

فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز

سال اول، شماره ۲ و ۳، تابستان و پاییز ۱۳۸۵

## بررسی عوامل تاب‌آور در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد مخدر

دکتر مسعود محمدی - دکتر در روانشناسی بالینی

دکتر علیرضا جزایری - دکتر در روانشناسی بالینی - دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دکتر امیرحسین رفیعی - روانپزشک - استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز آموزشی و پژوهشی سوء مصرف و ولستگی به مواد (موسسه داریوش)

دکتر بهرام جوکار - دکتر در روانشناسی - استادیار دانشگاه شیراز

دکتر عباس پورشه‌باز - دکتر در روانشناسی بالینی - استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

### چکیده

با استفاده از مطالعات انجام شده در زمینه تاب‌آوری در طول سه دهه گذشته، عوامل موثر بر تاب‌آوری افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد مخدر مورد بررسی قرار گرفت. شرکت‌کنندگان در پژوهش ۷۱۶ نفر (همگی مذکر) بودند که از محله‌های پرخطر ۱۱ شهرستان استان فارس به روش قضاوتی (با توجه به دارا بودن شرایط خطرزا) انتخاب شدند. هدف اصلی پژوهش تأثیر متغیرهای خانوادگی (سبکهای دلبستگی و پیوند والدینی) بر تاب‌آوری با واسطه‌گری متغیرهای فردی (کانون کنترل، اعتماد به نفس، و مهارتهای تطابقی) بود. بدین منظور از پرسشنامه‌های: ۱- آزمون کانون کنترل راتر ۲- پرسشنامه سبکهای دلبستگی ۳- پرسشنامه پیوند والدینی ۴- مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون ۵- پرسشنامه مهارتهای مقابله‌ای و ۶- پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت، استفاده گردید. پایایی پرسشنامه‌ها به روش آلفا کرونباخ و روایی آنها با استفاده از روشهای تحلیل عامل و همسانی درونی احراز گردید. یافته‌های پژوهش ضمن تأیید تأثیر متغیرهای خانوادگی و فردی بر تاب‌آوری، مویید نقش واسطه‌ای متغیرهای فردی بین متغیرهای خانوادگی و تاب‌آوری بود. نتایج حکایت از آن داشت که مسیرهای تاب‌آوری گروههای سالم، مصرف‌کننده و سوءمصرف‌کننده مواد متفاوت می‌باشند. بحث تفصیلی پیرامون نتایج و توصیه‌های پژوهشی و مداخله‌ای در متن مقاله آورده شده است.

**واژه‌های کلیدی:** تاب‌آوری، سبکهای دلبستگی، پیوند والدینی، کانون کنترل، اعتماد به

نفس، مهارتهای تطابقی، گروه در معرض خطر

## مقدمه

تلاش برای درک، پیش‌بینی، پیشگیری و درمان و سوء مصرف مواد و بیماری‌های روانی با این سؤال شروع می‌شود که "چرا؟" سؤالاتی از قبیل این که چرا افراد مواد مصرف می‌کنند؟ چرا افسرده می‌شوند؟ چرا حتی پس از مشاهده پیامدهای مصرف مواد و الکل، به مصرف خود ادامه می‌دهند؟ و هزاران چرای دیگر را در این حوزه می‌توان بیان کرد. اما از حدود چند دهه قبل پژوهشگران توجه خود را به این سؤال معطوف کردند که "چرا نه؟" چرا بسیاری از افرادی که در خطر مصرف مواد هستند، هرگز به سراغ آن نمی‌روند؟ چرا بسیاری از افرادی که مواد را تجربه کرده‌اند، به آن وابسته نمی‌شوند؟ چرا برخی از افراد تحت تاثیر عواملی که برای بسیاری از افراد مشکلات عاطفی و روانی بوجود می‌آورد، این پیامدها را تجربه نمی‌کنند. پرسشهایی از این دست و دامنه گسترده‌ای از مشاهدات پژوهشی و بالینی به توجه بیشتر به مفهوم تاب‌آوری<sup>۱</sup> منجر گردیده است (لشنر<sup>۲</sup> ۲۰۰۲، نقل از گلانتز<sup>۳</sup> و جانسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲).

با این توجه و تمرکز بر تاب‌آوری، حوزه وسیع‌تری بوجود آمد: چه چیزی افراد را قادر می‌سازد در مقابل تاثیرات مخربی که منجر به سوء مصرف مواد یا مشکلات روانی می‌شود، مقاومت کرده یا آنها را حل کنند. در حال حاضر پیشگیری و درمان مشکلات روانی و سوء مصرف مواد، بصورت اولیه بر تلاشهای معطوف بر اجتناب یا غلبه بر رفتارها و شرایط منفی استوار است. در حالیکه چنانچه ویژگیهای تاب‌آوری بتواند آموخته شود، و در دسترس دیگران قرار گیرد، پیشگیری و درمان بعد دومی می‌یابد که عبارت است از تقویت ویژگیهای مثبت افراد جهت افزایش قدرت تصمیم‌گیری (اقتدار) آنها در برابر اقتضانات محیط (گارمزی، ۱۹۷۴).

1 - resiliency

2 - Leshner

3 - Glantz

4 - Johnson

تاب‌آوری به زبان ساده عبارت است از تطابق مثبت در واکنش به شرایط ناگوار<sup>۱</sup> (والر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). به طور عمده شرایط ناگوار بوسیله دو گروه از عوامل خطرزا مشخص می‌شود (۱) شرایط چالش برانگیز زندگی (مانند نژادپرستی، مصرف مواد توسط والدین و... و (۲) ضربه<sup>۳</sup> (برای مثال، تجربه خشونت در خانواده یا جامعه، مرگ عزیزان و...)، (ماستن و کوتسورث، ۱۹۹۸).

اما به طور کلی واژه تاب‌آوری به عوامل و فرایندهایی اطلاق می‌شود که خط سیر رشدی را از خطر گرفتاری به رفتارهای مشکل‌زا و آسیب روانشناختی محافظت کرده، و علیرغم وجود شرایط ناگوار<sup>۴</sup> به پیامدهای سازگارانته منتهی می‌شوند. گارمزی و ماستن<sup>۵</sup> (۱۹۹۱) تاب‌آوری را چنین تعریف می‌کنند؛ "فرایند، توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز، علی‌رغم شرایط چالش‌انگیز و تهدیدکننده". در حدود سال ۱۹۷۰ گروهی از دانشمندان روانشناسی تحولی توجه خود را به کودکانی معطوف کردند که علی‌رغم تجربه خطر، موفقیت را تجربه می‌کردند. این پژوهشگران بر این عقیده‌اند که مطالعه تاب‌آوری می‌تواند برای تدوین برنامه‌ها، سیاستها و مداخلات معطوف بر ارتقاء شایستگی و پیشگیری یا تخفیف مشکلات درزندگی کودکان آگاهی بخش باشد. این پیشگامان الهام‌بخش سه دهه پژوهش در زمینه تاب‌آوری بودند که مدلهای، روشها و اطلاعاتی را با تلویحاتی برای نظریه، پژوهش و مداخله فراهم نمودند.

از دهه ۱۹۶۰ روانشناسان و روانپزشکان علاقه مند به سبب‌شناسی آسیبهای روانی، مطالعات بلند مدتی را با کودکانی شروع کردند، که پیش‌بینی می‌شد به خاطر عوامل بیولوژیک (برای مثال داشتن یک والد اسکیزوفرنیک)، آسیبهای قبل از تولد (برای مثال تولد زودرس)، یا محیطی (فقر) در خطر باشند. برخی از این پژوهشگران با مشاهده کودکان در خطری که عملکرد طبیعی دارند، شگفت‌زده شدند (گارمزی و

1 - adversity

2 - Waller

3 - trauma

4 - adversities

5 - Masren

همکاران، ۱۹۸۴). چنین مشاهداتی زمینه را برای پژوهش درباره پدیده‌ای با مفهوم عملکرد مناسب در یک بافت خطرزا، فراهم نمود.

هدف از اجرای تحقیق عبارت بود از بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد مخدر. در این ارتباط دو هدف کلی مد نظر بود.

۱- ارائه یک مدل علی برای عوامل مؤثر در تاب‌آوری نسبت به سوء مصرف مواد مخدر. در این مدل قدرت پیش‌بینی متغیرهای سبک‌های دل‌بستگی و پیوند والدینی بر تاب‌آوری با واسطه‌گری متغیرهای کانون کنترل، مهارت‌های تطابقی، و اعتماد بنفس مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۲- مقایسه مدل علی در سه گروه افراد سوء مصرف‌کننده، مصرف‌کننده، و سالم ( هر سه در شرایط خطرزا).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

مدل کلی پژوهش

- با توجه به پیشینه پژوهشی و همچنین مدل نظری پژوهش، فرضیه‌ها عبارت بودند از:
- ۱- سبک دلبستگی با کانون کنترل رابطه دارد: افراد دارای سبک دلبستگی ایمن کانون کنترل درونی و افراد دارای سبک دلبستگی دوسوگرا کانون کنترل بیرونی دارند.
  - ۲- سبک دلبستگی با مهارت‌های تطابقی رابطه دارد: سبک دلبستگی ایمن با مهارت‌های مشکل‌مدار و سبک دوسوگرا با مهارت‌های هیجان‌مدار و کمتر مفید و غیرموثر رابطه مثبت دارند.
  - ۳- سبک دلبستگی ایمن با اعتماد به نفس رابطه مثبت و سبک دوسوگرا رابطه منفی دارند.
  - ۴- پیوند والدینی با کانون کنترل رابطه دارد: مراقبت با کانون کنترل درونی و محافظت بیش از حد با کانون کنترل بیرونی رابطه مثبت دارند.
  - ۵- پیوند والدینی با مهارت‌های تطابقی رابطه دارد: مراقبت با مهارت‌های مشکل‌مدار و محافظت بیش از حد با مهارت‌های هیجان‌مدار و کمتر مفید و غیرموثر رابطه مثبت دارند.
  - ۶- مراقبت با اعتماد به نفس رابطه مثبت و محافظت بیش از حد رابطه منفی دارد.
  - ۷- متغیرهای درون فردی با تاب‌آوری رابطه دارند: کانون کنترل درونی، مهارت‌های مشکل‌مدار، و اعتماد به نفس با تاب‌آوری رابطه مثبت دارند.
  - ۸- سبک دلبستگی ایمن با تاب‌آوری رابطه مثبت، و سبک دوسوگرا با تاب‌آوری رابطه منفی دارند.
  - ۹- مراقبت با تاب‌آوری رابطه مثبت و محافظت بیش از حد با تاب‌آوری رابطه منفی دارد.

## فرضیه کلی مدل

سبک‌های دلبستگی و پیوند والدینی از طریق متغیرهای درون فردی تاب‌آوری را تحت تاثیر قرار می‌دهند. این فرضیه در شکل مدل کلی پژوهش آورده شده است.

## روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های علی - مقایسه‌ای است که طی یک مدل علی عوامل موثر در تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد مخدر بررسی می‌شوند.

## جامعه و نمونه

جامعه پژوهش را افراد ۱۸ تا ۲۵ ساله و در معرض خطر سوء مصرف مواد محله‌های پرخطر استان فارس تشکیل می‌دهند، که معیارهای شمول (گروه سالم، عدم مصرف مواد، گروه مصرف‌کننده. حداقل یکبار مصرف مواد در طول سه ماه گذشته و مصرف گاهگاهی مواد مخدر که به بروز مشکل منجر نشده باشد. گروه سوء مصرف‌کننده مواد. مصرف مکرر مواد در طول دوازده ماه گذشته که به بروز مشکلاتی برای فرد منجر شده باشد). نمونه شامل سه گروه سوء مصرف‌کننده، مصرف‌کننده و سالم بود. به منظور انتخاب نمونه در ابتدا محله‌های دارای شرایط فقر و دسترسی آسان به مواد یازده شهرستان استان فارس شناسایی و نمونه‌گیری به روش قضاوتی (با توجه به معیارهای شمول) انجام و افراد مایل به شرکت در پژوهش مورد پرسشگری قرار می‌گرفتند.

با توجه به روش آماری و تعداد متغیرهای مورد مطالعه ۷۵۰ نفر مورد پرسشگری قرار گرفتند که ۷۱۶ پرسشنامه شرایط تحلیل را احراز کردند (گروه‌های سوء مصرف‌کننده، مصرف‌کننده و سالم به ترتیب ۲۳۹، ۲۴۰ و ۲۳۷ نفر). هر سه گروه از میان افرادی انتخاب شدند که سه عامل خطرزای (۱- وجود یک فرد وابسته یا سوء مصرف‌کننده مواد از قبیل والدین، خواهر یا برادر و پدر بزرگ و مادر بزرگ در صورتی که در یک خانوار زندگی می‌کنند، ۲- زندگی در محله با دسترسی آسان به مواد مخدر،

۳- وجود مشکلات اقتصادی که منجر به عدم ارضاء نیازهای اولیه شده باشد) را دارا باشند. در مرحله مطالعه مقدماتی یک گروه سالم که شرایط خطرزا را نداشتند نیز مورد بررسی قرار گرفتند.

### ابزار تحقیق

- ۱- آزمون کانون کنترل راتر
  - ۲- پرسشنامه سبکهای دلبستگی (هازن<sup>۱</sup> و شیور<sup>۲</sup>، ۱۹۸۷)
  - ۳- پرسشنامه پیوند والدینی (پارکر<sup>۳</sup>، ۱۹۷۹)
  - ۴- مقیاس تاب‌آوری کونور<sup>۴</sup> و دیویدسون<sup>۵</sup> (۲۰۰۳)، (CD\_RIS)<sup>۶</sup>
  - ۵- پرسشنامه مهارت‌های مقابله‌ای وینتراب<sup>۷</sup> (۱۹۸۹)
  - ۶- پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت
- بجز پرسشنامه‌های پیوند والدینی و تاب‌آوری که برای اولین بار در ایران ترجمه و مورد استفاده قرار می‌گیرند، پایایی و روایی پرسشنامه‌های سبکهای دلبستگی، عزت نفس، کانون کنترل و مهارت‌های تطابقی در پژوهش‌های پیشین مورد تأیید قرار گرفته است. اما به لحاظ افزایش دقت پژوهش، پایایی و روایی کلیه پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش با روش‌های تحلیل عاملی، همسانی درونی و آلفای کرونباخ بر روی ۲۴۸ نفر از افراد در معرض خطر مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۱ ارائه شده است. لازم به ذکر است که علی‌رغم گزارش سه سبک دلبستگی

---

1 - Hazan  
2 - Shaver  
3 - Parker  
4 - Connor  
5 - Davidson  
6 - Connor-Davidson Resilience Scale  
7 - Wintroub

(بشارت، ۱۳۷۹)، تحلیل عامل پرسشنامه سبکهای دلبستگی وجود سه عامل را تایید نکرد. در واقع سبکهای ایمن و اجتنابی به صورت یک طیف خود را نشان دادند. نمودار شیب Scree نیز حاکی از وجود دو عامل بود و سبکهای ایمن و اجتنابی را به صورت مثبت و منفی در یک عامل قرار داده بود. بنابراین پس از recode کردن هر دو سبک در یگدیگر ادغام شده و در تحلیل نهایی دو سبک ایمن و دوسوگرا مورد بررسی قرار گرفتند. این نتیجه شاید به این دلیل باشد که در هنجاریابی اولیه این پرسشنامه توسط بشارت (۱۳۷۹) فقط به روایی محتوایی بسنده شده است.

جدول ۱- نتایج پایایی و روایی ابزارهای پژوهش

پایایی	گویه ها		روایی				روایی پایایی پرسشنامه
	تعداد گویهها پس از روایی یابی	تعداد گویهها	همسانی درونی	معنی داری	کرویت بار تلت	KMO	
مراقبت ۰/۸۳ محافظت ۰/۶۷	۱۷	۲۵	۰/۶۳-۰/۷۲	۰/۰۰۰۱	۶۳۶۳/۲۶	۰/۸۵	پیوند والدینی
۰/۸۹	۲۱	۲۵	۰/۴۱-۰/۶۴	۰/۰۰۰۱	۵۵۵۶/۲۸	۰/۸۷	تاب آوری
ایمن ۰/۸۴ دوسوگرا ۰/۷۸	۱۸	۲۱	۰/۵۵-۰/۷۴	۰/۰۰۰۱	۵۰۵۷/۸۲	۰/۷۸	سبکهای دلبستگی
۱/۸۷	۳۸	۵۰	۰/۳۹-۰/۵۹	۰/۰۰۰۱	۲۵۶۶/۶۳	۰/۶۱	اعتماد به نفس
۰/۷۸	۱۸	۲۳	۰/۳۸-۰/۶۳	۰/۰۰۰۱	۴۰۷۱/۵۸	۰/۷۲	کانون کنترل
مشکل مدار ۰/۸۴ هیجان مدار ۰/۷۷ کمتر مفید ۰/۸۹	۶۹	۷۲	۰/۴۵-۰/۶۵	۰/۰۰۰۱	۴۱۵۸/۲۹	۰/۷۶	مهارتهای تطابقی



## روشهای آماری

برای بررسی ارتباطات موجود در مدل پیشنهادی تحقیق از رگرسیون چند متغیره به روش متوالی همزمان<sup>۱</sup> استفاده شد. برای بررسی مسیرهای موجود در مدل مراحل زیر اجرا شد.

۱- بررسی رابطه متغیرهای برون‌زاد اولیه با متغیرهای درون‌زاد نهایی

۲- بررسی رابطه متغیرهای برون‌زاد اولیه با متغیرهای واسطه‌ای

۳- بررسی رابطه متغیر واسطه‌ای با متغیر درون‌زاد با کنترل متغیر برون‌زاد

۴- بررسی مقدار کاهش ضرایب رگرسیون متغیرهای برون‌زاد از مرحله یک به

مرحله سه

تمامی تحلیلها با استفاده از نرم‌افزارهای آماری SPSS و LISREL

انجام گرفت.

## نتایج

براساس فرضیه‌های پژوهش ضرایب رگرسیون برای کل افراد نمونه و هر یک از گروهها به تفکیک محاسبه، و در شکل‌های ۲ تا ۵ ارائه شده است. ارزیابی برازندگی<sup>۲</sup> مدلها توسط نرم افزار LISREL نشانگر برازندگی مطلوب در تمامی مدلها بود. علاوه براین، علی‌رغم انجام تحلیلها با روش رگرسیون چند متغیره به روش متوالی همزمان، جهت افزایش دقت، تمامی تحلیلها یک بار نیز توسط نرم افزار LISREL انجام گردید که مؤید یافته‌ها بود.

1 - Sequential simultaneous regression analysis

2 - goodness of fit

همانگونه که در شکل شماره ۲ نشان داده شده است، طی **فرضیه اول**: سبک ایمن پیش‌بینی‌کننده معنی دار کانون کنترل درونی (نمره بالاتر به معنی کانون کنترل بیرونی‌تر) بود، اما سبک دوسوگرا رابطه‌ای با آن نداشت. **فرضیه دوم**: سبک ایمن پیش‌بینی‌کننده معنی دار تطابق مشکل‌مدار و سبک دوسوگرا پیش‌بینی‌کننده معنی دار تطابق هیجان‌مدار و کمتر مفید و غیرموثر بود. **فرضیه سوم**: سبک ایمن پیش‌بینی‌کننده مثبت اعتماد به نفس و سبک دوسوگرا پیش‌بینی‌کننده منفی آن بود. **فرضیه چهارم**: مراقبت پیش‌بینی‌کننده معنی دار کانون کنترل درونی و محافظت بیش از حد پیش‌بینی‌کننده معنی دار کانون کنترل بیرونی بود. **فرضیه پنجم**: مراقبت با تطابق مشکل‌مدار رابطه‌ای نداشت، اما پیش‌بینی‌کننده منفی تطابق هیجان‌مدار و کمتر مفید و غیر موثر بود. محافظت بیش از حد با هیچ یک از مهارت‌های تطابقی رابطه نداشت. **فرضیه ششم**: مراقبت با اعتماد به نفس رابطه مثبت و محافظت بیش از حد با آن رابطه منفی داشت. **فرضیه هفتم**: کانون کنترل با تاب‌آوری رابطه‌ای نداشت، اما تطابق مشکل‌مدار و اعتماد به نفس پیش‌بینی‌کننده مثبت تاب‌آوری بودند. **فرضیه هشتم**: هیچ یک از سبک‌های دلبستگی پیش‌بینی‌کننده معنی‌داری برای تاب‌آوری نبودند. **فرضیه نهم**: مراقبت پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار (اما ضعیف) تاب‌آوری بود، اما محافظت بیش از حد با آن رابطه‌ای نداشت. در مورد **فرضیه کلی** مدل می‌توان گفت که ضرایب رگرسیون از مرحله‌ای که متغیرهای برون زاد (سبک‌های دلبستگی و پیوند والدینی) به تنهایی وارد معادله شدند، نسبت به مرحله‌ای که همراه با متغیرهای فردی مورد تحلیل قرار گرفتند، کاهش یافت (تقریباً به صفر رسید). این یافته موید نقش واسطه‌ای متغیرهای فردی بین سبک‌های دلبستگی و پیوند والدینی با تاب‌آوری بود. در واقع طی یافته‌های پژوهش؛ **فرضیه ۱** (قسمت اول)، **فرضیه ۲**، **فرضیه ۳**، **فرضیه ۴**، **فرضیه ۵** (در دو مسیر)، **فرضیه ۶**، **فرضیه ۷** (در دو مسیر)، **فرضیه ۹** (در یک مسیر اما ضعیف)، و **فرضیه کلی** مدل مورد تایید قرار گرفت.

در این مدل مسیر مراقبت، اعتماد به نفس، تطابق مشکل‌مدار، تاب‌آوری برجسته‌ترین مسیر است. اما مسیرهای مراقبت، تطابق هیجان‌مدار، تاب‌آوری؛ و همچنین مراقبت، کانون کنترل، تطابق کمتر مفید و غیرموثر، تاب‌آوری قابل توجه هستند. همانگونه که در شکل شماره ۳ نشان داده شده است، در گروه سالم، طی **فرضیه اول** سبک ایمن پیش‌بینی کننده معنی دار کانون کنترل درونی بود، اما سبک دوسوگرا رابطه‌ای با آن نداشت. **فرضیه دوم**: سبک ایمن پیش‌بینی کننده معنی‌دار و مثبت تطابق مشکل‌مدار و پیش‌بینی کننده منفی تطابق هیجان‌مدار بود، اما سبک دوسوگرا با هیچ یک از مهارت‌های تطابقی رابطه مستقیم نداشت. **فرضیه سوم**: سبک ایمن پیش‌بینی کننده مثبت اعتماد به نفس و سبک دوسوگرا پیش‌بینی کننده منفی آن بود. **فرضیه چهارم**: مراقبت پیش‌بینی کننده معنی دار کانون کنترل درونی بود، ولی محافظت بیش از حد رابطه‌ای با آن نداشت. **فرضیه پنجم**: مراقبت با تطابق مشکل‌مدار رابطه‌ای نداشت، اما پیش‌بینی کننده منفی تطابق هیجان‌مدار و کمتر مفید و غیرموثر بود. محافظت بیش از حد نیز پیش‌بینی کننده منفی تطابق کمتر مفید و غیرموثر بود. **فرضیه ششم**: مراقبت با اعتماد به نفس رابطه مثبت و محافظت بیش از حد با آن رابطه منفی داشت. **فرضیه هفتم**: کانون کنترل و اعتماد به نفس با تاب‌آوری رابطه‌ای نداشتند، اما تطابق مشکل‌مدار پیش‌بینی کننده مثبت و تطابق هیجان‌مدار پیش‌بینی کننده منفی تاب‌آوری بودند. **فرضیه هشتم**: هیچ یک از سبک‌های دلبستگی پیش‌بینی کننده معنی‌داری برای تاب‌آوری نبودند. **فرضیه نهم**: مراقبت پیش‌بینی کننده معنی‌دار تاب‌آوری بود، اما محافظت بیش از حد با آن رابطه‌ای نداشت. در مورد **فرضیه کلی** مدل می‌توان گفت که ضرایب رگرسیون از مرحله‌ای که متغیرهای برون زاد (سبک‌های دلبستگی و پیوند والدینی) به تنهایی وارد معادله شدند، نسبت به مرحله‌ای که همراه با متغیرهای فردی مورد تحلیل قرار گرفتند، کاهش یافت.

این یافته موید نقش واسطه‌ای متغیرهای فردی بین سبکهای دلبستگی و پیوند والدینی با تاب‌آوری بود.

در این مدل مسیر مراقبت، تطابق هیجان مدار، تاب‌آوری برجسته‌ترین مسیر است. اما مسیرهای سبک دلبستگی ایمن، تطابق مشکل مدار، تاب‌آوری؛ و همچنین مراقبت، اعتماد به نفس، تطابق مشکل مدار، تاب‌آوری قابل توجه هستند.

۲۰۴



همانگونه که در شکل شماره ۴ نشان داده شده است، در گروه مصرف‌کننده، طی **فرضیه اول** سبک ایمن پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار کانون کنترل درونی (نمره بالاتر به معنی کانون کنترل بیرونی‌تر) بود، اما سبک دوسوگرا رابطه‌ای با آن نداشت. **فرضیه دوم:** سبک ایمن پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار و مثبت تطابق مشکل‌مدار، و سبک دوسوگرا پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار و مثبت تطابق هیجان‌مدار و کمتر مفید و غیر موثر بود. **فرضیه سوم:** سبک ایمن پیش‌بینی‌کننده مثبت اعتماد به نفس و سبک دوسوگرا پیش‌بینی‌کننده منفی آن بود. **فرضیه چهارم:** مراقبت پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار کانون کنترل درونی، و محافظت بیش از حد پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار کانون کنترل بیرونی بودند. **فرضیه پنجم:** مراقبت با تطابق مشکل‌مدار رابطه‌ای نداشت، اما پیش‌بینی‌کننده منفی تطابق هیجان‌مدار و کمتر مفید و غیر موثر بود. محافظت بیش از حد با هیچ یک از مهارت‌های تطابقی رابطه نداشت. **فرضیه ششم:** مراقبت با اعتماد بنفس رابطه مثبت و محافظت بیش از حد با آن رابطه منفی داشت. **فرضیه هفتم:** کانون کنترل درونی، اعتماد به نفس، و تطابق مشکل‌مدار پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار و مثبت، و تطابق هیجان‌مدار و کمتر مفید و غیر موثر پیش‌بینی‌کننده منفی تاب‌آوری بودند. **فرضیه هشتم:** هیچ یک از سبک‌های دلبستگی به طور مستقیم پیش‌بینی‌کننده معنی‌داری برای تاب‌آوری نبودند. **فرضیه نهم:** مراقبت پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار تاب‌آوری بود، اما محافظت بیش از حد با آن رابطه‌ای نداشت. در مورد **فرضیه کلی** مدل می‌توان گفت که ضرایب رگرسیون از مرحله ای که متغیرهای برون زاد (سبک‌های دلبستگی و پیوند والدینی) به تنهایی وارد معادله شدند، نسبت به مرحله‌ای که همراه با متغیرهای فردی مورد تحلیل قرار گرفتند، کاهش یافت. این یافته موید نقش واسطه‌ای متغیرهای فردی بین سبک‌های دلبستگی و پیوند والدینی با تاب‌آوری بود. در این مدل مسیر محافظت بیش از حد، کانون کنترل، تطابق کمتر مفید و غیر موثر، تاب‌آوری برجسته‌ترین مسیر است. اما مسیر محافظت بیش از حد، اعتماد به نفس، تطابق مشکل‌مدار و تاب‌آوری نیز قابل توجه است.

همانگونه که در شکل شماره ۵ نشان داده شده است، در گروه سوء مصرف‌کننده، طی **فرضیه اول** سبک ایمن پیش‌بینی‌کننده معنی دار کانون کنترل درونی بود، اما سبک دوسوگرا رابطه‌ای با آن نداشت. **فرضیه دوم**: سبک ایمن پیش‌بینی‌کننده معنی دار و مثبت تطابق مشکل مدار، و سبک دوسوگرا پیش‌بینی‌کننده معنی دار و مثبت تطابق هیجان مدار بود. **فرضیه سوم**: سبک ایمن پیش‌بینی‌کننده مثبت اعتماد به نفس و سبک دوسوگرا پیش‌بینی‌کننده منفی آن بود. **فرضیه چهارم**: مراقبت پیش‌بینی‌کننده معنی دار کانون کنترل درونی، و محافظت بیش از حد پیش‌بینی‌کننده معنی دار کانون کنترل بیرونی بودند. **فرضیه پنجم**: مراقبت با تطابق مشکل مدار رابطه‌ای نداشت، اما پیش‌بینی‌کننده منفی تطابق هیجان مدار بود. محافظت بیش از حد تطابق هیجان مدار را به صورت مثبت پیش‌بینی می‌کرد. **فرضیه ششم**: مراقبت با اعتماد به نفس رابطه مثبت و محافظت بیش از حد با آن رابطه منفی داشت. **فرضیه هفتم**: کانون کنترل با تاب‌آوری رابطه‌ای نداشت. اعتماد به نفس، و تطابق مشکل مدار پیش‌بینی‌کننده معنی دار و مثبت، و تطابق هیجان مدار و کمتر مفید و غیر موثر پیش‌بینی‌کننده منفی تاب‌آوری بودند. **فرضیه هشتم**: هیچ یک از سبک‌های دلبستگی به طور مستقیم پیش‌بینی‌کننده معنی‌داری برای تاب‌آوری نبودند. **فرضیه نهم**: مراقبت و محافظت بیش از حد رابطه‌ای با تاب‌آوری نداشتند. در مورد **فرضیه کلی** مدل می‌توان گفت که ضرایب رگرسیون از مرحله‌ای که متغیرهای برون‌زاد (سبک‌های دلبستگی و پیوند والدینی) به تنهایی وارد معادله شدند، نسبت به مرحله‌ای که همراه با متغیرهای فردی مورد تحلیل قرار گرفتند، کاهش یافت. این یافته موید نقش واسطه‌ای متغیرهای فردی بین سبک‌های دلبستگی و پیوند والدینی با تاب‌آوری بود.

در این مدل مسیر مراقبت، اعتماد به نفس، تاب‌آوری برجسته‌ترین مسیر است. اما مسیرهای مراقبت، اعتماد به نفس، تطابق مشکل مدار، تاب‌آوری؛ و همچنین

فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز

سال اول، شماره ۲ و ۳، تابستان و پاییز ۱۳۸۵

محافظت بیش از حد، کانون کنترل، تطابق کمتر مفید و غیرموثر، تاب‌آوری نیز قابل توجه هستند.

۲۰۸



## بحث و نتیجه‌گیری

در مدل نهایی نقش واسطه‌ای متغیرهای فردی بین سبکهای دلبستگی و پیوند والدینی با تاب‌آوری مورد تأیید قرار گرفت. در این مدل، مهارتهای مشکل‌مدار نسبت به سایر متغیرهای فردی بیشترین میزان پیش‌بینی‌کنندگی را برای تاب‌آوری داشت. اما در یک مرحله عقب‌تر خود بیشتر به وسیله اعتماد به نفس پیش‌بینی می‌شود و در یک مرحله عقب‌تر متغیری که بیشترین پیش‌بینی‌کنندگی را برای اعتماد به نفس دارد، مراقبت است. بنابراین نتایج این پژوهش نشان داد که خط سیر اصلی مدل از مراقبت شروع شده سپس از طریق اعتماد به نفس و مهارتهای تطابقی مشکل‌مدار به تاب‌آوری ختم می‌شود. این روند در کل افراد نمونه و در هر یک از گروهها به تفکیک وجود داشت. مراقبت با ویژگیهای گرمی و پاسخگری و ارضاء موجب اطمینان شده این اطمینان فعالیتی را برمی‌انگیزد که تنش را در مواجهه با استرس کاهش داده، و به فرد کمک کند تا سریعتر به حالت اول خود برگردد (تاب‌آوری).

مسیر دیگر قابل توجه مسیر مراقبت، هیجان‌مداری و تاب‌آوری است. این یافته طبق نظر کمپفر<sup>1</sup> (۲۰۰۲) قابل تبیین است که معتقد است، در تنظیم هیجانی و یادگیری شناخت هیجانها، هیچ چیز مؤثرتر از داشتن والدینی نیست که در مورد احساسات با کودک صحبت می‌کنند. براساس این یافته یادگیری شناسایی و کنترل تکانهای ناکارآمد مبتنی بر این احساسات، از طریق الگوسازی و تعامل بین والدین و کودک، حاصل می‌شود.

مسیر قابل توجه دیگر، مسیر سبک دلبستگی ایمن، مهارتهای مشکل‌مدار و تاب‌آوری است. برجسته بودن این مسیر، اهمیت آموزش والدین در رابطه با سبکهای دلبستگی و آموزش مهارتهای مشکل‌مدار را در مداخلات پیشگیرانه و تغییر ادراکات

---

1 - Kumpfer



فرد (بدنبال تجربه تصحیحی هیجانی، الکساندر<sup>۱</sup> و فرنچ<sup>۲</sup>، ۱۹۶۴؛ نقل از دوانلو<sup>۳</sup>، ۱۹۸۰) از سبک دلبستگی و مهارت‌های مشکل مدار، در مداخلات درمانی را آشکار می‌سازد. در تأیید این نظر بیاتلر<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۳)، عقیده دارند که یکی از کانون‌های با اهمیت درمان‌های روانشناختی، بخصوص در رویکردهای شناختی رفتاری، عبارت است از تلاش‌های ساخت یافته برای آموزش مهارت‌های تطابقی به افراد. فرانکن<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۱) نیز عقیده دارند که سایر رویکردهای درمانی نیز به نوعی با ایجاد، تداوم، و تقویت مهارت‌های تطابقی سر و کار دارند. آنچه از مدل نهایی در کل افراد نمونه می‌توان استنباط کرد، نقش هسته‌ای کانون کنترل و اعتماد به نفس است. کانون کنترل از یک سو توسط سبک دلبستگی ایمن، مراقبت و محافظت بیش از پیش‌بینی می‌شود، و از سوی دیگر با پیش‌بینی مثبت مهارت‌های کمتر مفید و غیر مؤثر بر تاب‌آوری تأثیر می‌گذارد. به عبارتی دیگر کانون کنترل بیرونی تر با مهارت‌های کمتر مفید و غیر مؤثر همبسته می‌شود، که در افراد تاب آور کمتر به چشم می‌خورد. اما اعتماد به نفس نقش بیشتری را در این مدل ایفاء می‌کند. این متغیر هم سه نوع مهارت تطابقی را پیش‌بینی می‌کند و هم به طور مستقیم بر تاب‌آوری تأثیر می‌گذارد، و عمده‌ترین تلویح را برای مداخلات پیشگیرانه و درمانی در این مدل، به خود اختصاص می‌دهد.

در گروه سوء مصرف‌کننده مواد، نقش کلیدی اعتماد به نفس قوی‌تر شده است (شکل شماره ۲). بدین صورت که نسبت به کل افراد نمونه، در این گروه دو سوگرایی و محافظت بیش از حد پیش‌بینی‌کننده‌های معنی‌دار (و منفی) قوی‌تری برای کانون

- 1 - Alexander
- 2 - French
- 3 - Davanloo
- 4 - Beutler
- 5 - Franken

کنترل، اعتماد به نفس، و مهارت‌های هیجان‌مدار بودند. همچنین تأثیر اعتماد به نفس بر مهارت‌های تطابقی، و به صورت مستقیم بر تاب‌آوری قوی‌تر شده است. در واقع در این مدل اعتماد به نفس توسط چهار متغیر برون‌زاد پیش‌بینی شده و چهار متغیر را با شدت قابل توجهی پیش‌بینی می‌کند. همان‌گونه که در مدل نهایی کل افراد نمونه نیز ذکر گردید، دلالت این یافته برای مداخلات پیشگیرانه، تنظیم رفتار اطرافیان (و به طور کلی محیط خارجی) برای ایجاد و ارتقاء اعتماد به نفس و برای مداخلات درمانی رفع درونی موانع ایجاد و ارتقاء اعتماد به نفس از طریق تجربه هیجانی تصحیحی (الکساندر و فرنچ، ۱۹۶۴؛ نقل از دونلو، ۱۹۸۰) است.

اما در گروه مصرف‌کننده (شکل شماره ۳) پررنگ‌تر شدن نقش کانون کنترل هم از لحاظ پیش‌بینی شدن و هم از نظر پیش‌بینی کردن، قابل توجه است (اگر چه این نقش هنوز به شدت اعتماد به نفس نیست). کانون کنترل ضمن این که توسط سه متغیر برون‌زاد (سبک دلبستگی ایمن، مراقبت، و محافظت بیش از حد) با قدرت بیشتری (نسبت به گروه سوء مصرف‌کننده) پیش‌بینی می‌شود، برای مهارت‌های هیجان‌مدار و کمتر مفید و غیرمؤثر، و همچنین برای تاب‌آوری به صورت مستقیم، پیش‌بینی‌کننده است. بنابراین در این گروه کانون‌های مداخله افزایش یافته است. ضمن حفظ لزوم مداخلات پیشگیرانه و درمانی عنوان شده برای گروه سوء مصرف‌کننده، در این گروه لازم است تا کانون کنترل نیز به عنوان حوزه‌ای برای مداخله در نظر گرفته شود.

در گروه سالم علاوه بر کانون کنترل و اعتماد به نفس، مسیرهای سبک دلبستگی ایمن، مهارت‌های مشکل‌مدار و هیجان‌مدار، تاب‌آوری قابل توجه هستند (شکل شماره ۴). علاوه بر این، در این مدل مراقبت تأثیری مستقیم و قابل توجه بر تاب‌آوری داشته است. بنابراین لازم است در این گروه از افراد (که در برابر مصرف مواد تاب‌آور بوده‌اند) جهت ارتقاء تاب‌آوری موجود، علاوه بر مداخله در حوزه‌های متغیرهای برون‌زاد و کانون کنترل و اعتماد به نفس، مداخلات پیشگیرانه و درمانی بر حوزه مهارت‌های

تطابقی نیز متمرکز شوند. چنانچه مطالعات تاب‌آوری نشان می‌دهند (نقل از کمپفر، ۲۰۰۲)، تاب‌آوری یک توانمندی، یا فرآیندی ایستا نیست، و میزان آن در طول زمان تغییرپذیر است. بنابراین نباید چنین پنداشت که تاب‌آوری در یک حوزه، لزوماً تاب‌آوری در سایر حوزه‌ها را نیز به همراه دارد. بدین ترتیب لزوم مداخله در این گروه نیز (علیرغم عدم مصرف مواد) منتفی نیست.

در این گروه همچنین نسبت به دو گروه دیگر، مراقبت تأثیری قوی (و منفی) بر مهارت‌های هیجان‌مدار، و به همین ترتیب مهارت‌های هیجان‌مدار بر تاب‌آوری داشته است. بدین معنی، مراقبت کافی و ارضاء‌کننده بر استفاده کمتر از مهارت‌های هیجان‌مدار تأثیر می‌گذارد، که خود تاب‌آوری بیشتر را متأثر می‌کند.

در مجموع یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر ضمن ارائه مدلی پیرامون عوامل موثر بر تاب‌آوری، لزوم توجه به سبک‌های دلبستگی و پیوند والدینی به عنوان پیش‌آیندهای کانون کنترل، اعتماد به نفس، و مهارت‌های تطابقی، و همچنین توجه به متغیرهای فردی به عنوان واسطه رفتار تاب‌آورانه را مورد تأکید قرار می‌دهد. در این پژوهش سعی شده تا متغیرهایی که در پژوهش‌های قبلی به صورت مجزا مورد بررسی قرار گرفته بودند، در قالب یک مدل کلی و سلسله‌مراتبی مورد بررسی قرار گیرند و سهم تأثیر هر یک بر تاب‌آوری به عنوان معیاری برای شایستگی تعیین شود. یافته‌ها همچنین بر لزوم توجه به متغیرهای مراقبت، محافظت بیش از حد، اعتماد به نفس، مهارت‌های مشکل‌مدار و کمتر مفید و غیرموثر، و کانون کنترل به عنوان کانون‌هایی برای مداخلات درمانی و پیشگیرانه (به منظور جلوگیری از سوء مصرف‌کننده شدن افراد مصرف‌کننده و وابسته شدن افراد سوء مصرف‌کننده)، و همچنین توجه به متغیرهای مراقبت، اعتماد به نفس، و مهارت‌های مشکل‌مدار به عنوان کانون‌هایی برای مداخلات پیشگیرانه به منظور ارتقاء تاب‌آوری و جلوگیری از سوء مصرف یا سوء مصرف‌کننده شدن گروه سالم تأکید دارند.

## منابع

- بشارت، محمدعلی (۱۳۷۹). ساخت و هنجاریابی مقیاس دل‌بستگی بزرگسالان. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران (گزارش طرح پژوهشی)
- Beutler, L.E., Moos, R.H., Lane, G. (2003). *Coping, Treatment Planning, and Treatment Outcome: Discussion JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY*. Vol. 59(10), 1151-1167 (2003)
- Davanloo, H. (1980). *Short- Term Dynamic Psychotherapy*. New York: Aronson
- Franken, H.A., Hendriks, V.M., Haffmans, P.M.J., & Van der Meer, C.W. (2001). *Coping style of substance abuse patients: Effects of anxiety and mood disorders on coping change*. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 299-306.
- Garmezy, N., & Masten, A. S. (1991). *The protective role of competence indicators in children at risk*. In E. M. Cummings, A. L. Greene, & K. H. Karraker (Eds.), *Life-span developmental psychology: Perspectives on stress and coping* (pp. 151-174). New Jersey: Lawrence Erlbaum Publishers.
- Garmezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). *The study of stress and competence in children: Building blocks for developmental psychopathology*. *Child Development*, 55, 97-111.
- Garmezy, Norman. (1974). *The study of competence in children at risk for severe psychopathology*. In *The Child in His Family*, Vol. 3: *Children at Psychiatric Risk*, ed. by E.J. Anthony, 77-98.

- Glantz, M. D. G and Johnson, L.J. (2002). **Resilience and Development: positive life adaptation**. Kluwer Academic Publishers. New York
- Kumpfer, KL. (2002). **Factors and Processes Contributing to Resilience: in Glantz, M.D.G and Johnson, L.J. (Eds)**. Resilience and Development: positive life adaptation. Kluwer Academic Publishers. New York
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). **The development of competence in favorable and unfavorable environments. Lessons from research on successful children**. American Psychologist, 53(2), 205-220,
- Waller, MA., Okamoto, SK., Miles, BW., Hurdle, DE. (2003). **Resiliency factors related to substance use/resistance: perceptions of native adolescents of the Southwest**. Journal of Sociology and Social Welfare, Dec

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی