها بوده است (رمایی و همکاران، ۱۳۸۷).

به طور کلی مطالعات نشان می‌دهند که استفاده از سبک‌های هیجان محور در مقابله با موقعیت‌های استرس زا با سطح بالایی از فشار روانی همراه است، در حالیکه استفاده از روش‌های مساله محور با سطح پایینی از استرس و فشار روانی همراه می‌باشد (فلتون و رونسون، ۲۰۰۴، استنتون، تنن، افلک و مندولا، ۲۰۰۸؛ به نقل از: زارعی و اسدی، ۱۳۹۰). راهبردهایی که فرد برای مقابله می‌گزیند، بخشی از نیمرخ آسیب پذیری وی به شمار می‌روند. به کاربردن راهبردهای نامناسب در رویارویی با عوامل فشارزا می‌تواند موجب افزایش مشکلات گردد، در حالی که راهبردهای درست مقابله‌ای می‌تواند پیامدهای سودمندی در پی داشته باشد (بن ژور و رشف، ۲۰۰۳؛ به نقل از: زارعی و اسدی، ۱۳۹۰).

² Allender

³ Felton & Revenson

⁴ Stanton, Tenon, Affleck & Mendola

سرسختی

سرسختی روانشناختی، یک ویژگی شخصیتی است که در رویارویی با حوادث فشارزای زندگی به عنوان منبع مقاومت و سپر محافظ عمل می‌کند سرسختی، ترکیبی از باورها در مورد خود و جهان است که از سه جزء تعهد، کنترل و مبارزه جویی تشکیل شده است، اما در عین حال مجموعه ای واحد است که از عمل هماهنگ این سه جزء تشکیل یافته است (کوباسا^۵ و مدی، ۱۹۹۲). سرسختی روانشناختی به عنوان تعدیل کننده، روابط بین تنش و بیماری روانشناختی و جسمانی عمل می‌کند. افرادی که از سرسختی روانشناختی قوی برخوردارند، احتمال کمتری دارد که در مقایسه با افراد دارای سرسختی روانشناختی ضعیف در پاسخ به تنش، دچار آسیب جسمانی و یا روانی شوند.

سرسختی روانشناختی به عنوان ویژگی مهم در ساختار شخصیت افراد می‌تواند آنها را در برابر فشارهای مختلف محیطی محافظت کند. در واقع می‌توان عنوان کرد که افراد با سطح سرسختی روانشناختی قوی با توجه به صفات مبارزه جویی و ابراز وجود و نیرومندی واستقامت در مقابل حوادث تنش زای محیطی کمتر دچار آسیبهای جسمانی و روانی می‌شوند؛ لذا اهمیت و ضرورت سرسختی روانشناختی در این مباحث آشکار می‌شود. افرادی که از سرسختی بالایی برخوردارند، در برابر اعمال و رفتار خود احساس تعهد کرده، عقیده دارند که رویدادهای زندگی قابل کنترل و پیش بینی هستند و بالاخره تغییر در زندگی و نیاز به انطباق با آن را نوعی شانس و مبارزه جویی برای رشد بیشتر در زندگی می‌دانند تا تهدیدی برای امنیت خود (حسن نژاد و همکاران، ۱۳۹۱).

ویژگی‌های سرسختی روانشناختی به این ترتیب است:

- ۱- حس کنجکاو قابل توجه ۲- تمایل به داشتن تجربه‌های جالب و معنی دار
- ۳- اعتقاد به موثر بودن آنچه مورد تصور ذهنی قرار گرفته است ۴- باور به اینکه تغییر، طبیعی است و هر محرک با اهمیتی می‌تواند موجب رشد و پیشرفت شود ۵- ابراز وجود و نیرومندی ۶- توانایی استقامت و مقاومت

حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی به عنوان یکی از مکانیسم‌های مقابله ای عاطفه نگر، داری قدرت بالقوه تأثیر بر کیفیت زندگی است. حمایت اجتماعی به عنوان احساس دهنی در مورد تعلق، پذیرش، مورد علاقه بودن و دریافت کمک در شرایط مورد نیاز تعریف شده است. برخی نویسندگان از حمایت اجتماعی به عنوان درجه ای از برآورده کردن نیازهای احساسی، رضایت، تعلق و امنیت برای دیگران یاد کرده اند. حمایت اجتماعی می‌تواند به صورت حمایت روانی و احساسی، اطلاعاتی، ملموس و معاشرتی ارائه شود؛ اما درک بیمار از حمایت ارائه شده از اهمیت خاصی برخوردار است. درک حمایت از دریافت آن بسیار مهم تر است. به عبارت دیگر به نظر می‌رسد درک و نگرش بیمار نسبت به حمایت دریافتی، مهم تر از میزان حمایت ارائه شده به بیماران می‌باشد. درک بهره مندی از حمایت اجتماعی می‌تواند نقش مهمی را در طی مراحل پیشرفته بیماری ایفا کرده و فرد را در مقابل تنش‌های ناشی از بیماری محافظت نماید، نتایج روانی منفی ناشی از نقایص جسمانی را کاهش دهد و با ارتقای سازگاری، تحمل بیماری مزمن را تسهیل کند. درک حمایت اجتماعی می‌تواند از بروز عوارض نا مطلوب فیزیولوژیکی بیماری جلوگیری نموده، میزان مراقبت از خود را افزایش دهد، تأثیر مثبتی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد بر جای گذارد و در نهایت به افزایش عملکرد منجر شود. شناسایی حمایت اجتماعی درک شده در بیماران می‌تواند به ارتقای رفتاری سازگاری خاص در آنها کمک کرده و حمایت‌های محیطی مناسبی را برای آنان فراهم کند (رفیعی و همکاران، ۱۳۸۷).

برای تبیین و توضیح چگونگی تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی و مقاومت افراد در مواقع فشارزا، دو مدل نظری مطرح شده است: مدل تاثیر مستقیم یا تاثیر کلی حمایت اجتماعی و مدل تاثیر غیر مستقیم یا فرضیه ضربه گیر حمایت اجتماعی. مدل تاثیر مستقیم حمایت اجتماعی: مطابق این مدل نظری، برخورداری از حمایت اجتماعی برای سلامتی مفید است. حمایت اجتماعی صرف نظر از این که فرد تحت تاثیر استرس و فشارهای روانی باشد یا نه، باعث می‌شود فرد از تجارب منفی زندگی پرهیز کند. این امر، تاثیرات سودمندی بر سلامتی دارد. تاثیر سودمند حمایت اجتماعی برای سلامتی افراد، تحت شرایط و موقعیت‌های پر تنش یا

⁵ Kobasa

آرام و کم استرس، یکسان و مشابه است (سارافینو، ۱۹۹۸، به نقل از: ریاحی و همکاران، ۱۳۸۹). مدل تاثیر غیرمستقیم یا فرضیه ضربه گیر: بر اساس این مدل، حمایت اجتماعی صرفاً برای افرادی مفید و موثر است که تحت فشار روانی و استرس قرار دارند. در این حال، حمایت اجتماعی همانند سپری در مقابل ضربات ناشی از استرس، عمل کرده و نقش مدل ضربه گیر تعدیل کننده آثار منفی حوادث استرس زا را بازی می کند. به تعبیر دیگر، حمایت اجتماعی عمدتاً هنگامی که میزان استرس زیاد است بر سلامت روانی تاثیر می گذارد (سیم، ۲۰۰۷، به نقل از: قدسی، ۱۳۸۲). این کارکرد حفاظتی حمایت اجتماعی، تنها زمانی رخ می دهد که فرد با عامل تنش زای قوی رو به رو می شود (علی پور، ۱۳۸۵).

در موقعیت های کم استرس، اثر ضربه گیری حمایت اجتماعی یا بسیار کم است یا اصلاً عمل نمی کند. با مقایسه دو مدل، می توان گفت در مدل تاثیر مستقیم، فقدان یا کاهش در حمایت اجتماعی موجب آسیب ها و اختلالات جسمی و روانی می شود، در حالی که در مدل ضربه گیر یا تاثیر غیرمستقیم، فقدان یا کاهش حمایت اجتماعی به اضافه حضور استرس و افزایش آن است که موجب بروز چنین اختلالاتی می شود. شواهد موجود نشان دهنده تایید هر دو مدل است. بسیاری از نظریه پردازان بر این باورند که بازخوردها تلویحات ضمنی برای دریافت حمایت اجتماعی دارند و از این طریق، ادراکات و سازه های رفتاری فرد را تحت تاثیر قرار می دهند. عقیده بر این است که بازخوردها و ادراک حمایت اجتماعی مستقل از یکدیگر است و برهم انباشته می شوند؛ هر چند ممکن است تاثیر این متغیرها با یکدیگر همبستگی درونی و متقابل داشته باشد (آندریز^۸ و همکاران، ۱۹۷۸، به نقل از: سبزی و همکاران، ۱۳۹۱). بازخوردها و دریافت حمایت اجتماعی، عامل موثری در پیش بینی استفاده از مواد و مشروبات الکلی است. آندریز و همکاران (۱۹۷۸)، دریافتند که ارتباط متقابلی بین دریافت حمایت و بازخوردهای نوجوانان در مصرف ماری جوانا وجود دارد. به نظر آن ها بازخوردهای حمایتی بر رفتارهای تازه و گذرا تاثیر دارد؛ مثلاً در نوجوانان کم سن، بازخوردهای حمایتی موجب مصرف ماری جوانا می شود، اما در نوجوانان بزرگ تر، تاثیر دیگران و مخالفشان در ایجاد چنین رفتارهایی موثر است.

نظریه پردازان ایده تاثیر حمایت اجتماعی بر سلامتی، بر این نظر هستند که هر چه یگانگی فرد با اطرافیانش بیشتر باشد، حمایت اجتماعی بیشتری از او صورت می گیرد و به همین دلیل فرد کمتر در معرض بیماری قرار می گیرد. این اندیشمندان بر شاخص هایی مانند ازدواج، تعداد تماس های فرد با دیگران (تماس های حضوری تا تماس های تلفنی و پستی)، کیفیت تماس های مورد بحث و میزان دینداری فرد تأکید دارند. حمایت اجتماعی صرف نظر از اینکه فرد تحت استرس باشد یا نه، اثرهای سودمندی بر سلامتی دارد (علی پور، ۱۳۸۳) و نداشتن حمایت اجتماعی دارای پیامدهای منفی بر سلامتی افراد است.

یافته های کلدول^۹ و همکاران (۲۰۰۴) حاکی از این است که بین حمایت پدر و توجه مخصوص وی، با مصرف اندک الکل و هویت یافتگی رابطه معنی داری وجود دارد. تاثیر خانواده در شکل گیری هویت در پژوهش های مختلف تایید شده است (گرین^۷ و کامپ بل^{۱۰}، ۲۰۰۳، فابر و همکاران، ۲۰۰۳، بنسون و جانسون، ۲۰۰۸، به نقل از سبزی و همکاران، ۱۳۹۱) در مجموع نقش شیوه های فرزند پروری داشتن محیطی شفاف و صمیمی است (سبزی و همکاران، ۱۳۸۹).

حمایت اجتماعی درک شده، نظر افراد در مورد حمایت ارائه شده را منعکس می کند و اندازه شبکه اجتماعی نیز به همه افراد شناخته شده به وسیله فرد یا بیمار بر می گردد (شریفی و همکاران، ۱۳۸۴). با توجه به مسایل مطرح شده در بالا، می توان به این نکات اشاره کرد که در ایران به دلیل سازمان نیافتگی حمایت اجتماعی توسط مؤسسات و نهادهای ذیربط و نقش مهم و پررنگ خانواده و اقوام، حمایت ها بیشتر از جانب خانواده صورت می گیرد و انتظار حمایت به طور عمده از سوی خانواده مطرح می شود. با توجه به اینکه حمایت از جانب خانواده همانطور که قبلاً اشاره شد دارای ابعاد و انواع گوناگونی است و فرایند تأثیرگذاری حمایت اجتماعی از جانب خانواده می تواند اشکال و الگوهای متعددی را شامل شود؛ بنابراین ضروری به نظر می رسد الگوهای به کاررفته

⁶ Sarafynu

⁷ Siem

⁸ Andrews

⁹ Cold well

¹ Green

¹ Campbel

جهت افزایش امیدواری نسبت به زندگی در بیماران سرطانی از جانب خانواده مورد شناسایی واقع شود. تعیین الگو این امکان را به ما می‌دهد که بتوانیم ساختار حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن و تأثیر مستقیم و غیرمستقیم آن را بر امیدواری مورد ارزیابی قرار داده و راهبردهای مؤثر را برای کمک به حمایت اجتماعی خانواده معرفی نماییم. براساس نتایج پژوهش‌ها، منابع حمایتی فردی و اجتماعی می‌تواند نقش تعیین کننده ای در فرایند سازش یافتگی با بحران‌های زندگی مانند تشخیص سرطان داشته باشد؛ بنابراین، یکی از نقش‌های کلیدی خانواده و تیم پزشکی این است که یک محیط حمایتی ایجاد کنند (موس و شفر، ۱۹۸۴) در دهه‌های اخیر در مجلات عمومی برای اندازه گیری استرس، پرسشنامه‌هایی منتشر می‌شود و به خوانندگانی که در این پرسشنامه‌ها نمره‌های بالایی کسب می‌کنند، اخطار می‌شود اگر مایلند بیمار نشوند بهتر است از رویارویی با موقعیت‌های استرس زا اجتناب کنند؛ اما از طرفی، تغییر شرایط زندگی به عنوان یک رویداد استرس زا معمولاً به طور بالقوه با فرصت بیشتر برای داشتن یک زندگی بهتر، همخوان است. فردی که در یک جامعه مدرن زندگی می‌کند، با اجتناب از بسیاری از تغییرات زندگی که استرس زا هستند، ممکن است فرصت داشتن یک زندگی بارورتر را از دست بدهند؛ بنابراین، توصیه صرف به اجتناب از استرس در بسیاری از موقعیت‌ها ممکن است به رکود زندگی فرد منجر شود. درعین حال، در مطالعاتی که ارتباط بین استرس و بیماری را بررسی کرده اند، دامنه همبستگی‌ها بسیار گسترده بوده است

در مطالعه ای که طالقانی بر روی چگونگی تطابق با بیماری در ۲۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان انجام داد، دریافت که تطابق با سرطان پستان در زنان، دارای روند تکاملی مثبت بوده و در جهت تطابق هرچه بیشتر با بیماری است. راهبردهایی که این زنان جهت سازگاری با بیماری خود به کار می‌برند، شامل راهبرد مذهبی (پذیرش بیماری به عنوان مشیت خداوند: جنگ معنوی)، تفکر در مورد بیماری (تفکر مثبت، نظر مثبت، امید، فراموشی عمدی)، پذیرش حقیقت بیماری و عوامل اجتماعی و فرهنگی و در آخر حمایت اجتماعی بود. اکثر استراتژی‌های کاربردی توسط زنان ایرانی مثبت بودند. اعتقاد مذهبی یک نقش مهم را در این زنان ایفا می‌کرد (حیاتی و محمودی، ۱۳۸۷).

روش تحقیق

جامعه مورد مطالعه این پژوهش شامل کلیه معتادان مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد سینا در سال ۱۳۹۳ و افراد عادی هم‌تا با افراد وابسته به مواد مخدر بودند. نمونه مورد نظر در این پژوهش شامل ۴۰ نفر از افراد وابسته به مواد مخدر و ۴۰ نفر از افراد عادی که از نظر اغلب خصوصیات به جز وابستگی به مواد مخدر، با آنها هم‌تا بودند. در پژوهش حاضر با توجه به جامعه آماری مورد مطالعه از روش نمونه گیری در دسترس و هدفمند استفاده شد.

ابزار اندازه گیری

سرسختی روان شناختی: ابزار سرسختی یک مقیاس مداد - کاغذی است و دارای ۲۷ ماده می‌باشد که توسط نجاریان، مهرابی زاده و کیا مرثی، در سال ۱۳۷۷ ساخته و اعتباریابی شده است و هر ماده دارای ۴ گزینه (هرگز)، (به ندرت)، (گاهی اوقات) و (بیشتر اوقات) می‌باشد. درنمره گذاری برای هر ماده به ترتیب مقادیر ۰ و ۱ و ۲ و ۳ در نظر گرفته می‌شود. این مقیاس از طریق تحلیل عوامل بر روی یک نمونه ۵۲۳ نفری از دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز ساخته شد کیامرثی و همکاران برای سنجش روایی این مقیاس، همبستگی آن را همزمان با چهار ابزار یعنی پرسشنامه اضطراب (ANQ)، پرسشنامه افسردگی اهواز (ADI)، پرسشنامه خودشکوفایی مزلو (MSAI) و مقیاس روایی سازه ای سرسختی (HVS) محاسبه نمودند. ضرایب همبستگی به دست آمده به جز یکی از خرده مقیاس‌های (تعهد) همگی در سطح ۰.۵۰ معنی دار گزارش شدند. کیامرثی و همکاران (۱۳۷۷) برای سنجش پایایی مقیاس سرسختی از دو روش باز آزمایی با شش هفته فاصله و آلفای کرونباخ استفاده کردند که ضرایب در حد رضایت بخشی بودند.

مقابله با استرس: پرسشنامه راهبردهای لازاروس بر اساس سیاهه راهبردهای مقابله ای توسط لازاروس و فلکمن در سال ۱۹۸۰ ساخته شده است و در سال ۱۹۸۵ مورد تجدید نظر قرار گرفت. راهبردهای مقابله ای مجموعه ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش زا به کار می‌رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌شود؛ و دامنه وسیعی از افکار و اعمالی را که افراد هنگام مواجهه با شرایط فشار زایی دورنی یا بیرونی به کار می‌برند را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه بر مبنای نظریه لازاروس - فولکمن در مورد تنیدگی بنا شده است. به نظر آنها تفسیر و برآورد ما از رویدادها اهمیت بیشتری از خود رویدادها دارد. آنها معتقدند که ادراک فرد از موقعیت هاست که تنیدگی و شدت آنرا تعیین میکند بر این اساس پرسشنامه ای مشتمل بر ۶۶ گویه طراحی شد. نمونه ای که مقیاسهای مقابله ای از آن استخراج شد متشکل از ۷۵ زوج-سفید پوست از طبقه متوسط و متوسط بالا بودند که حداقل با یک کودک در هر خانه زندگی می‌کردند. تحلیل عاملی نهایتاً بروی ۷۵۰ مشاهده صورت گرفت و منجر به استخراج ۸ مقیاس ذیل شد (لازاروس و فولکمن ۱۹۸۳ اعتبار پرسشنامه از طریق آزمایش ثابت درونی اندازه‌های مقابله ای که به وسیله ضریب آلفای کرونباخ بدست آمده است مناسب تشخیص داده شده. آلدوین ورونسون نیز پرسشنامه تجدید نظر شده راههای مقابله ای را تحلیل عملی کرده و اعتبار آن را تایید کرده اند، در ایران بر روی نمونه ۷۵۰ نفر زوج میانسال و نمونه ۷۶۳ نفر دانش آموزان دوم و سوم دبیرستان هنجاریابی شده است.

مقیاس حمایت اجتماعی

برای سنجش حمایت اجتماعی از مقیاس حمایت اجتماعی (MOS) که در سال ۱۹۹۱ توسط شربورن و استوارت ساخته شد، استفاده می‌شود. این آزمون که میزان حمایت اجتماعی دریافت شده توسط آزمودنی را می‌سنجد، دارای ۱۹ عبارت و ۵ زیر مقیاس است. این زیر مقیاس‌ها عبارتند از: حمایت ملموس، که کمک‌های مادی و رفتاری را می‌سنجد، حمایت هیجانی، که عاطفه مثبت، همدردی و تشویق به بیان احساسات را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، اطلاع رسانی، که راهنمایی، اطلاع رسانی یا دادن بازخورد را می‌سنجد، مهربانی، که ابراز عشق و علاقه را می‌سنجد و تعامل اجتماعی مثبت، که وجود افرادی برای پرداختن به فعالیت‌های تفریحی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

این مقیاس یک ابزار خودگزارشی است و آزمودنی میزان مخالفت یا موافقت خود با هر یک از عبارات را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (هیچ وقت = ۱ امتیاز، به ندرت = ۲ امتیاز، گاهی اوقات = ۳ امتیاز، اغلب = ۴ امتیاز، همیشه = ۵ امتیاز) مشخص می‌سازد. پایین ترین امتیاز در این آزمون ۱۹ و بیشترین امتیاز ۹۵ است. برای به دست آوردن نمره کلی همه امتیازات با هم جمع می‌شوند. نمره بالای آزمودنی در این مقیاس بیانگر این است که آزمودنی از حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردار است. پایایی این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (شربورن و استوارت، ۱۹۹۱).

روش جمع آوری داده ها

اطلاعات مورد نیاز برای این تحقیق به روش کتابخانه ای و میدانی جمع آوری گردید. روند کار به این صورت بود که پس از مشخص شدن جامعه مورد مطالعه و انتخاب نمونه، پرسشنامه‌های مورد نیاز این تحقیق، ضمن راهنمایی‌های لازم جهت تکمیل آن، در اختیار افراد مورد مطالعه قرار گرفته و پس از تکمیل، جمع آوری شدند. مدت جمع آوری داده‌ها دو هفته بود.

آزمون‌های آماری

آمار توصیفی: مشتمل بر ویژگی‌های جمعیتی گروه نمونه، تهیه جدول توزیع فراوانی
آمار استنباطی: از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) و آزمون T برای گروههای مستقل استفاده شده است.

¹ Lazarou & Folkman 3

¹ Sherbourne & Stewart 4

تجزیه و تحلیل توصیفی داده ها

جدول ۱: آمارهای توصیفی متغیرهای پژوهش

حمایت اجتماعی	روش های مقابله با استرس	سرسختی روانشناختی	متغیرهای پژوهش	
			تعداد	گروه تحقیق
۴۰	۴۰	۴۰	تعداد	افراد عادی
۷۴/۰۷	۸۰/۴	۷۸/۱۷	میانگین	
۱۳/۰۸	۱۵/۴	۸/۴۱	انحراف استاندارد	
۴۰	۴۰	۴۰	تعداد	افراد وابسته به مواد مخدر
۶۹/۸	۷۱/۲۵	۷۲/۵۷	میانگین	
۱۶/۷۸	۱۹/۵۱	۸/۸۲	انحراف استاندارد	

جدول ۱ نشان می‌دهد در هر سه متغیر پژوهش میانگین نمرات افراد عادی بیشتر از میانگین نمرات افراد وابسته به مواد مخدر می‌باشد. بیشترین تفاوت در متغیر مقابله با استرس حدود ۹ نمره و کمترین آن در متغیر حمایت اجتماعی حدود ۴ نمره می‌باشد.

تجزیه و تحلیل استنباطی داده‌ها در چارچوب فرضیات

فرضیه (۱): بین سرسختی روان شناختی، روشهای مقابله با استرس و حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد مخدر و افراد عادی تفاوت وجود دارد. برای بررسی این فرضیه از مدل آماری تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده گردید. نتایج در جداول ۲ تا ۵ آورده شده است.

جدول ۲: آزمون سطح معناداری ام باکس

۹/۹۲	میزان باکس
۱/۵۸	مقدار f
۶	درجه آزادی اول
۴۴۰۸۰	درجه آزادی دوم
۰/۱۴۷	سطح معناداری

جدول ۲ سطح معناداری ام باکس نشان می‌دهد که میزان سطح معناداری یعنی $\text{sig} = 0/147$ از $0/0001$ بزرگتر است و از همگنی ماتریس‌های واریانس - کواریانس تخطی نکرده ایم؛ بنابراین ماتریس مشاهده شده متغیرهای وابسته بین افراد وابسته به مواد مخدر و افراد عادی متفاوت است.

جدول ۳: آزمون‌های چند متغیره

مدل آماری	ارزش	مقدار f	df فرضیه	خطای df	سطح معناداری	اندازه اثر
پیلائی	۰/۹۸۸	۲۱۳۸/۵۷	۳	۷۶	۰/۰۰۰	۰/۹۸۸
لامبدای	۰/۰۱۲	۲۱۳۸/۵۷	۳	۷۶	۰/۰۰۰	۰/۹۸۸
والکس	۸۴/۴۲	۲۱۳۸/۵۷	۳	۷۶	۰/۰۰۰	۰/۹۸۸
هاتلینگ	۸۴/۴۲	۲۱۳۸/۵۷	۳	۷۶	۰/۰۰۰	۰/۹۸۸

ریشه روی					
وضعیت گروه					
پیلائی	۰/۱۲۲	۰/۰۱۹	۷۶	۳	۳/۵۳
لامبدای	۰/۱۲۲	۰/۰۱۹	۷۶	۳	۳/۵۳
والکس	۰/۱۲۲	۰/۰۱۹	۷۶	۳	۳/۵۳
هاتلینگ	۰/۱۲۲	۰/۰۱۹	۷۶	۳	۳/۵۳
ریشه روی					

جدول (۳): سطح معناداری چهار آزمون پیلائی، لاندای والکس، هاتلینگ و ریشه روی کوچکتر از ۰/۰۵ می‌باشد یعنی وابستگی به مواد مخدر و عادی بودن در مدل نقش دارد؛ و در کل عملکرد افراد وابسته به مواد مخدر و افراد عادی متفاوت است.

جدول ۴: آزمون لوین

متغیر	مقدار f	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنادار
مقابله با استرس	۱/۱۶	۱	۷۸	۰/۲۸۵
سرسختی	۰/۰۱۸	۱	۷۸	۰/۸۹۲
حمایت اجتماعی	۳/۳۱	۱	۷۸	۰/۰۷۳

جدول (۴) آزمون لوین نشان می‌دهد که نمرات هر سه وضعیت مقابله با استرس، سرسختی و حمایت اجتماعی از شرط برابری و از همگنی واریانس پیروی می‌کنند.

جدول ۵: آزمون اثرات بین آزمودنی ها:

۱- ضریب تعیین (روش‌هایی مقابله با استرس) = ۰/۰۶۵		ضریب تعیین تعدیل شده = ۰/۰۵۳			
متغیر	مجموع مربعات آزادی	میانگین مربعات آزادی	مقدار f	سطح معناداری	اندازه اثر
روشهای مقابله با استرس	۱۶۷۴/۴۵	۱	۵/۴۱۸	۰/۰۲۳	۰/۰۶۵
سرسختی روان شناختی	۶۲۷/۲۰۰	۱	۸/۴۳	۰/۰۰۵	۰/۰۹۸
حمایت اجتماعی	۳۶۵/۵۱	۱	۱/۶۱	۰/۲۰۸	۰/۰۲۰
روشهای مقابله با استرس	۴۵۹۹۵۴/۴۵	۱	۱۴۸۸/۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵۰
سرسختی روان شناختی	۴۵۴۵۱۱/۲۵	۱	۶۱۱۲/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸۷
حمایت اجتماعی	۴۱۴۰۰۰/۳۱	۱	۱۸۲۷/۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵۹
روشهای مقابله با استرس	۱۶۷۴/۴۵	۱	۵/۴۲	۰/۰۲۳	۰/۰۶۵
سرسختی روان شناختی	۶۲۷/۲۰۰	۱	۸/۴۳	۰/۰۰۵	۰/۰۹۸
حمایت اجتماعی	۳۶۵/۵۱	۱	۱/۶۱	۰/۲۰۸	۰/۰۲۰
روشهای مقابله با استرس	۲۴۱۰۵/۱	۷۹	۳۰۹/۰۴		
سرسختی روان شناختی	۵۷۹۹/۵۵	۷۹	۷۴/۳۵		

	۲۲۶/۵	۷۹	۱۷۶۶۷/۱۷	حمایت اجتماعی
		۸۰	۴۸۵۷۳۴	روشهای مقابله با استرس
		۸۰	۴۶۰۹۳۸	سرسختی روان شناختی
		۸۰	۴۳۲۰۳۳	حمایت اجتماعی
۰/۰۸۶ = (ضریب تعیین تعدیل شده)	۰/۰۹۸ = (سرسختی روانشناختی)			
۰/۰۰۸ = (ضریب تعیین تعدیل شده)	۰/۰۲ = (حمایت اجتماعی)			

جدول (۵)، آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد که مقادیر ضریب تعیین تعدیل شده برای مقابله با استرس ۰/۰۵۳ و سرسختی ۰/۰۸۶ و حمایت اجتماعی ۰/۰۰۸ می‌باشد؛ یعنی روشهای مقابله با استرس ۵۳ درصد و سرسختی روان شناختی ۸۶ درصد و حمایت اجتماعی ۸ درصد از واریانس کل را تعیین می‌کند که دو متغیر سرسختی و روش‌های مقابله با استرس نقش اساسی در تغییرات واریانس کل دارند؛ بنابراین فرضیه شماره (۱) تحقیق تأیید می‌گردد.

فرضیه (۲): بین سرسختی روان شناختی افراد وابسته به مواد مخدر و افراد عادی تفاوت وجود دارد. برای آزمون این فرضیه از آزمون تی مستقل استفاده گردید؛ که نتایج حاصل در جداول زیر آورده شده است.

جدول ۶: آمار توصیفی سرسختی

وضعیت گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای انحراف از میانگین
افراد عادی	۴۰	۷۸/۱۷	۸/۴۱	۱/۳۳
افراد وابسته به مواد مخدر	۴۰	۷۳/۱۱	۸/۲	۱/۳۱

جدول ۷: آزمون لوین و آزمون t سرسختی

سرسختی روان شناختی	مقدار f	سطح معناداری	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری دو دامنه
	۰/۰۵۶	۰/۸۱	۲/۷	۷۸	۰/۰۰۹

جدول (۷) نشان می‌دهد که سطح معناداری آزمون لوین بزرگتر از ۰/۵ می‌باشد؛ بنابراین شرط برابری واریانس‌ها برقرار می‌باشد. همچنین نتایج آزمون t برای دو گروه مستقل نشان می‌دهد که تفاوت دو گروه وابسته به مواد مخدر و عادی در سرسختی روان شناختی، معنادار می‌باشد. ($p=0/009, df=78, t=2/7$) لذا می‌توان نتیجه گرفت که در سرسختی روان شناختی عملکرد افراد وابسته به مواد مخدر به طور معنادار کمتر از افراد عادی است. لذا فرضیه شماره ۲ تحقیق تأیید می‌گردد. فرضیه (۳): بین روشهای مقابله با استرس در افراد وابسته به مواد مخدر و افراد عادی تفاوت وجود دارد. برای آزمون این فرضیه از آزمون تی مستقل استفاده گردید؛ که نتایج حاصل در جداول (۸) و (۹) آورده شده است.

جدول ۸: آمار توصیفی روشهای مقابله با استرس

وضعیت گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
افراد عادی	۴۰	۸۰/۴	۱۵/۴۰
افراد وابسته به مواد مخدر	۴۰	۷۱/۲۵	۱۹/۵۱

جدول ۹: آزمون لوین و آزمون t روشهای مقابله با استرس

آزمون t			آزمون لوین		روشهای مقابله با استرس
سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری	مقدار F	
۰/۰۲۳	۷۸	۲/۳۳	۰/۲۸۵	۰/۱۶	

جدول (۹) نشان می‌دهد که سطح معناداری آزمون لوین بزرگتر از ۰/۵ می‌باشد؛ بنابراین شرط برابری واریانسها برقرار می‌باشد. همچنین نتایج آزمون t برای دو گروه مستقل نشان می‌دهد که تفاوت دو گروه وابسته به مواد مخدر و افراد عادی در روشهای مقابله با استرس معنادار می‌باشد. ($p=0/023$, $df=78$, $t=2/33$) لذا می‌توان نتیجه گرفت که در روشهای مقابله با استرس افراد عادی به صورت معنادار از افراد وابسته به مواد مخدر وضعیت مطلوب تری دارند؛ بنابراین فرضیه شماره ۳ تحقیق تایید می‌گردد. فرضیه (۴): بین حمایت اجتماعی افراد وابسته به مواد مخدر و افراد عادی تفاوت وجود دارد. برای آزمون این فرضیه از آزمون تی مستقل استفاده گردید. نتایج درجداول (۱۰) و (۱۱) آورده شده است.

جدول ۱۰: آمار توصیفی حمایت اجتماعی

وضعیت گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای انحراف از میانگین
افراد عادی	۴۰	۷۴/۰۸	۱۳/۰۹	۲/۰۷
افراد وابسته به مواد مخدر	۴۰	۷۰/۸۵	۱۵/۶۳	۲/۵

جدول ۱۱: آزمون لوین و آزمون t حمایت اجتماعی

آزمون t			آزمون لوین		حمایت اجتماعی
سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری	مقدار F	
۰/۳۲۲	۷۸	۰/۹۹۷	۰/۱۴۲	۲/۲	

جدول ۱۱ نشان می‌دهد که سطح معناداری آزمون لوین بزرگتر از ۰/۵ می‌باشد بنابراین شرط برابری واریانسها برقرار می‌باشد. همچنین نتایج آزمون t برای دو گروه مستقل نشان می‌دهد که تفاوت دو گروه وابسته به مواد مخدر و افراد عادی در حمایت اجتماعی معنادار نمی‌باشد. ($p=0/32$, $df=78$, $t=0/997$) لذا می‌توان نتیجه گرفت که در حمایت اجتماعی عملکرد دو گروه افراد وابسته به مواد مخدر و افراد عادی از هم تفاوت معناداری ندارند؛ بنابراین فرضیه شماره ۴ تحقیق تایید نمی‌گردد.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش

یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که:

بین روشهای مقابله با استرس، سرسختی روانشناختی و حمایت اجتماعی افراد وابسته به مواد مخدر و افراد عادی در کل تفاوت معناداری وجود داشت ولی از سه مولفه روشهای مقابله با استرس، سرسختی روانشناختی و حمایت اجتماعی دو ویژگی مقابله با استرس و سرسختی روانشناختی نقش تعیین کننده ای در مدل دارند. ولی مولفه حمایت اجتماعی نقش چندانی در مدل ندارد. این یافته منطبق با یافته‌های هریسون و همکاران^۵ (۲۰۰۲) می‌باشد که معتقد بودند بین سرسختی روانشناختی و پریشانی

¹ Harison

روانشناختی رابطه وجود دارد. همچنین، اندا، جاویدی، جفورد، کوموروسکی و یانزال (۱۹۹۱) افزایش بی شمار نوجوانانی که به اعتیاد و سوء مصرف مواد روی می‌آورند را به عنوان شاهدی از فشارهای روانی فزاینده و ناکارآمد بودن راهبردهای مقابله با استرس آنان در برخورد با این فشارها می‌دانند زیرا براساس برخی پژوهش‌ها مصرف مواد نوعی راهبرد مقابله‌ای به شمار می‌رود (هانا و نیکولا، ۲۰۰۳).

نتایج نشان داد، بین سرسختی روانشناختی افراد وابسته به مواد مخدر و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد؛ یعنی عملکرد افراد وابسته به مواد مخدر و افراد عادی طوری است که می‌توان تفاوت عملکرد در آزمون سرسختی روانشناختی را ناشی از وابستگی به مواد مخدر و عدم وابستگی به آن دانست. این یافته، همسو با یافته‌های زرگر و همکاران (۱۳۸۷) است که به این نتیجه رسیدند که بین سرسختی با آمادگی به اعتیاد رابطه منفی معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، افرادی که از سرسختی پایی برخوردارند، هم ممکن است آمادگی فعالانه و هم ممکن است آمادگی منفعلانه به اعتیاد داشته باشند. این نتیجه با یافته‌های مطالعات پیشین هماهنگ است (به طور مثال، مدی و همکاران، ۱۹۹۶). آنان همچنین اظهار داشتند با توجه به مولفه‌های تعهد، کنترل و مبارزه جویی متغیر سرسختی روانشناختی می‌توان پیش بینی نمود افرادی که واجد این ویژگی‌ها هستند در مقابل فشارهای شغلی، خانوادگی و اجتماعی که اغلب اجتناب ناپذیرند، تحمل بیشتری داشته و لزومی به استفاده از روش‌های غیر منطقی جهت کنترل هیجان‌های خود نداشته باشند.

برای تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، بین سرسختی روان شناختی و اعتیاد رابطه منفی وجود دارد؛ یعنی هرچقدر سرسختی روانشناختی پایین باشد افراد آمادگی بیشتری برای اعتیاد خواهند داشت

همچنین نتایج یافته‌ها حاکی از آن است که بین روشهای مقابله با استرس افراد وابسته به مواد مخدر و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد؛ یعنی عملکرد افراد وابسته به مواد مخدر و افراد عادی طوری است که می‌توان تفاوت عملکرد در آزمون روشهای مقابله با استرس را ناشی از وابستگی به مواد مخدر و عدم وابستگی به آن دانست. این یافته منطبق با یافته‌های جعفری‌بهداری خسروشاهی (۱۳۹۲) می‌باشد که بین راهبردهای مقابله‌ای و خودکارآمدی با گرایش به سوء مصرف مواد مخدر رابطه معناداری بدست آوردند؛ و همسو با یافته‌های ابراهیمی (۱۳۷۸) می‌باشد که ثابت کردند شیوه‌های مقابله‌ای معتادان با گروه گواه متفاوت بود.

همچنین یافته‌های این پژوهش یافته‌های بال (۲۰۰۵)، را تأیید می‌کند که به این نتیجه دست یافت که بین راهبردهای مقابله‌ای ضعیف و شیوه‌های حل مسئله نامناسب با مصرف مواد رابطه وجود دارد. همچنین با یافته‌های آرمالی و همکاران (۲۰۰۰) به نقل از عشرتی (۱۳۸۹) که به بررسی ارتباط بین راهبردهای مقابله و مصرف مواد پرداختند و نتایج آنها حاکی از آن بود که کمبود راهبردهای مقابله‌ای انطباقی و انتظار مثبت در مورد مواد به طور مستقل و اشتراکی مصرف مواد را تشویق می‌کند، همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت به کار بردن راهبردهای نامناسب در رویارویی با عوامل فشارزا می‌تواند موجب افزایش مشکلات گردد، در حالی که راهبردهای درست مقابله‌ای می‌تواند پیامدهای سودمندی در پی داشته باشد (بن زور و رشف، ۲۰۰۳). براساس برخی پژوهش‌ها مصرف مواد نوعی راهبرد مقابله‌ای به شمار می‌رود (هانا و نیکولا، ۲۰۰۳). معتادان به طور کلی از کمبود مهارت‌های مقابله‌ای مناسب در مقابل حل مسائل خود رنج می‌برند و وابستگی به مصرف مواد مخدر نوعی مقابله‌ای برای اجتناب از شرایط فشارزا می‌باشد.

نتایج بدست آمده در این پژوهش نشان داد، بین حمایت اجتماعی افراد وابسته به مواد مخدر و افراد عادی تفاوت معناداری وجود ندارد. اگرچه عملکرد افراد عادی اندکی بیشتر از افراد وابسته به مواد مخدر است ولیکن این تفاوت به اندازه‌ای نیست که آنرا ناشی از وابستگی به مواد مخدر و عدم وابستگی به آن دانست. این یافته منطبق بر یافته‌های سبزی و همکاران (۱۳۹۰) می‌باشد که در پژوهش خود رابطه معناداری بین حمایت اجتماعی با تاب آوری در برابر سوء مصرف مواد بدست نیاوردند.

ولیکن این یافته بر خلاف یافته‌های طبیعی، ابوالقاسمی و علیلو، می‌باشد که در تحقیقی به مقایسه حمایت و محرومیت اجتماعی در معتادین به مواد مخدر و افراد بهنجار پرداختند و نتایج پژوهش آنها نشان داد که معتادین به مواد مخدر در مقایسه با افراد بهنجار

از حمایت اجتماعی کمتری برخوردارند و از محرومیت‌های اجتماعی چندگانه رنج می‌برند و تحلیل رگرسیون چندمتغیری نیز نشان داد که حمایت اجتماعی پایین، محرومیت اجتماعی معتادین را پیش بینی می‌کند. این پژوهش همچنین با یافته‌های آندریز^۷ و همکاران (۱۹۷۸)، که دریافتند ارتباط متقابلی بین دریافت حمایت و بازخوردهای نوجوانان در مصرف ماری جوانا وجود دارد، همسو نیست به نظر آنها بازخوردهای حمایتی بر رفتارهای تازه و گذرا تاثیر دارد؛ مثلاً در نوجوانان کم سن، بازخوردهای حمایتی موجب مصرف ماری جوانا می‌شود، اما در نوجوانان بزرگ تر، تاثیر دیگران و مخالفتشان در ایجاد چنین رفتارهایی موثر است. در خصوص تبیین این نتایج می‌توان گفت ممکن است یکی از دلایل عدم تطابق نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های دیگر استفاده از ابزار متفاوت جهت سنجش حمایت اجتماعی آزمودنی‌ها و همچنین جامعه و نمونه مورد آزمون متفاوت باشد.

مراجع

- برزوه، ژان. (۱۳۶۸). اعتیاد و شخصیت. مترجم توفان گرگانی، انتشارات انقلاب اسلامی.
- بهادری خسروشاهی، جعفر. ارتباط راهبردهای مقابله ای و خودکارآمدی با گرایش به سوء مصرف مواد در دانشجویان. مجله دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی ۱۳۹۲؛ ۱۴(۳).
- حاجی آقاجانی، سعید؛ اسدی، احمدعلی. (۱۳۷۸). روان پرستاری بهداشت روان. تهران: انتشارات شری.
- حسن نژاد، نادر؛ هداوندخانی، فاطمه؛ احمدی، پریچهر؛ خانجانی، زینب. رابطه سرسختی و حمایت اجتماعی با سازگاری: مطالعه ای بر روی بیماران مالتیپل اسکلروزیس. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۱؛ ۲۱(۴)، ۴۷۴-۴۶۵.
- حیاتی، فرخنده؛ محمودی، محمود. راهبردهای مقابله با استرس در زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران. فصلنامه بیماری های پستان ایران ۱۳۸۷؛ ۱(۲).
- دهخدا، علی اکبر. (۱۳۷۷)، لغت نامه. تهران: موسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران، چاپ دوم از دور جدید.
- رضایی فرد، مصطفی. نقش هنر در پیشگیری از اعتیاد جامعه. مقاله نامه همایش اندیشه ای برای نجات ۱۳۶۵: ۳ و ۴
- رمایی، علی؛ مریدی، گلرخ؛ عاصمی، آرزو. بررسی روش های مقابله با استرس در معتادان در حال ترک مقیم در مراکز بازپروری شهر سمنان و کامیاران. فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه ۱۳۸۷؛ ۱(۱): ۴۲-۳۶.
- ریاحی، محمد اسماعیل؛ علی وردی نیا، اکبر؛ وپورحسینی، سیده زینب. بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی ۱۳۸۹؛ ۱۰(۳۹): ۸۵-۱۲۱.
- زارعی، سلمان؛ اسدی، زهرا. مقایسه ویژگی های شخصیتی و سبک های مقابله با استرس در نوجوانان معتاد و بهنجار. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد ۱۳۹۰؛ ۵(۲۰).
- زرگر، یداله؛ نجاریان، بهمن؛ نعیمی، عبدالزهرا. بررسی رابطه ویژگی های شخصیتی (هیجان خواهی، ابراز وجود، سرسختی روان شناختی)، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی اعتیاد به مواد مخدر در کارکنان یک شرکت صنعتی در اهواز. مجله علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز ۱۳۸۷؛ ۳(۱): ۹۹-۱۲۰.
- سبزی، محمد؛ رفیعی، حسن؛ علی پور، فردین. رابطه کنترل اجتماعی و حمایت اجتماعی با تاب آوری در برابر سوء مصرف مواد در پسران دارای پدر معتاد، فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی ۱۳۹۱؛ ۱۳(۵۰): ۲۱۴-۲۱۳.
- سموعی، راحله؛ ابراهیمی، امراله؛ موسوی، سیدغفور؛ حسن زاده، اکبر؛ رفیعی، سعید (۱۳۷۹). الگوی مقابله با استرس در معتادین خودمعرف: مرکز اعتیاد اصفهان. مجله اندیشه و رفتار ۱۳۷۹؛ ۶(۲): ۶۹-۶۳.
- شریفی، خلیل؛ عریضی، حمیدرضا؛ نامداری، کوروش (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین عملکرد خانواده و سرسختی روانشناختی در دانش آموزان. فصلنامه دانشور رفتار ۱۳۸۴؛ ۱(۲): ۹۴-۸۵.

- عشرتی، طیبه. بررسی رابطه ساختاری برخی عوامل روان شناختی خطرزا و محافظت کننده آمادگی به اعتیاد در دانش آموزان سال سوم دبیرستان مشهد، پایان نامه کارشناسی ارشد بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، ۱۳۸۹.
- عطاری یوسفعلی؛ نبوی حصار، جمیله؛ یوسفی، ناصر؛ نیسی، عبدالکاسم. مقایسه سرسختی روانشناختی، هیجان خواهی و سنخ شخصیتی الف غیرسمی و سمی در بین مردان و زنان مبتلا به سرطان و افراد عادی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی شهر اهواز، مجله علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز ۱۳۸۳؛ (۱ و ۲).
- علی پور، احمد. ارتباط حمایت اجتماعی با شاخص های ایمنی بدن در افراد سالم و بررسی مدل تاثیر کلی، مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی روان، اندیشه و رفتار ۱۳۸۵؛ ۱۲(۲): ۱۳۹-۱۳۴
- قاسم زاده فرید. (۱۳۷۶). استرس و ریشه یابی عوامل ایجاد کننده و راه های مقابله با آن. تهران: موسسه فرهنگی علمی انتشاراتی پزشک.
- قدسی، علی محمد. بررسی جامعه شناختی رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی، پایان نامه دکتری رشته جامعه شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۸۲.
- کیامرثی، آذر؛ نجاریان، بهمن؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز. ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش سرسختی روانشناختی. مجله روانشناسی ۱۳۷۷؛ (۳).

- Allender JA, Jadith AN, Spredly BW. Community health nursing concepts and practice. 3 Ed. Philadelphia: Lipincott 2004: 155- 65.
- Andrews FM, Tennant C, Hewson DM, Vaillsnt GE. Life event stress, social support, coping style and risk of psychological impairment, The Journal of Nervous and Mental Disease 1978; 166: 307-316.
- Ball S.A. Personality traits, problem, and disorders: clinical applications to substance use disorder. Journal of research in personality 2005; 39: 84-102.
- Ben-Zur H, Reshef Y. Risk taking and coping strategies among Irish adolescents. Journal of Adolescence 2003; 26(3): 255- 265
- Folkman S, Lazarus RS. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. Journal of personality and social psychology 1984;50(5):992.
- Gennadij GK, Helenn DW. Personality and substance use Russian youths: The predictive and moderating role of behavioral activation and gender. Journal of personality and Individual Differences 2004; 34: 827-843.
- Hannah R, Nicola S. Low emotional intelligence as a predictor of substance – use problems. Journal of Drug Education 2003; 33: 391- 398
- Kobasa, S. C., & Maddi, S. R. (1992). Early experience in hardiness development. Consulting Psychology journal and research 1992; 51(2): 106-116.
- Maddi SR, Wadhwa P, Haier RJ. Relationship of hardiness to alcohol and drug use in Adolescents. Drug alcohol abuse 1996; 22(2): 247- 257
- Mckee SA, Hinson RE, Wall AM, Spriel P. Alcohol outcome expectancies and coping styles as predictors of alcohol use in young adults. Addictive behaviors. 1998 Jan 1;23(1):17-22.
- Reed E, Amaro H, Matsumoto A, Kaysen D. The relation between interpersonal violence and substance use among a sample of university students: examination of the role victim and perpetrator substance use. Addictive Behaviors 2009; 34, 316- 318.