

رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای با عود اعتیاد

مجید فرهمندثابت^۱، شیرین ایزدی^۲، عفت بهرامی^۳

107-130

تاریخ پذیرش: 1394/09/28

تاریخ وصول: 1394/07/15

چکیده

هدف از انجام این پژوهش بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای با عود اعتیاد بود. جامعه این پژوهش دربرگیرنده افراد معتاد در حال ترک شهرستان بهار بود. 130 نفر از این معتادان با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای اندازه‌گیری شامل مقیاس چند وجهی حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران و پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای فولکمن و لازاروس و مصاحبه بود. روش پژوهش، همبستگی از نوع پیش‌بینی است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل شاخص‌های مرکزی و پراکندگی استفاده شده است و از آمار استنباطی جهت آزمون فرضیه‌های نظیر ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد. تحلیل رگرسیون نشان داد حمایت اجتماعی ضعف پیش‌بینی کننده عود اعتیاد می‌باشد. همچنین، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجانی با عود اعتیاد رابطه دارد در صورتی که راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار با کاهش عود اعتیاد رابطه دارد. نتایج این پژوهش نشان داد که با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی معتادان می‌توان احتمال عود بیماری را بررسی کرد و در نهایت، با آموزش شیوه‌های ارتباطی و راهبردهای مقابله‌ای مناسب از عود اعتیاد جلوگیری کرد و در نهایت هزینه‌های مربوط به آن را در جامعه کاهش داد.

واژگان کلیدی: اعتیاد، حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای.

1 - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز (نویسنده مسؤول: M.Farahmand93@gmail.com)

2 - کارشناس ارشد کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز

3 - کارشناس روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور همدان

مقدمه

وابستگی به مواد شامل عوامل مختلفی است که ممکن است به صورت هم‌زمان و یا به دنبال هم درمورد یک فرد وجود داشته باشد. اما این که چه عواملی منجر به پدیدایی قطعی وابستگی به مواد می‌شود و چه عواملی احياناً بعد از وابستگی موجب تداوم و ثبات آن می‌شود، اتفاق نظر کاملی وجود ندارد. در بین عوامل مؤثر در ابتلا به اعتیاد، عوامل روانشناختی از جمله عوامل مهمی محسوب می‌شود. در رابطه با این عوامل می‌توان به عواملی چون حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای اشاره کرد.

یکی از متغیرهایی که می‌تواند در اعتیاد نقش داشته باشد، راهبردهای مقابله‌ای است. امروزه تنیدگی روانی جزء جدانشدنی زندگی بشر شده است و در تعیین سلامت و یا بیماری اهمیت دارد. به نظر می‌رسد افراد در موقعیت تنیدگی‌زا از شیوه‌های مقابله‌ای متفاوتی استفاده می‌کنند. از نظر لازاروس و فولکمن (1984)، شیوه‌های مقابله‌ای با تنیدگی فرایند مشخص‌کننده خواسته‌ها و الزامات درونی و بیرونی و فرایندی فعال و هدفمند برای پاسخدهی به محرکی است که تهدید‌کننده یا مستلزم استفاده از منابع ادراک شده است. در واقع، روش مقابله یک حالت و رگه فردی ثابت نیست، بلکه یک فرایند تعاملی است که همواره بر اثر تجربه، تغییر می‌یابد و اصلاح می‌شود. در این جهت، دو راهبرد مقابله حل مسأله و هیجانی مطرح شده‌اند. در راهبرد مقابله حل مسأله، افراد با تعریف و ارزیابی دقیق مشکل و بررسی امکان تغییر یا تسلط بر آن، تلاش می‌کنند تا اثرات نامطلوب تنیدگی روانی

را کاهش دهند. از سوی دیگر، در راهبرد مقابله هیجانی، افراد با فراموش کردن مشکل و یا جلب حمایت‌های عاطفی، اضطراب و نگرانی خود را کاهش می‌دهند (اندر و پارکر، 1990). پیتر (1998) معتقد است شیوه‌ای مقابله‌ای، فعالیت‌های شناختی و رفتاری‌اند که به منظور کاهش منابع یا آثار تنیدگی به کار گرفته می‌شوند. از این دیدگاه، افراد وابسته به مواد در روبه‌رو شدن با استرس، مهارت‌های مقابله‌ای ناسازگارانه (نامناسب) را به کار برده (کرلیور و مارلات^۱، 1995) و یا بر طبق فرضیه خوددرمانی، مصرف مواد را وسیله‌ای برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا می‌دانند (مورفی^۲، 1995). به عبارت دیگر، با توجه به این که مصرف کنندگان مواد سطوح بالاتری از اضطراب و درماندگی را گزارش می‌کنند، رفتار سوءمصرف مواد، خود ممکن است به‌عنوان شکلی از مقابله ناسازگار باشد که در جهت کاهش عواطف منفی عمل می‌کند (ویل و شیفمن^۳، 1985). بنابراین، مطابق تحقیقات انجام شده، فقدان راهبردهای مقابله‌ای سازگار، یک عامل سوق دهنده به سوی مصرف مواد است و به تداوم مصرف مواد کمک می‌کند. چندین محقق به اهمیت آموزش شیوه‌های سازگارانه مقابله با استرس، به افراد وابسته به مواد تأکید کرده‌اند (کرلیور و مارلات، 1995). در مطالعه‌ای بر روی 309 نفر (159 زن الکلی و 150 زن غیر الکلی) در فاصله سنی 20 تا 49 سال، میزان استفاده از انواع راهبردهای مقابله‌ای مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد زنان الکلی به طور معنی‌داری از راهبردهای مقابله‌ای

1. Collier & Marlatt
2. Murphy
3. Will & Shiffman

ناسازگارانه (اجتناب مدار از قبیل انکار، رهایی از قدهای رفتاری و روانی و انزوا^۱) استفاده می‌کردند، درحالی که زنان غیر الکلی به‌طور معنی‌داری، بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار استفاده می‌کردند. همچنین، در این مطالعه آشکار شد که میزان جستجوی حمایت اجتماعی زنان الکلی به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از گروه غیر الکلی بود. زنان الکلی گزارش کردند که تمایلی برای صحبت کردن در مورد مشکلات با اعضای خانواده و دوستان خود ندارند (میچلز^۲ و همکاران، 1999). در مطالعه‌ای دیگر، نتایج نشان داد که بیماران وابسته مواد از روش‌های حل مسئله، ارزیابی شناختی و جلب حمایت اجتماعی به‌طور قابل توجهی کمتر از گروه شاهد و از روش‌های مهار جسمانی و مهار هیجانی بطور قابل توجهی بیشتر از گروه شاهد استفاده می‌کنند (طوفانی و جوانبخت، 2003). در تحقیق دیگری بر افراد وابسته به مواد افیونی نیز نتایج مشابهی به دست آمد، با این تفاوت که از لحاظ جلب حمایت اجتماعی بین گروه معتاد و غیرمعتاد هیچ تفاوت معناداری یافت نشد (حاجی‌پور، 2003).

همچنین، فرایند توقف سوءمصرف مواد و پایان دادن به روابط با معتادین به شدت استرس‌آور است و نیازمند منابع و روابط حمایتی جدید است (استونسون^۳، 2009). حمایت اجتماعی ادراک شده با افزایش سلامت روانشناختی فرد، همانند سپری علیه عود پس از درمان عمل می‌کند (داج و پوتوکی^۴، 2000؛

1. Isolation
2. Michaels
3. Stevenson

سلمون^۱ و همکاران، 2000). داویس و جیسون^۲ (2005) نیز به این نتیجه رسیدند که پرهیز از مصرف مواد به طور مثبت با دریافت حمایت اجتماعی در ارتباط است. نشان داده شده است که در طی مراحل ابتدای درمان، حمایت دیگران جهت ترک مصرف از اهمیت زیادی برخوردار است (وارن^۳ و همکاران، 2007). البته، برخی تحقیقات (مک دونالد^۴ و همکاران، 2004) نیز نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی همیشه پیش‌بینی کننده مراحل بهبودی نیست.

بررسی شواهد پژوهشی مورد اشاره دو نتیجه قابل توجه را تصریح می‌کند. نخست آنکه سهم عوامل روان‌شناختی نظیر حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای در آغاز و یا احتمالاً تداوم مصرف مواد نقشی قابل توجه به عهده دارند و دوم آنکه علی‌رغم اهمیت این متغیرهای روان‌شناختی کماکان ابهام اساسی وجود دارد. این ابهام به این نکته با اهمیت تصریح دارد که این متغیرها که در مطالعات جداگانه نقشی را در تفکیک بیماران معتاد و غیر معتاد ایفا می‌کنند، در یک مدل جامع در کنار یکدیگر چگونه قادر به ایفای نقش خواهند بود. این موضوع هم از جهت نظری بسیار با اهمیت است و هم واجد پیامدهای عملیاتی است. از جنبه نظری، ارزیابی سهم هر یک از این دسته متغیرها در یک مطالعه همزمان، می‌تواند اهمیت نسبی متغیرهای راهبردهای مقابله‌ای را در مقایسه با متغیر حمایت اجتماعی مشخص سازد. از این زاویه این پرسش اساسی مطرح است که این دو دسته متغیر چگونه

-
1. Dodge & Potocky
 2. Salmon
 3. Davis & Jason
 4. Warren
 5. McDonald

قادرند تا عود اعتیاد را پیش‌بینی کنند؟ به علاوه، مطالعه همزمان این متغیرها دارای مزیت دیگری نیز است. در صورتی که بتوان سهم تفکیکی هر دسته از متغیرها را بازشناسی کرد، می‌توان برنامه‌ای اثربخش برای درمان اعتیاد طراحی کرد. فرضیه‌های پژوهش حاضر به شرح زیرمورد بررسی قرار می‌گیرند:

1- حمایت اجتماعی پیش‌بینی کننده عود اعتیاد می‌باشد.

2- راهبردهای مقابله پیش‌بینی کنند عود اعتیاد می‌باشد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش در برگیرنده کلیه معتادان درحال ترک در مراکز ترک اعتیاد مجاز شهرستان بهار استان همدان در سال 1393 می‌باشد. از بین این معتادان، 130 معتاد به شکل نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای در اختیار معتادان قرار گرفت و به صورت خودگزارشی پر شد. در ضمن، تعداد مصرف مواد بعد از گذشت حداقل یک ماه پاکی نیز به صورت مصاحبه از بیماران جمع‌آوری شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه جمعیت شناختی:

پرسشنامه‌ای محقق ساخته که حاوی اطلاعاتی در زمینه وضعیت آزمودنی‌ها از قبیل سن، وضعیت تحصیلی، تأهل، وضعیت شغلی، محل سکونت، اطلاعات خانوادگی، سابقه مصرف و نوع مصرفی بود.

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده:

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل «مقیاس چندوجهی حمایت اجتماعی ادراک شده»¹ می‌باشد که در سال 1988 توسط زیمت و همکاران برای ارزیابی ادراک شرکت‌کننده از کفایت منابع حمایت اجتماعی شامل خانواده، دوستان و فرد مهم در زندگی شرکت‌کننده ساخته شده است. این مقیاس، مرکب از 12 گویه است که سه مؤلفه: حمایت ادراک‌شده از سوی خانواده (4 گویه)، حمایت ادراک‌شده از سوی دیگران مهم (4 گویه) و حمایت ادراک‌شده از سوی دوستان (4 گویه) را سنجش می‌کند. همه گویه‌های این مقیاس، بر اساس یک طیف 5 درجه‌ای (بسیار موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف و بسیار مخالف) درجه‌بندی شدند. دامنه نمرات این مقیاس، 12 الی 60 بوده است. سازندگان مقیاس، برای ارزیابی اعتبار ممیز خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی، از مقیاس مراقبت خانوادگی نوجوانان (AFCS) استفاده کردند. آن‌ها همبستگی میان مؤلفه‌های حمایت خانوادگی، حمایت از سوی دیگران مهم و حمایت دوستان را به مقیاس مراقبت خانوادگی نوجوانان به ترتیب، برابر با $(r=0/76, P<0/001)$ ؛ $(r=0/33, P<0/001)$ ؛ $(r=0/48, P<0/001)$ محاسبه کردند. آن‌ها، هماهنگی درونی ماده‌های مقیاس حمایت اجتماعی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ، به ترتیب برابر با 0/91، 0/89 و 0/91 محاسبه کردند. مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده در ایران نخستین بار توسط مسعودنیا به فارسی برگردانده شد. در آن مطالعه، با استفاده از تحلیل مولفه‌های اصلی بر روی 12 ماده

این مقیاس، 3 عامل شناخته شدند. این عوامل عبارتند از حمایت از سوی دوستان، حمایت از سوی خانواده و حمایت از سوی دیگران مهم. برای محاسبه میزان پایایی درونی مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده، از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید. نتایج آن مطالعه نشان داد که میزان پایایی درونی مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده، به طور کلی، برابر با 0/89 و برای خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سوی دوستان، حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سوی خانواده، حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سوی دیگران مهم، به ترتیب برابر با 0/78، 0/81 و 0/87 بوده است.

مقدار آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های این مقیاس در پژوهش رستمی و همکاران (1388) بین 0/76 و 0/89 گزارش شده است.

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای:

این پرسشنامه توسط فولکمن و لازاروس در سال 1984 طراحی شد که شامل 66 ماده است که 8 روش مقابله‌ای مسئله محور و هیجان محور را اندازه‌گیری می‌کند. این 8 مقیاس به دو دسته مسأله محور (حمایت اجتماعی زیاد 16-18، متوسط 9-15، کم 0-8 / مسئولیت‌پذیری زیاد 8-12، متوسط 3-7، کم 0-2 / مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده زیاد 14-18، متوسط 8-13، کم 0-7) و هیجان‌محور (رویارویی زیاد 12-18، متوسط 6-11، کم 0-5 / دوری‌گزینی زیاد 14-18، متوسط 7-13، کم 0-6 / فرار اجتنابی زیاد 12-24، متوسط 4-11، کم 0-3 / خویشنداری زیاد 16-21، متوسط 10-15، کم 0-9) تقسیم می‌شود.

لازاروس ثبات درونی 0/79 تا 0/66 را برای هریک از روش‌های مقابله‌ای ذکر کرده است. زیر مقیاس‌های آن عبارتند از:

مقابله رویارویی: این روش مجموعه رفتارهای تهاجمی است که افراد جهت حل مشکل به کار می‌برند و متضمن درجاتی از ابراز خصومت و ریسک در عملکردها است. این قسمت شامل 6 ماده است: مواد 6، 34، 28، 17، 7 و 46

دوری‌گزینی یا فاصله‌گیری: مجموعه رفتارهای شناختی را ذکر می‌کند که فرد یا گروه برای دوری از منبع ایجاد مشکل و یا اجتناب از این منبع در جهت کاهش اهمیت آن به کار می‌برند و شامل 6 ماده است: مواد 12، 13، 15، 21، 41 و 44

خویش‌داری: این روش مجموعه عکس‌العمل‌هایی است که واکنش‌های احساساتی افراد را به هنگام برخورد با منبع ایجادکننده مشکل و ممانعت از ابراز این عکس‌العمل‌ها توسط افراد را دربرمی‌گیرد و شامل 7 ماده است: مواد 10، 14، 35، 43، 54 و 62 و 63

جستجوی حمایت اجتماعی: تلاش‌های فرد برای کسب حمایت اطلاعاتی و حمایت‌های ملموس، حمایت عاطفی را بازگو می‌کند. این الگو شامل 6 ماده است: مواد 8، 18، 22، 31، 42 و 45

مسئولیت‌پذیری: این روش شامل مجموعه واکنش‌هایی است که پذیرش نقش فرد در ایجاد مشکل را از طریق تلاش‌های مداوم او در اصلاح موقعیت موجود نشان می‌دهد و شامل 4 ماده می‌باشد: 9، 25، 29 و 51

فرار- اجتناب: این روش افکار آرزومندانه یا کوشش‌های رفتاری در جهت فرار یا اجتناب از موقعیت مشکل‌زا را توصیف می‌کند و شامل گریز از موقعیت است که 8 ماده را در برمی‌گیرد: مواد 11، 16، 33، 40، 50، 58 و 59

مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده: مجموعه افکار و کوشش‌های سنجیده و متمرکز برخورد با مشکل توأم با به کارگیری رویکردهای تحلیل‌گرایانه برای مشکل‌گشایی می‌باشد. این الگو شامل 6 ماده است: مواد 1، 26، 39، 48، 49 و 52

ارزیابی مجدد مثبت: مجموعه تلاش‌هایی است که در جهت ایجاد مفاهیم مثبت با توجه به درجه تکامل فردی اطلاق می‌گردد. این روش ممکن است ابعاد مذهبی را شامل شود و شامل 7 ماده است: مواد 20، 23، 30، 36، 38، 56 و 60

این الگوهای 8 گانه به دو دسته روش‌های مسئله محور (حمایت اجتماعی، مسؤلیت‌پذیری، مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان‌محور (رویارویی، دوری‌گزینی، فرار- اجتناب و خویش‌داری) تقسیم شده است (بدری گرگری، 1374).

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها در پژوهش حاضر با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS صورت گرفت. در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. در بخش آمار توصیفی، از شاخص‌هایی چون میانگین و جدول توزیع فراوانی جهت نشان دادن وضعیت داده‌ها استفاده شد. همچنین برای واریس سؤالات و فرضیه‌های پژوهش از رگرسیون استفاده شد.

یافته‌ها

این پژوهش با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای با عود اعتیاد صورت گرفت. داده‌ها از 130 مرد معتاد در حال ترک به دو صورت مراکز ترک اعتیاد میان مدت و سرپایی جمع‌آوری شد. به طوری که 50 بیمار معتاد در مرکز میان مدت مستقر بودند و 80 بیمار در مرکز درمان سرپایی تحت درمان متادون بودند. جدول 1 وضعیت جمعیت‌شناختی نمونه مورد بررسی را نشان می‌دهد.

جدول 1. آماره‌های توصیفی شرکت‌کننده‌ها

مدت سوء مصرف به سال	سن		
۷/۹۲	۲۸/۵	میانگین	افراد
۴/۸۴	۶/۷۲	انحراف معیار	معتاد

همان‌طور که در جدول زیر قابل مشاهده است، راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار همبستگی مثبت با عود اعتیاد و راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار همبستگی منفی با عود اعتیاد دارد. در ادامه، برای ارزیابی و بررسی فرضیات از روش رگرسیون می‌شود.

فرضیه 1: حمایت اجتماعی ادراک شده پیش‌بینی کننده عود اعتیاد می‌باشد. برای آزمون این فرضیه از روش آماری رگرسیون چندگانه هم‌زمان استفاده شده است. بدین منظور، تحلیل رگرسیون متغیر ملاک بر اساس نمرات متغیر پیش‌بین حمایت اجتماعی ادراک شده و زیر مقیاس‌ها آن مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج رگرسیون نشان‌دهنده ضریب تعیین $0/168$ ($R^2 = 0/168$) می‌باشد. یعنی تقریباً 17٪ از متغیر عود اعتیاد توسط حمایت اجتماعی ادراک شده (حمایت خانواده و حمایت دوستان و حمایت دیگران) تبیین می‌شود (جدول 3).

جدول 3. تحلیل رگرسیون نمرات متغیر ملاک بر اساس نمرات متغیر پیش‌بین حمایت اجتماعی ادراک شده

مدل	R	R ²	R ² تعدیل شده	انحراف استاندارد	F	سطح معنی داری	دوربین واتسون
1	0/41	0/168	0/156	12/25775	9/969	0/001	2/06

همان‌طور که جدول 3 نشان می‌دهد F به دست آمده معنی دار است. این مطلب گویای آن است که حداقل یکی از مؤلفه‌های متغیر پیش‌بین در پیش‌بینی متغیر ملاک معنی دار است. بنابراین، لازم است تک تک مؤلفه‌ها را آزمود و سهم تبیینی هر یک از آن‌ها را در پیش‌بینی مشخص نمود (جدول 4).

جدول 4. پیش‌بینی متغیر عود اعتیاد از روی مولفه‌های متغیر پیش‌بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده

متغیر	B	انحراف استاندارد	β	t	سطح معنی‌داری
حمایت اجتماعی دیگران	0/112	0/312	0/037	-0/358	0/721
حمایت اجتماعی خانواده	-0/851	0/294	-0/278	2/897	0/004
حمایت اجتماعی دوستان	-0/611	0/252	-0/202	2/423	0/017

با توجه به ضرایب بتا مندرج در جدول 4 معلوم می‌شود که از بین مؤلفه‌های متغیر پیش‌بین، حمایت اجتماعی خانواده ($\beta = -0/278$ و $P < 0/004$) و دوستان ($\beta = -0/202$ و $P < 0/017$) به شکل معنی‌داری عود اعتیاد را تبیین می‌کند.

فرضیه 2: راهبردهای مقابله‌ای پیش‌بینی‌کننده عود اعتیاد معتادان است.

برای آزمون این فرضیه از روش آماری رگرسیون هم‌زمان استفاده شده است. بدین منظور، تحلیل رگرسیون متغیر ملاک بر اساس مولفه‌های هیجان‌مداری و

مسأله‌مداری و سایر زیر مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج رگرسیون نشان‌دهنده ضریب تعیین $0/22$ ($R^2 = 0/22$) می‌باشد. یعنی 22% از متغیر عود اعتیاد توسط راهبردهای مقابله‌ای تبیین می‌شود (جدول 5).

جدول 5. تحلیل رگرسیون نمرات متغیر ملاک بر اساس نمرات متغیر پیش‌بین راهبردهای مقابله‌ای

مدل	R	R2	R2	انحراف	F	سطح	دوربین
			تعدیل	استاندارد		معنی	واتسون
			شده	برآورد		داری	
1	0/47	0/221	0/216	12/55789	9/241	0/001	1/963

همان‌طور که جدول 5 نشان می‌دهد، F به دست‌آمده معنی‌دار است. این مطلب گویای آن است که حداقل یکی از مؤلفه‌های متغیر پیش‌بین در پیش‌بینی متغیر ملاک معنی‌دار است. بنابراین، لازم است تک‌تک مؤلفه‌ها را آزمود و سهم تبیینی هر یک از آن‌ها را در پیش‌بینی مشخص نمود (جدول 6).

جدول ۶. پیش‌بینی متغیر رفتار خودمراقبتی از روی مولفه‌های متغیر پیش‌بین راهبردهای

مقایله‌ای					
متغیر	B	انحراف استاندارد	β	t	سطح معنی- داری
مقایله رویاروی	۰/۴۱۶	۰/۶۴۲	۰/۱۰۰	۰/۶۴۸	۰/۵۱۸
دوری گزین	۱/۵۳۴	۰/۳۴	۰/۶۴۳	۳/۹۱۹	۰/۰۱۷
خویش‌داری	۰/۶۹۵	۰/۵۳۵	۰/۱۶۱	۱/۲۹۹	۰/۱۹۶
جستجوی حمایت اجتماعی	-۱/۰۷۷	۰/۴۴۱	-۰/۷۲۱	-۲/۸۷۱	۰/۰۱
مسئولیت پذیری	-۱/۷۸۷	۰/۵۲۳	-۰/۱۵۲	-۲/۵۰۵	۰/۰۴۷
مشکل‌گشایی	-۰/۲۰۷	۰/۴۵۵	-۰/۰۴۹	-۰/۴۵۴	۰/۶۵
ارزیابی مجدد	-۱/۱۲۴	۰/۴۳۳	-۰/۲۷۶	۲/۵۹۶	۰/۰۱
مسئله مدار	-۳/۲۱۳	۰/۳۳۱	-۰/۱۹۷	۳/۲۳۸	۰/۰۱
هیجان مدار	۲/۹۸۶	۰/۲۵۸	۰/۲۶۴	-۳/۵۱	۰/۰۱

با توجه به ضرایب بتا مندرج در جدول 6 معلوم می‌شود راهبردهای مسئله مدار (-) با توجه به ضرایب بتا مندرج در جدول 6 معلوم می‌شود راهبردهای مسئله مدار (-) و هیجان مدار ($\beta = 0/197$ و $P < 0/01$) و هیجان مدار ($\beta = 0/264$ و $P < 0/01$) به شکل معنی‌داری عود اعتیاد معتادان را پیش‌بینی می‌کند. به‌طوریکه استفاده از راهبردهای حل مسأله باعث کاهش عود اعتیاد و راهبردهای هیجان‌مدار باعث افزایش عود اعتیاد می‌شود. همچنین مطابق جدول فوق ارزیابی مجدد مثبت، مسئولیت‌پذیری، جستجوی حمایت اجتماعی و دوری‌گزینی به شکل معنی‌داری عود اعتیاد را تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری:

در این پژوهش، رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و راهبردهای مقابله‌ای با عود اعتیاد مورد بررسی قرار گرفت، و در نهایت نتایج زیر در رابطه با هر یک از فرضیات تحقیق به دست آمد.

فرضیه 1: حمایت اجتماعی ادراک‌شده پیش‌بینی کننده عود اعتیاد معتادان است. به طوری که حمایت خانواده و دوستان با عود کمتر اعتیاد همراه است. این نتایج با یافته‌های داج و پوتوکی (2000)، سلمون و همکاران (2000)، داویس و جیسون (2005) و وارن و همکاران (2007) همسو می‌باشد. جهت تبیین این یافته می‌توانیم بگوییم که افراد بهبود یافته از حمایت اعضای خانواده و همتایان خود در جلسات درمانی برخوردارند. بسیاری از پژوهشگران معتقدند که حمایت اجتماعی ادراک‌شده با افزایش سلامت روان‌شناختی فرد، همانند سپری علیه عود پس از درمان عمل می‌کند.

اوریت، پاولد و بهرمن (1985) بر این باورند که فرد بر اساس تجارب پیشین ممکن است نتیجه‌گیری نماید که از حمایت اجتماعی برخوردار است یا نه، و چنانچه پاسخ مثبت باشد، تعامل با شبکه اجتماعی افزایش یافته و اثر منفی رویدادهای زندگی کاهش می‌یابد. افزون بر آن، پیوندهای گسترده‌تر اجتماعی در بستر حمایت اجتماعی افزایش می‌یابد.

بطور کلی، برپایه یافته‌های پژوهش حاضر و دانش مربوط به رابطه حمایت اجتماعی و مصرف مواد می‌توان گفت که تمرکز بر حمایت اجتماعی و رویدادهای

منفی زندگی (مانند طلاق) ممکن است در زمینه کاهش عود اعتیاد معتادان سودمند باشد.

در این زمینه می‌توان با آموزش مهارت ارتباطی و پیوستن به منابع حمایتی به افراد بزرگسال، توانائی آنها را در دستیابی به منابع اجتماعی مورد نیاز برای حفظ سلامتی روانی و مقاومت در برابر عود اعتیاد افزایش داد. افزون بر آن، فعال کردن نظام حمایتی (خانواده، دوستان و همسایگان) و مربوط کردن افراد با گروه‌های اجتماعی و گروه‌هایی که دارای مشکل مشابه هستند، می‌توان موجب افزایش رفتارهای حمایت‌گر اجتماعی شود.

فرضیه 2: راهبردهای مقابله‌ای پیش‌بینی‌کننده عود اعتیاد معتادان است. به طوری که استفاده از راهبردهای مسأله مدار بعد از ترک اعتیاد با کاهش عود اعتیاد و استفاده از راهبردهای هیجان‌مدار با افزایش عود اعتیاد همراه است. این نتایج با یافته‌های اندر و پارکر (1990) و پیتر (1998) همسو می‌باشد.

در تفسیر این یافته می‌توان گفت ریشه بسیاری از اختلالات روانی و مشکلات رفتاری، از جمله اعتیاد، ناشی از ناتوانی افراد در تحلیل صحیح و مناسب خود و موقعیت خویش و نیز بی‌کفایتی افراد برای رویارویی با موقعیت‌های دشوار است. می‌توان انتظار داشت افرادی که از راهبردهای مقابله‌ای مسأله مدار سود می‌جویند، واقع‌گرایانه عمل کنند و آمادگی مواجهه با مسائل و مشکلات روزمره را داشته باشند و کم‌تر به رفتارهای اعتیادآور روی آورند. همچنین راهبردهای کارآمد مقابله از

طریق افزایش اعتماد به خویشتن، مهارت‌های حل مسئله را بهبود می‌بخشد و به رضایت بیشتر منجر می‌شود.

همچنین، در حوزه رابطه سلامت روانی و راهبردهای مقابله‌ای، می‌توان گفت که سلامت روانی در یک تعامل دو طرفه از سویی از نتایج انتخاب و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و متناسب با تغییر و تنش محسوب می‌گردد و از سوی دیگر، خود زمینه‌ساز فضای روانی سالمی است که در پرتو آن شناخت صحیح و ارزیابی درست موقعیت تنش‌زا جهت انتخاب راهکار مقابله‌ای مؤثر، میسر می‌گردد. راهبردهای مقابله‌ای به عنوان واسطه بین استرس و بیماری شناخته شده‌اند (کارور و همکاران، 1993). به‌طورکلی، نتایج غالب پژوهش‌ها مقابله هیجانی را به‌عنوان مؤثرترین واسطه رابطه استرس بیماری معرفی کرده‌اند (پاکینهام، 2004). بیماری‌های استرس‌مدار و وخیم‌تر شدن سلامت عمومی بیشتر در کسانی مشاهده می‌شود که پیوسته از مقابله هیجانی استفاده می‌کنند (فیکو، 2001). مقابله هیجانی به‌عنوان راهبردی کوتاه مدت کارآمد شناخته شده است، اما در طولانی مدت مانع سازش روان‌شناختی می‌شود و نشانه‌های درماندگی مانند افسردگی را افزایش می‌دهد (بریانت، 1995).

طبق مدل لازاروس و فولکمن (1384) در فرایند مقابله، مهارت‌های شناختی برای حل مشکل مورد استفاده قرار می‌گیرند. فرد با به کار بستن سبک مقابله کارآمد، مسأله‌مدار از مهارت‌های شناختی برای حل مسأله استفاده می‌کند. بر این اساس، راه‌های مقابله با مشکل مستقیماً بررسی می‌شوند و معمولاً با یافتن راه حل‌های

مناسب برای مشکل رضایت روان‌شناختی حاصل می‌شود (لازاروس و فولکمن، 1984).

پویایی ویژگی مشترک راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار شناخته شده است. پویایی امکانات لازم برای مقابله فعال با موقعیت استرس‌زا را در اختیار فرد قرار می‌دهد. این وضعیت تمام توانایی‌های بالقوه فرد را برای مقابله مثبت و حل مسأله فرا می‌خواند و احتمال موفقیت وی را افزایش می‌دهد. بنابراین، راهبردهای کارآمد مقابله از طریق افزایش اعتماد به نفس افراد، مهارت‌های حل مسأله آن‌ها را بهبود بخشیده و به رضایت بیشتر منجر می‌شود.

ویژگی دیگر افرادی که از سبک مقابله‌ای کارآمد مسأله‌مدار استفاده می‌کنند، سطح تنش پایین است. پایین بودن سطح هیجانی باعث می‌شود که فرد در سایه آرامش روانی بهتر بتواند از مهارت‌های شناختی و پویایی برای مقابله با مشکل استفاده کند و در نتیجه، به رضایت بیشتری دست یابد. از طرف دیگر، انفعال و انکار دو ویژگی کسانی است که از سبک مقابله‌ای ناکارآمد هیجان‌مدار استفاده می‌کنند. انکار موقعیت استرس‌زا به رفتار اجتنابی و انفعالی در مقابله با موقعیت استرس‌زا و ناتوانی در به‌کارگیری توانمندی‌های بالقوه و ابتکار عمل فرد منجر می‌شود. با این سبک، مقابله با مشکل پیش آمده لاینحل باقی می‌ماند و در نتیجه نارضایتی افزایش می‌یابد. ویژگی‌های انکار انفعال و پیامدهای آن در مقابله ناکارآمد هیجانی با موقعیت استرس‌زا از طریق کاهش اعتماد به نفس فرد نیز بر مشکلات و نارضایتی‌ها می‌افزاید.

در پایان، می‌توان گفت برای مقابله مؤثر با اعتیاد و کاهش عود آن با آموزش راهبردهای مقابله به معتادان می‌توان از عود اعتیاد کاست. درضمن، با آموزش مهارت‌های ارتباطی به بیماران و خانواده آن‌ها می‌توان تأثیرات در آن را دوچندان کرد.

منابع

- Alexopoulos DS, Kalaitzidis I (2004). Psychometric properties of Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R) short scale in Greece. *Pers. Individ Dif*; 37: 1205-1220.
- Billings AG, Moos RH. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *J Behav Med.* 1981;22(4): 139-157.
- Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). *Social relationships and health: challenges for measurement and intervention.* New York: Oxford University Press.
- Collier CW, Marlatt GA (1995). Relapse prevention. In: Gorenzky AJ. (Ed.). *Handbook of health and rehabilitation psychology.* New York. Plenum, pp: 307-321.
- Davis, M. I., & Jason, L. A. (2005). Sex differences in social support and self-efficacy within a recovery community. *American Journal of Community Psychology*, 36(3/4), 259-74.
- Doherty O, Matthews G (1988). Personality characteristics opiate addicts. *PAID*; 99(1):171-172.
- Goldstein BI, Abela JRZ, Buchanan GM, Sligman MEP (2000). Attribution style and life event: a diathesis-stress theory of alcohol consumption. *Psychol Rep*; 87: 949-955.
- Hajipour H (2003). [Investigating the ineffective attitudes, amount of stress, and coping strategies in treatment seeking narcotic addicts and nonaddicted people (Persian)]. Thesis for Ph.D. in Clinical Psychology. Medical Science Faculty of Iran University of Medical Sciences, pp: 136-140.

- López-Torrecillas F, Martín I, De La Fuente I, Godoy JF (2000). Estilo. atribucional autocontrol y asertividad como predictores de la severidad del consumo de drogas. *Psicothema*; 12: 331–334.
- Michaels PJ, Joheson NP, Mallin R, Thornhill JT, Sharma S., Gonzales H, et al (1999). Coping strategies of alcoholic women. *J Subst Abuse*; 20(4): 237-248.
- Murphy LS, Khantzian EJ (1995). Addiction as a "self-medication". disorder: application of ego psychology to the treatment of substance. abuse. In: Washton AM. (Ed.) *Psychotherapy and substance abuse: a practitioner's handbook*. New York. Guilford, pp: 200-225.
- Narayan R, Shams G, Jain R, Gupta B (1997). Personality characteristics of. personas addicted to heroin. *J. Psychol: Interdisciplinary and Applied*; 131(1): 125-127.
- Patalano F (1998). Cross-cultural similarities in the personality dimensions. of heroin users. *J Psychol: Interdisciplinary and Applied*; 132(6):.671-673.
- Peterson C, Semmel A, Von Baeyer C, Abramson LY, Metalsky GI., Seligman MEP (1982). The attributional style questionnaire. *Cognit Ther Res*; 6: 287-299.
- Reich JW, Gutierrez SE (1987). Life event and treatment attributions in drug abuse and rehabilitation. *Am J Drug Alcohol Abuse*; 13(1-2): 73–94.
- Toofani H. Javanbakht M. [The comparison of unhealthy attitudes. and coping styles in narcotic addicts with a nonaddicted healthy control group (Persian)]. *J Asrar*; 9(1): 70-78.
- Vazirian, M., Mostashari, G. (2003). *Applied handbook of treatment of drug users.*. Tehran, Ministry of Health and Medical Education with assistance of Iran Drug. Control Headquarters. Institute of Porshukoh Publications, PP: 120-150 [Persian].
- Will TA, Shiffman S (1985). Coping and substance use: a conceptual framework. In: Shiffman S, Wills TA. (Eds.) *Coping and substance use.*. Orlando. USA: Academic Press, pp: 3-24



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی