رابطه راهبردهای مقابله با تنش و سلامت روان با نگرش به اعتیاد نوجوانان

مجتبی حبیبی [۱]، احمد عاشوری [۲]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: این پژوهش با هدف بررسی رابطه سبک‌های مقابله با تنش و سلامت روان با نگرش به اعتیاد دانش‌آموزان انجام شده‌است.

مواد و روش‌ها: با استفاده از یک طرح پس‌رویدادی تعداد ۶۰۰ دانش‌آموز مقطع متوسطه شهر شیراز با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند که به ابزارهای پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای کارور، سلامت عمومی و پرسش‌نامه نگرش به اعتیاد پاسخ دادند. داده‌های پژوهش با استفاده از روش‌های آماری t، همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی گام به گام تحلیل شدند.

یافته‌ها: این مطالعه نشان داد که بین دانش‌آموزان برخوردار از سلامت روانی بهتر و دانش‌آموزانی که از سلامت روانی کمتری برخوردار هستند و در متغیر نگرش به اعتیاد تفاوت معنی‌داری وجود دارد. علاوه بر این بین سبک مقابله‌ای مسأله‌مدار و نگرش منفی به اعتیاد همبستگی مثبت معنی‌دار و بین سبک مقابله‌ای ناکارامد و نگرش منفی به اعتیاد همبستگی منفی معنی‌داری مشاهده شد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که سبک مقابله‌ای ناکارامد بهترین پیش‌بین نگرش مثبت به اعتیاد است.

نتیجه‌گیری: می‌توان گفت که سبک‌های مقابله‌ای و مؤلفه‌های سلامت عمومی در دانش‌آموزان، از اهمیت زیادی در غربالگری و مداخلات پیشگیری مربوط به خطر مصرف مواد برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: سبک‌های مقابله با تنش، سلامت عمومی، نگرش به اعتیاد

ارجاع: حبیبی مجتبی، عاشوری احمد. **رابطه راهبردهای مقابله با تنش و سلامت روان با نگرش به اعتیاد نوجوانان**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۳؛ ۱۲(۲): ۱۸۳-۱۷۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۰۲/۱۷ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۰۴/۱۷

۱- استادیار، روان‌شناسی سلامت، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان- انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: fatemehzargar@gmail.com

مقدمه

پدیده اجتماعی- پزشکی مصرف و سوءمصرف مواد در بین نوجوانان یکی از بحرانی‌ترین مسایل پیش روی جوامع امروزی است (۲-۱). رواج و مصرف مواد روان‌گردان جدید هم‌چون مواد توهم‌زا و قرص‌های اکستاسی (Methylenedioxy Methamphetamine) موجب تشدید و وخیم‌تر شدن این مسأله گردیده است. بر اساس تحقیقات، مصرف مواد صناعی جدید و از جمله اکستاسی در بین نوجوانان در ایالات‌متحده آمریکا افزایش حیرت‌انگیزی داشته است. یک زمینه‌یابی در آمریکا در سال ۲۰۰۶ نشان داد که ۶ درصد نوجوانان اکستاسی مصرف می‌کنند (۳). مصرف مواد روان‌گردان جدید در بقیه کشورها هم شیوع زیادی دارد.

Parrott (۴) با مرور مطالعات انجام شده در استرالیا، آلمان و کشورهای اروپایی دیگر به این نتیجه رسید که مصرف اکستاسی در بین نوجوانان از ۱ تا ۱۳ درصد رواج دارد. در کشور ما نیز گر چه آماری رسمی در زمینه مصرف این مواد وجود

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.3.3]

ندارد ولی شواهد و مشاهدات بالینی در مراکز مشاوره و درمانگاه‌های درمان و بازپروری اعتیاد حاکی است اعتیاد به مواد مخدر و مصرف و سوءمصرف مواد روان‌گردان جدید در بین نوجوانان از شیوع نسبتاً بالایی برخوردار است. درمان اعتیاد گران و دشوار است و سیستم درمانی جامعی با رویکردهای مختلف دارودرمانی، روان‌درمانی، بازپروری و بازتوانی را می‌طلبد. با این حال با گذشت سال‌ها ثابت‌شده که حتی مؤثرترین و جدیدترین شیوه‌های درمانی نیز با میزان بالایی از عود همراه است زیرا محیط بیماری‌زایی که مواد در آن به راحتی در دسترس است و شبکه اجتماعی دوستانی که حمایت‌کننده و تداوم‌بخش مصرف مواد هستند هر پیشرفتی را که در درمان حاصل می‌شود، تحلیل می‌برد. از این‌رو جلوگیری از مبتلا شدن افراد به اعتیاد آسان‌تر از درمان آن است (۵). در چنین شرایطی پیشگیری مناسب‌ترین و منطقی‌ترین راهکار به‌شمار می‌رود. در حال حاضر، الگوی پژوهشی عمده‌ای که هدایت‌کننده پژوهش‌های مداخله‌ای پیشگیرانه است، الگوی عوامل خطر و حفاظت‌کننده است (۶). این راهبرد پژوهشی تلاش می‌کند تا شرایطی را که سبب افزایش یا کاهش بروز آسیب روانی و مشکلات رفتاری در کودکان و نوجوانان است را شناسایی کند. عوامل خطرساز، ویژگی‌ها، متغیرها یا اتفاقاتی هستند که اگر برای یک شخص معین موجود باشند، بیشتر احتمال دارد که این شخص نسبت به شخصی که به‌طور تصادفی از جمعیت عمومی انتخاب شده است، اختلال معینی را رشد دهد. عوامل محافظت‌کننده آن‌هایی هستند که اگر موجود باشند، کمتر احتمال دارد یک چنین اختلالی به وجود آید (۷). فرضیه آزمون شده و مورد قبولی که از این چارچوب توصیفی به دست می‌آید آن است که هرچه عوامل خطری که یک کودک تجربه می‌کند بیشتر باشد، احتمال آن‌که او در دوران نوجوانی و جوانی مصرف مواد و مشکلات ناشی از آن را تجربه کند بیشتر خواهد بود. از طرف دیگر، پژوهشگران دریافته‌اند که هرچه بتوان عوامل خطر را در زندگی کودک کم کرد (مانند درمان مؤثر اختلالات روانی، تقویت مهارت‌های مدیریت خانواده در والدین و تشدید و حمایت از قوانین، ممنوعیت فروش مواد به افراد دارای سنین پایین و قوانین مربوط به مصرف مشروبات الکلی) فرد در برابر مشکلات اجتماعی و بهداشتی کمتر آسیب‌پذیر خواهد بود (۷).

از سوی دیگر عوامل محافظت‌کننده، عواملی هستند که در صورت وجود آن‌ها احتمال بروز یک اختلال کاهش می‌یابد. عوامل حفاظت‌کننده‌ای هم‌چون مهارت‌های مقابله با مشکلات، روابط خانوادگی محکم و توانایی موفقیت و پیشرفت در مدرسه کمک می‌کنند تا نوجوانان در برابر مصرف مواد مخدر محافظت شوند. پژوهش‌ها ثابت کرده‌اند که حتی اگر کودک در طول زندگی خود با تعداد قابل‌توجهی از عوامل خطر روبرو شود لزوماً دچار مصرف مواد مخدر و مشکلات همراه آن نخواهد شد. کودکان زیادی هستند که هر چند در خانواده‌ها و محیط‌های پرخطر رشد می‌کنند ولی با این حال عاری از مشکل هستند. بنا بر تحقیقات متعدد، دلیل این امر وجود عوامل حفاظت‌کننده‌ای است که احتمال بروز مصرف مواد مخدر را کاهش می‌دهد (۷). یکی از عوامل خطر مطرح شده در تحقیقات تنش است و عده‌ای از صاحب‌نظران مصرف مواد در بین جوانان و نوجوانان را پاسخی به افزایش عوامل استرس‌زا در زندگی آن‌ها و فقدان مهارت‌های مقابله‌ای کافی مناسب می‌دانند (۱۰-۸) . در مجموع و بر اساس نتایج مطالعاتی که رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای غیر انطباقی و سوءمصرف مواد را ردگیری کرده‌اند اعتقاد بر این است که سوءمصرف مواد می‌تواند نتیجه مقابله نامناسب با تنش‌های روزانه و حالات عاطفی منفی باشد (۱۵-۱۱).

سلامت روانی نامطلوب و اختلالات روانی یکی دیگر از عواملی است که در شروع و گسترش انواع اعتیاد هم‌چون سیگار (۱۹-۱۶)، الکلیسم (۲۱-۱۹) و ماری‌جوانا (۲۳-۲۲) دخیل دانسته می‌شود و در این راستا مصرف مواد نوعی خوددرمانی در نظر گرفته می‌شود.

نگرش مثبت به مصرف مواد نیز یکی از عوامل خطرساز مربوط به سوءمصرف مواد است (۲۶-۲۴، ۷). لذا شناسایی عوامل مؤثر بر نگرش نوجوانان به مصرف مواد و اصلاح آن یکی از راهبردهای شناخته‌شده در زمینه پیشگیری از اعتیاد است.

با توجه با این‌که اکثر پژوهش‌های مذکور در زمینه ارتباط تنش، راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روانی و اعتیاد بر روی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.3.3]

آزمودنی‌های مبتلا به اعتیاد و سوءمصرف مواد انجام گرفته است و تاکنون و بر اساس جستجوهای محققین پژوهشی در زمینه ارتباط این متغیرها با نگرش به مصرف مواد یافت نشد لذا پژوهش حاضر باهدف تعیین ارتباط راهبردهای مقابله با تنش و سلامت روانی با نگرش به اعتیاد در بین دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر شیراز انجام‌شده است.

مواد و روش‌ها

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان مقطع متوسط مشغول به تحصیل شهر شیراز بودند. نمونه آماری پژوهش حاضر را نیز ۶۰۰ نفر از این دانش‌آموزان تشکیل می‌دادند که با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. بدین منظور ۱ ناحیه از ۴ ناحیه آموزش و پرورش شهرستان شیراز به صورت تصادفی انتخاب و از آن ناحیه تعداد ۶ دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب گردید در مرحله بعد از هر دبیرستان ۲ کلاس انتخاب و پرسش‌نامه‌ها بین آن‌ها توزیع گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تی مستقل و رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای- این پرسش‌نامه توسط (Carver) و همکاران بر اساس مدل لازاروس (Lazarus) از تنیدگی و مدل خود نظم‌بخشی رفتاری تنظیم شده است(۲۷). این پرسش‌نامه یک مقیاس چندبعدی است و راه‌هایی را که مردم به تنیدگی پاسخ می‌دهند بررسی می‌کند. پرسش‌نامه مزبور دارای ۶۰ سؤال و ۱۵ مقیاس مقابله‌ای است که ۵ مقیاس (مقابله فعال، برنامه‌ریزی، جلوگیری از فعالیت‌های مزاحم، خویشتن‌داری و جستجوی حمایت اجتماعی ابزاری) فعالیت‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار را می‌سنجد ۵ مقیاس (تفسیر مجدد مثبت، شوخی، پناه بردن به امور دینی، جستجوی حمایت عاطفی و پذیرش) فعالیت‌های مقابله‌ای متمرکز بر عاطفه را می‌سنجد و ۵ مقیاس (عدم درگیری رفتاری، عدم درگیری فکری، انکار، استفاده از الکل، دارو و دخانیات و تمرکز بر احساسات و برون‌ریزی آن) روش‌های مقابله‌ای غیر مؤثر را مورد بررسی قرار می‌دهد.

ضریب آلفای کرونباخ در جامعه اصلی برای راهبردهای مقابله مسأله مدار ۸۲ درصد، هیجان مدار ۹۲ درصد، ناکارامد ۷۰ درصد بوده است. هم‌چنین ضریب پایایی کل آزمون ۷۰ درصد و بازآزمایی آن ۶۶ درصد است (۲۷). این پرسش‌نامه در سال ۱۳۸۱ توسط تابع بردبار(۲۸) برای جمعیت ایرانی ترجمه شده است وی برای محاسبه پایایی و روایی در زبان فارسی سپس توسط یک دانشجوی دکتری زبان، به انگلیسی برگردانده شد و با متن اصلی مقایسه گردید و اشکالات آن برطرف گردید. آزمون مذکور پس از ترجمه و تجدیدنظر به منظور آزمونی متغیر برای سنجش راه‌های مقابله مورد تأیید قرار گرفت. بدین منظور ضریب توافق در مورد وضوح و روشنی سؤالات ۷۶ درصد و در مورد میزان ارتباط از همسانی درونی استفاده شد و ضریب آلفا برابر ۹۰ درصد هست. ملازاده (۲۹) نیز برای تعیین اعتبار بازآزمایی به فاصله ۳۷ روز این پرسش‌نامه را بر روی ۷۶ نفر اجرا و ضریب ۷۹ درصد را به دست آورد. هم‌چنین در این پژوهش ضریب آلفا کل پرسش‌نامه ۸۰ درصد و در سطح عوامل نیز آلفای سبک مقابله‌ای مسأله‌مدار ۷۵درصد هیجان مدار ۸۳ درصد و ناکارامد ۷۱ درصد به‌دست آمد. در این پژوهش نمره فرد در هر یک از سبک‌های مقابله‌ای محاسبه شده است. جمع نمرات در هر یک از مقیاس‌ها به عنوان میزان استفاده از آن راهبرد مقابله‌ای در نظر گرفته می‌شود و بالاترین نمره در هر مورد نشانگر بیشترین استفاده از آن راهبرد هست.

پرسش‌نامه سلامت عمومی- این پرسش‌نامه با ماهیت چندگانه و خود اجرا که به منظور بررسی اختلالات روان‌شناختی طراحی شده است این پرسش‌نامه ممکن است برای نوجوانان و بزرگ‌سالان در هر سنی و به منظور کشف ناتوانی در عملکردهای به‌هنجار و حوادث آشفته‌کننده زندگی، در زندگی استفاده شود این آزمون جنبه تشخیصی ندارد و تنها می‌توان از آن برای سرند کردن افراد در شرایط حاد استفاده نمود (۳۰). فرم ۲۸ سؤالی پرسش‌نامه سلامت روانی توسط (Goldberg & Hillier) (۳۰) از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی شده است. سؤال‌های این پرسش‌نامه به بررسی وضعیت روانی فرد در

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.3.3]

یک ماهه اخیر می‌پردازد. تقوی (۳۰) در پژوهش بر روی ۱۶۷ دانشجو این پرسش‌نامه را اجرا (۲۸ سؤالی) کرد. در این پژوهش روایی پرسش‌نامه سلامت عمومی بر اساس سه روش باز آزمایی، تصنیفی و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت که به ترتیب ضرایب پایانی ۷۰ درصد و ۹۳ درصد و ۹۰ درصد به دست آمده است. هم‌چنین در این پژوهش برای مطالعه روایی از سه روش روایی هم‌زمان، همبستگی خرده آزمون‌ها با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شده است. روایی هم‌زمان ۵۵ درصد گزارش شد ضرایب همبستگی بین خرده آزمون‌های این پرسش‌نامه با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۷۲ درصد تا ۸۷ درصد گزارش شده است. در این پژوهش نمره کلی فرد در پرسش‌نامه مدنظر بوده است و بدین منظور نمره کلی سؤال‌ها که به صورت لیکرت و از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شده مورد استفاده قرار گرفت.

پرسش‌نامه سنجش نگرش به اعتیاد- این پرسش‌نامه ۲۳ سؤال دارد و بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی تنظیم شده است. این پرسش‌نامه در سال ۱۳۸۲ توسط ابوالفتحی تنظیم شده است. ابوالفتحی (۳۱) پایایی این پرسش‌نامه را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۶ گزارش می‌کند. این محقق جهت تعیین اعتبار علمی این ابزار از روش اعتبار محتوا استفاده کرده است.

یافته‌ها

برای بررسی فرضیه اول پژوهش مبنی بر وجود تفاوت معنی‌دار در نگرش نسبت به اعتیاد بین دانش‌آموزان دارای سلامت روانی بالا و پایین، از آزمون t مستقل استفاده شد.

بدین منظور و بر اساس نقطه برش پرسش‌نامه سلامت عمومی در ایران (نمره ۲۳) دانش‌آموزانی که در این مقیاس نمره‌ای پایین‌تر از ۲۳ داشتند به عنوان گروه برخوردار از سلامت روانی و دانش‌آموزانی که نمره بالاتر از ۲۳ داشتند به عنوان گروهی که از سلامت روانی کمتری برخوردار هستند در نظر گرفته شدند. نتایج این تحلیل در جدول (۱) آمده است.

همان‌طور که از نتایج مندرج در جدول مشاهده شود، از آن‌جا که نمره بالاتر در مقیاس نگرش به معنی نگرش منفی‌تر نسبت به اعتیاد است می‌توان گفت نگرش به اعتیاد دانش‌آموزان برخوردار از سلامت روانی نسبت به دانش‌آموزانی که از سلامت روانی بدتری برخوردارند منفی‌تر است.

در تحلیل رگرسیون انجام‌شده متغیرهای سلامت عمومی، راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار، راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و راهبردهای مقابله‌ای ناکارامد به عنوان پیش‌بینی‌کننده و متغیر نگرش به اعتیاد به عنوان متغیر ملاک مورد بررسی قرار گرفت. برای تحلیل اثرات متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک، روش تحلیل رگرسیون گام به گام به‌کاربرده شد (جدول ۲). نتایج گام دوم رگرسیون خطی گام به گام (جدول ۲) حاکی از آن است که متغیرهای پیش بین ۸۴ درصد از تغییرات خرده مقیاس نگرش به اعتیاد را در دانش‌آموزان تبیین می‌کند (p<۰/۰۰۱ و ۱۲۹۱/۲۱=(۵۰۳ و ۲)f). در این گام راهبرد مقابله‌ای ناکارامد (p<۰/۰۰۱ و ۰/۷۷ =B) و متغیر سلامت عمومی (p<۰/۰۰۱ و ۰/۱-=B) اثر پیش‌بینی‌کنندگی معنی‌داری بر روی نگرش به اعتیاد دارد.

جدول ۱. مقایسه میانگین دو گروه در مقیاس نگرش به اعتیاد

شاخص گروه	آزمون F لون	سطح معنی‌داری	میانگین	انحراف معیار	t	سطح معنی‌داری
از سلامت روانی بالا	۲/۱۲	۰/۱۴	۳۳/۸۱۳	۵/۱۲۳	۲/۵۷۴	۰/۰۱
سلامت روانی پایین			۳۲/۳۷۵	۷/۰۹۶		

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.3.3]

جدول ۲. نتایج گام آخر تحلیل رگرسیون گام به گام راهبردهای مقابله ناکارامد، سلامت روان، راهبردهای مقابله مسأله‌مدار، راهبردهای مقابله هیجان‌مدار بر روی نگرش به اعتیاد

آمار / متغیرهای پیش‌بین	B	SE.	Beta	t	p.	F	p.value
مقدار ثابت	۵۲/۱۲	۰/۴۶	–	۱۱۳/۷۹	۰/۰۰۱		
راهبردهای مقابله ناکارامد	−۰/۷۷	۰/۰۲	−۰/۸۹	−۴۹/۰۵	۰/۰۰۱		
سلامت روان	−۰/۱	۰/۰۱	−۰/۱۳۵	−۷/۴۶	۰/۰۰۱	۱۲۹۱/۲۱	۰/۰۰۱
راهبردهای مقابله مسأله مدار	–	–	۰/۰۰۷	۰/۳۹	۰/۶۹		
راهبردهای مقابله هیجان مدار	–	–	۰/۰۲۴	۱/۳۲	۰/۱۹		

بحث و نتیجه‌گیری

اولین یافته این پژوهش از تأیید فرضیه اول پژوهش به دست آمد این فرضیه حاکی از این بود که «دانش‌آموزانی که از سلامت روانی کمتری برخوردارند نسبت به دانش‌آموزانی که از سلامت روانی بیشتری برخوردار هستند نگرش مثبت‌تری نسبت به اعتیاد دارند». برای ارزیابی این فرضیه از آزمون t مستقل استفاده شد که نتایج معنی‌دار به دست آمد. این یافته حاکی از آن بود که نگرش به اعتیاد دانش‌آموزان برخوردار از سلامت روانی نسبت به دانش‌آموزانی که از سلامت روانی کمتری برخوردارند منفی‌تر است. این یافته با نتایج سایر مطالعات (۳۴-۳۲) همسو است. علاوه بر این، این یافته با اصول نظریه خوددرمانی کانتزیان نیز همسو است. بر اساس این نظریه سوءمصرف مواد از سوی افراد معتاد نوعی خوددرمانی دانسته می‌شود که افراد معتاد برای رفع مشکلاتی هم‌چون افسردگی به مصرف این مواد روی می‌آورند.

نتایج نشان می‌دهند که بین دو متغیر میزان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار و نگرش منفی به اعتیاد همبستگی مثبت معنی‌داری مشاهده شود به عبارت دیگر هر چه میزان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار افزایش می‌یابد نگرش فرد نسبت به اعتیاد منفی‌تر می‌شود. نتایج جدول بیانگر این است که بین دو متغیر میزان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارامد و نگرش به اعتیاد رابطه معکوس وجود دارد. به عبارت دیگر می‌توان گفت با افزایش میزان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارامد نگرش فرد نسبت به اعتیاد مثبت‌تر می‌شود. این یافته‌ها با نتایج سایر مطالعات (۳۹-۳۵) همسو می‌باشد. با توجه به اهمیت نقش مقابله در اعتیاد می‌توان گفت هنگامی که سطح تنیدگی فرد به درجه‌ای از شدت می‌رسد فرد احتمالاً از مواد به عنوان راهی جهت مقابله با طیف وسیعی از مشکلات بین‌فردی استفاده می‌کند. این وضع به چند دلیل رخ می‌دهد. ممکن است فرد در دوره نوجوانی راهبردهای مؤثر مقابله با مشکلات زندگی بزرگ‌سالی را فرا نگرفته باشد.

بر اساس مدل فشار اجتماعی (۴۰) احتمال سوءمصرف مواد تابعی است از سطح تنیدگی‌ای که فرد تجربه می‌کند و این سطح تنیدگی به‌وسیله سه متغیر تعدیل‌کننده حفاظت می‌شود. این تعدیل‌کننده‌ها شبکه‌های اجتماعی، صلاحیت‌های اجتماعی و منابع اجتماعی هستند. این تعدیل‌کننده‌ها باهمدیگر تعامل کرده و باهم فرد را از اثر تنیدگی محافظت می‌کنند (۴۱). به‌طور کلی این نظریه که تنیدگی در افراد آسیب‌پذیر منجر به سوءمصرف مواد و در افراد معتاد منجر به عود می‌شود مطلب جدیدی نیست. بیشتر نظریه‌های مهم در مورد اعتیاد مسلم دانسته‌اند که تنیدگی نقش مهمی در افزایش مصرف و عود ایفا می‌کند (۴۲).

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از وجود همبستگی مثبت بین نگرش منفی به اعتیاد و میزان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار بود. به عبارت دیگر

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.3.3]

دانش‌آموزانی که از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند نیز نگرشی منفی به اعتیاد دارند. در تبیین این یافته می‌توان به گفته (sinha) (۴۲) اشاره کرد که سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار را نیز هم‌چون سبک مقابله‌ای مسأله‌مدار انطباقی می‌داند زیرا استفاده از این سبک مقابله‌ای نیز به حل مشکل می‌انجامد و بنابراین تبیین‌های ذکرشده در یافته‌های قبلی (رابطه راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار و راهبردهای مقابله‌ای ناکارامد با نگرش به اعتیاد) در مورد این یافته نیز مصداق دارد.

بر اساس یافته دیگر این پژوهش دو متغیر راهبردهای مقابله‌ای ناکارامد و سلامت روانی اثر پیش‌بینی‌کنندگی معنی‌داری روی نگرش به اعتیاد دارد و در این میان راهبرد مقابله‌ای ناکارامد اثر پیش‌بینی‌کنندگی قوی‌تری بر نگرش به اعتیاد دارد. گرچه پژوهش مستقیمی در این زمینه وجود ندارد که بتوان این یافته را با آن مقایسه کرد ولی می‌توان این یافته را با یافته‌های پژوهش‌هایی که ارتباط اعتیاد و راهبردهای مقابله‌ای (۳۸-۳۵) را مورد بررسی قرار می‌دهند همسو دانست. در تبیین این یافته می‌توان به فرضیات و اصول مدل فشار اجتماعی (۳۹) اشاره کرد و گفت هنگامی که سطح تنیدگی فرد به درجه‌ای از شدت می‌رسد فرد احتمالاً از مواد به عنوان راهی جهت مقابله با طیف وسیعی از مشکلات بین فردی استفاده می‌کرده است. این وضع به چند دلیل رخ می‌دهد. ممکن است فرد در دوره نوجوانی راهبردهای مؤثر مقابله با مشکلات زندگی بزرگ‌سالی را فرا نگرفته باشد؛ و همین‌طور ممکن است توانایی فرد در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر در نتیجه سایر مشکلات هم‌چون یک اختلال روان‌پزشکی تضعیف شده باشد.

پیش‌بینی نگرش به اعتیاد با سلامت روانی را نیز می‌توان با نتایج (۳۴-۳۳) همسو دانست. همان‌طور که قبلاً گفته شد یکی از نظریه‌های مطرح در بحث اعتیاد نظریه خوددرمانی کانتزیان (۴۳) است و بر اساس این نظریه مصرف مواد نوعی خوددرمانی دانسته می‌شود و بنابراین وضعیت سلامت روانی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده نگرش به اعتیاد باشد.

در کنار نقطه قوت پژوهش حاضر در بررسی عوامل فردی پیشگیری از سوء مصرف مواد در نوجوانان محدودیت‌های آن باید مد نظر باشد. اول، ماهیت مقطعی بودن این پژوهش و تکیه بر خودگزارشی مصرف مواد توسط نوجوانان به صورت مستقیم و لزوم توجه به روش‌های مطالعه طولی این عوامل و استفاده از روش‌های مصاحبه با نوجوان، استفاده از فرم‌های والدین و همسالان برای شناسایی عوامل خطرساز و محافظت کننده ابتلا به مصرف مواد. دوم، مدرسه‌محور بودن چنین مطالعاتی که عامل اصلی کنار گذاشتن نوجوانان ترک تحصیل کرده، اخراج شده، نوجوانان کار، خیابانی، زندانی و غیره می‌گردد و میزان تعمیم‌پذیری نتایج را به جامعه عمومی نوجوانان کاهش می‌دهد. در واقع ممکن است این قشر از نوجوانان مکانیسم‌های متفاوتی از درگیر شدن در رفتار مصرف مواد را تجربه کنند که خارج از بحث چنین نمونه‌گیری است و نیازمند اجرا و تدوین مطالعات خاص خود است. سوم، جامع نبودن ابزار اندازه‌گیری و نیاز مبرم به طراحی ابزار بومی برای سنجش کامل عوامل خطرساز- محافظت کننده در تمام سطوح آن برای سنین نوجوانی شامل سنین ۱۱-۱۹ سال در این زمینه احساس می‌شود. چهارم، اجرای تحقیقات کیفی در ارزیابی عوامل خطرساز و محافظت‌کننده براساس گراندد تئوری می‌تواند زمینه‌های لازم را برای بومی کردن مدل‌های پیشگیری مهیا سازد. با وجود محدودیت‌های بالا، بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان گفت که برنامه‌های پیشگیری بایستی در بالا بردن آگاهی والدین در خصوص اهمیت پیوند والد- کودک و بهینه‌سازی این ارتباط، کاهش مشکلات رفتاری کودکان هم‌چون رفتارهای تکانشی و خشونت‌آمیز، افزایش توانمندی نوجوانان در بازداری‌های کلامی- عملی در موقع مواجهه با موقعیت خطرساز، افزایش نگرش منفی والدین نسبت به همه انواع مواد و ارایه بازخورد به نوجوانان، آگاهی دادن به فرزندان در انتخاب دوستان و نوع ارتباط با آن‌ها و نظارت بر این دوستی‌ها عمل نمایند.

مصرف مواد مخدر و داروهای ممنوعه توسط نوجوانان با

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.3.3]

کاهش طول عمر، حوادث، حاملگی ناخواسته، خودکشی و خشونت میان نوجوانان ارتباط مستقیم دارد و اعتیاد جسمی و روانی نوجوانان به مواد مخدر یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی جوامع است. انجام برنامه‌ریزی صحیح و انجام مداخلات علمی برای پیشگیری از مواجهه با سوء مصرف داروهای ممنوعه به عنوان یک ضرورت شناخته شده است. از آن‌جا که اکثر مداخلات درمانی و باز توانی معتادان با شکست مواجه شده است و در بسیاری از موارد فرد به علت وابستگی جسمی– روانی مجدداً اقدام به مصرف این داروها و مواد کرده است، پیشگیری از مواجهه یا تمایل جوانان به سوء مصرف مواد کارامدترین راهکار برای پیشگیری از بروز و افزایش شیوع اعتیاد در جامعه است. سه رویکرد: الف) حذف ترکیبات پاتوژن یا مواد مخدر، ب)کنترل وضعیت‌های محیطی گسترش‌دهنده مواد مخدر، ج) افزایش مقاومت افراد در مقابله با مواد مخدر مهم‌ترین راهکارهای مقابله با مواد مخدر است. افزایش مقاومت افراد، جامعه و به خصوص نوجوانان را برای مبارزه با مواد مخدر به صورت فعال آماده می‌کند. تحلیل عوامل زمینه‌ساز مصرف مواد مخدر عوامل مؤثر در پیشگیری از مصرف مواد مخدر بر اساس نظریه‌های تغییر رفتار بخش مهمی از مداخلات سودمند برای پیشگیری از مصرف مواد مخدر میان نوجوانان است. در واقع راهبردهای پیشگیری اولیه برای نوجوانان با به کارگیری نظریه‌ها و مدل‌های تغییر رفتار کارامدترین روش برای پیشگیری از همه‌گیری سوء مصرف مواد است.

References

1. Greydanus DE, Patel DR. Substance abuse in adolescents: A complex conundrum for the clinician. Pediatr. Clin North Am 2003; 50(5): 963-1231.
2. Tarter RE. Etiology of adolescent substance abuse: A developmental perspective. The American Journal on Addictions 2002; 11(3):171-91.
3. Martins SS, Storr CL, Alexandre PK, Chilcoat HD. Adolescent ecstasy and other drug use in the National Survey of Parents and Youth: The role of sensation-seeking, parental monitoring and peer's drug use. Addictive behaviors 2008; 33(7):919-33.
4. Parrott AC. Human psychopharmacology of Ecstasy (MDMA): A review of 15 years of empirical research. Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental 2001;16(8):557-77.
5. Botvin GJ. Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. Addictive behaviors 2000;25(6):887-97.
6. Hawkins JD, Catalano RF, Arthur MW. Promoting science-based prevention in communities. Addictive behaviors. 2002; 27(6):951-76.
7. Pandina R J. Risk and protective model in adolescent drug use: Putting them to work for prevention. [online]. 2001. Available From: URL: http//:165.112.61/metsum/coda/risk/html.
8. Anda Dd, Baroni S, Boskin L, Buchwald L, Morgan J, Ow J, et al. Stress, stressors and coping among high school students. Children and Youth Services Review 2000; 22(6):441-63.
9. Merrill JE, Thomas SE. Interactions between adaptive coping and drinking to cope in predicting naturalistic drinking and drinking following a lab-based psychosocial stressor. Addictive behaviors. Addictive Behaviors 2013; 38: 1672–8.
10. Wong CF, Silva K, Kecojevic A, Schrager SM, Bloom JJ, Iverson E, et al. Coping and emotion regulation profiles as predictors of nonmedical prescription drug and illicit drug use among high-risk young adults. Drug Alcohol Depend 2013; 108(10):1700-3.
11. Franken IH, Hendriks VM, Haffmans P, van der Meer CW. Coping style of substance- abuse patients: Effects of anxiety and mood disorders on coping change. Journal of clinical psychology 2001; 57(3):299-306.
12. Shafeie Amiri M, Ariaie Far S. P-87-Relationship between coping strategies, sensation seeking, and attachment styles on substance abuse trends. European Psychiatry: 2012; 27:1.
13. Chiong AS, Bry BH, Johnson VL. Mediators between coping styles and substance use/intentions in urban, high school freshmen. Addictive behaviors 2010; 35(1):57-9.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.3.3]

14. Bobadilla L, Taylor J. Relation of physiological reactivity and perceived coping to substance use disorders. Addictive behaviors. 2007; 32(3):608-16.
15. Wagner EF, Myers MG, McIninch JL. Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance use. Addictive behaviors 1999; 24(6):769-79.
16. Grant BF, Hasin DS, Chou SP, Stinson FS, Dawson DA. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Archives of General Psychiatry. 2004; 61(11):1107- 15.
17. Hagman BT, Delnevo CD, Hrywna M, Williams JM. Tobacco use among those with serious psychological distress: results from the national survey of drug use and health, 2002. Addictive behaviors 2008; 33(4):582-92.
18. Morissette SB, Tull MT, Gulliver SB, Kamholz BW, Zimering RT. Anxiety, anxiety disorders, tobacco use, and nicotine: a critical review of interrelationships. Psychological bulletin 2007; 133(2):245-72.
19. James A. Cranforda, Daniel Eisenberg b, AMSc. Substance use behaviors, mental health problems, and use of mental health services in a probability sample of college students. Addictive behaviors 2009; 34(2): 134-45.
20. Weitzman ER. Poor mental health, depression, and associations with alcohol consumption, harm, and abuse in a national sample of young adults in college. The Journal of nervous and mental disease 2004; 192(4):269-77.
21. Stewart SH, Zvolensky MJ, Eifert GH. Negative-reinforcement drinking motives mediate the relation between anxiety sensitivity and increased drinking behavior. Personality and Individual Differences 2001; 31(2):157-71.
22. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Exploring the association between cannabis use and depression. Addiction 2003; 98(11):1493-504.
23. Buckner JD, Keough ME, Schmidt NB. Problematic alcohol and cannabis use among young adults: The roles of depression and discomfort and distress tolerance. Addictive behaviors 2007; 32(9):1957.
24. Chabrol H, Massot E, Mullet E. Factor structure of cannabis related beliefs in adolescents. Addictive behaviors 2004; 29(5):929-33.
25. Chabrol H, Ducongé E, Casas C, Roura C, Carey KB. Relations between cannabis use and dependence, motives for cannabis use and anxious, depressive and borderline symptomatology. Addictive behaviors 2005; 30(4):829-40.
26. Brook JS, Morojele NK, Pahl K, Brook DW. Predictors of drug use among South African adolescents. Journal of Adolescent Health 2006; 38(1):26-34.
27. Vollrath M, Alnæs R, Torgersen S. Differential effects of coping in mental disorders: A prospective study in psychiatric outpatients*. Journal of clinical psychology 2003; 59(10):1077-88.
28. Bordbar F. investigating relationship between coping strategies and social support in adolescence and its relation to academic achievement. Master of Arts thesis, Shiraz University [In Persian].
29. Molazadeh J, Mansor M, Ezhei J, Kiamanesh A. Coping styles and marital adjustment in children. Journal of Psychology 2002; 6(3): 255-76. [In Persian].
30. Taghavi M, Validity and Reliability of GHQ on a group of students at Shiraz University. 2000, Journal of Psychology. 2002; 4(1): 381-398. [In Persian].
31. Abolfathi M. The effect of training based on health belief model on the knowledge and attitudes of high school students in the first grade boys and girls to prevention of drug abuse [MsC Thesis]. Shiraz, Iran; Shiraz University:2002 [In Persian].
32. Chisolm DJ, Mulatu MS, Brown JR. Racial/ethnic disparities in the patterns of co-occurring mental health problems in adolescents in substance abuse treatment. Journal of substance abuse treatment. 2009; 37(2):203-10.
33. Hovey JD. Mental health and substance abuse. Migrant Health Issues 2001;19: 33-47.
34. Feeney G, Connor J, Young RM, Tucker J, McPherson A. Improvement in measures of psychological distress amongst amphetamine misusers treated with brief cognitive–behavioural therapy (CBT). Addictive behaviors 2006; 31(10):1833-43.
35. Robinson SM, Walsh J. Cognitive factors affecting abstinence among adolescent polysubstance abusers. Psychological reports 1994; 75(1):579-89.
36. Breslin FC, O'Keeffe MK, Burrell L, Ratliff-Crain J, Baum A. The effects of stress and coping on daily alcohol use in women. Addictive behaviors 1995;20(2):141-7.
37. Lewinsohn PM, Gotlib IH, Seeley JR. Adolescent psychopathology: IV. Specificity of psychosocial risk factors for depression and substance abuse in older adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1995; 34(9):1221-9.
38. Quirk SW, McCormick RA. Personality subtypes, coping styles, symptom correlates, and substances of choice among a cohort of substance abusers. Assessment 1998; 5(2):157-69.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.3.3]

39. McKEE SA, Hinson RE, Wall A-M, Spriel P. Alcohol outcome expectancies and coping styles as predictors of alcohol use in young adults. Addictive behaviors 1998; 23(1):17-22.
40. Rhodes JE, Jason LA. A social stress model of substance abuse. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1990; 58(4):395- 401.
41. Hersen M, Turner SM, Beidel DC. Adult psychopathology and diagnosis: Wiley; 2011.
42. Sinha R. How does stress increase risk of drug abuse and relapse? Psychopharmacology 2001; 158(4):343-59.
43. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. The Cocaine Crisis: Springer; 1987: 65-74.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.3.3]

The relationship of coping skills and mental health with attitude to addiction in adolescents

Mojtaba Habibi [1], Ahmad Ashori [2]

Original Article

Abstract

Aim and Background: The aim of the study was to investigate the relationship of coping skills and mental health with attitude to addiction in high school students

Methods and Materials: The subjects of this study consisted of 600 high school students (300 girls, 300 boys) who were selected by multiphase cluster sampling from high schools in city of Shiraz and were assessed with coping inventory, GHQ-28 and attitude to addiction inventory. The data were analyzed using Pearson multiple regression and t test methods.

Findings: Findings showed that there is a significant difference between adolescents who have high score on GHQ (bad condition) and who have low score on GHQ (better condition) in attitude to addiction. Furthermore a positive significant relationship was found between the problem focused coping and negative attitude to addiction. Also between non-effective coping skills and negative attitude to addiction a negative significant correlation was found. Regression analysis showed that non-effective coping skills are the best predictor of negative attitude to addiction.

Conclusions: It can be argued that coping styles and general health in students have a great importance in screening and preventive interventions for substance use.

Keywords: Coping Style, General Health, Attitude to Addiction

Citation: Habibi M, Ashori A. **The relationship of coping skills and mental health with attitude to addiction in adolescents.** J Res Behave Sci 2014; 12(2): 174-183

Received: 06.05.2012 Accepted: 08.07.2014

1- Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

2- Tehran Institute of Psychiatry-School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences , Tehran, Iran(Corresponding Author) Email: ahmad.ashouri@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.3.3]