

رابطه میان راهبردهای مقابله با استرس و وضعیت سلامت روانی خانواده‌های معتادین مراکز ترک اعتیاد استان گیلان با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی

دکتر بهمن اکبری^۱

چکیده

مطالعه حاضر به بررسی رابطه بین راهبردهای مقابله با استرس و وضعیت سلامت گیلان می‌پردازد. به همین منظور تعداد ۲۵۱ نفر از خانواده‌های مراجعان (همسران و روانی در میان خانواده‌های معتادین سرپایی واحدهای خود معرف و خصوصی استان والدین) که جهت ترک مواد فرزندان و همسران خود به مراکز خود معرف و خصوصی مراجعه کرده بودند به صورت نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند روش پژوهشی توصیفی - مقطعی بود و هدف پژوهش تعیین رابطه بین انواع راهبردهای مقابله با استرس و وضعیت سلامت روانی با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی بود و به همین جهت برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های سبک‌های مقابله (C.S.Q) و پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q) استفاده گردید و سرانجام داده‌ها با استفاده از روشهای آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و...) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی و رگرسیون) مورد تحلیل قرار گرفتند. بررسی ضریب همبستگی بین سلامت روانی با راهبردهای مسأله مدار، هیجان مدار و انفصالی تا سطح بیش از ۹۹ درصد تأیید می‌گردد. همچنین سلامت روانی با راهبرد اجتنابی دارای همبستگی نمی‌باشد. به عبارت دیگر بین سلامت روانی با راهبرد مسأله مدار ($r=0/34$) و راهبرد هیجان مدار با سلامت روانی ($r=0/50$) و انفصالی با سلامت روانی ($r=0/18$) در سطح معناداری $0/05$ رابطه وجود دارد. و همچنین

بین راهبرد هیجان مدار با سلامت روانی ($r=0/034$) می‌باشد که در سطح آلفای $0/05$ معنادار نمی‌باشد. به علاوه بین راهبرد مقابله مساله مدار و وضعیت سلامت روانی با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی رابطه معنی دار وجود داشت و میزان رابطه تا سطح اطمینان بیش از $0/99$ درصد تأیید می‌گردد و نتایج حاصل از اجرای آزمون آماری رگرسیون معادله پیش بینی بیشترین سهم را در راهبرد مقابله مساله مدار و وضعیت سلامت روانی دارد؛ ولی رابطه سایر راهبردهای اجتنابی، هیجانی و انفصالی با سلامت روانی با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی معنی‌دار نبود.

واژه‌های کلیدی: استرس، راهبردهای مقابله با استرس، سلامت روانی

مقدمه

مقوله استرس و راهبردهای مقابله با آن از جمله نخستین موضوعاتی است که در پنجاه سال اخیر به طور تجربی مورد کاوش قرار گرفته و همین امر باعث شده که تحقیقات متعدد و فراوانی در مورد چگونگی مقابله با آن صورت گیرد. نتایج بعضی از تحقیقات نشان می‌دهد که روشها یا راهبردهایی که افراد در پاسخ دادن به محرکهای تنش زا مربوط به زندگی نشان می‌دهند، نقش مهمی در احتمال قربانی شدن یا گرفتارآمدن آنها به آسیب روانی خانواده برعهده دارند (لیتر، نقل از ساعتچی، ۱۳۷۶) همچنین در یک تحقیق دیگر نشان داده شده است که افرادی که برای کنترل مشکلات خود از راهبردهای مناسب استفاده می‌کنند، کمتر دچار آسیب روانی می‌شوند و در مقابل افرادی که از راهبردهای هیجانی یا اجتنابی استفاده می‌کنند بیشتر در معرض فرسودگی عاطفی، هیجانی و نگرشی (دگرسان بینی خود) قرار می‌گیرند (موس، ۱۹۸۱ ساعتچی، ۱۳۷۶).

یکی از نظریه‌هایی که در سالهای اخیر در مورد استرس و سلامت روانی ارائه شده، دیدگاه روانشناسان شناختی به ویژه لازاروس و همکارانش (۱۹۹۲) می‌باشد؛ آنها بر این باورند که فشارهای روانی به شناخت فرد از خود و محیط بستگی پیدا می‌کند در این نظریه فشار روانی هنگامی حاصل می‌شود که فرد دریابد که شرایط طوری است که بر او فشار بیش از حد وارد شود و ممکن است سلامت روانی او را در معرض خطر قرار دهد. بدیهی است که رویدادهای فشارزا

در پیدایش بیماری نقش مهمی دارند؛ اما این نقش از تعامل آن با عوامل زیست شناختی (آمادگی برای آسیب پذیری در برابر برخی بیماریها حاصل می شود. هر گاه نخستین تلاشهای آدمی برای مقابله با مسأله و مشکل به جایی نرسد، در آن صورت اضطراب وی بیشتر شده، تلاشهای کم انعطاف می شود و راه حل های دیگر مسأله از نظرش دور می ماند (اتکینسون و هلیگارد، ۱۹۸۶، به نقل از براهنی، ۱۳۷۶). گفته می شود که استرس و افسردگی احتمالاً خطر سرطان را افزایش می دهد، ولی این تاثیر ضعیف است، برای مثال در بررسی ۶۷۳ بیمار مبتلا به سرطان پستان بین رویدادهای استرس زای قبل از بیماری و مدت زمان زنده ماندن بیماران رابطه ای پیدا نشد (مانسیل، بریسون، موندور، و رالت و دشنز، ۲۰۰۱)؛ اما حمایت اجتماعی سیستم ایمنی را تقویت می کند (کوهن، دوپیل، ترنز، آلپرواسکونر، ۲۰۰۳) و زمان زنده ماندن و کیفیت زندگی بیماران سرطانی را افزایش می دهد، یعنی حتی اگر استرس علت قطعی سرطان نباشد کاهش استرس سلاح خوبی برای مبارزه با سرطان است.

اغلب راهبردهای مقابله با استرس را در دو طبقه کلی تقسیم بندی نموده اند، که یکی از آنها راهبرد مقابله مسأله مدار (اداره کردن) است که به موجب آن افراد دقیقاً به رویداد استرس زا توجه می کنند و می کوشند اقدامات موثری انجام دهند، روش دیگر مقابله هیجان مدار (کم اثر کردن) است که به موجب آن افراد سعی می کنند واکنش هیجانی خود را ضعیف کنند. گفته می شود که راهبردهای مسئله مدار موثرتر می باشند (گراس، ۲۰۰۱، به نقل از کالات، ۲۰۰۵)؛ برای مثال، یک راه برای کنار آمدن، درخواست کمک و حمایت از دوستان می باشد. حمایت آنها به آرام کردن هیجانها (هیجان مدار) کمک می کند ولی امکان دارد به حل و فصل کردن خود مشکل کمک می کند (مسئله مدار). در واقع، حمایت کردن اجتماعی دیگران سلامتی را حتی بیشتر از حمایت شدن از جانب دیگران تقویت می کند (براون، نسه، و نیکور و اسمیت، ۲۰۰۳، به نقل از کالات، ۲۰۰۵). تحقیقات کوباسا درباره ویژگی های شخصیتی افراد مقاوم در برابر فشارهای روانی در قالب سه واژه تعهد، مبارزه جویی و کنترل خلاصه می شود. این ویژگی ها

با عوامل تعیین کننده شدت فشار روانی از چندین جهت رابطه دوسویه دارند (کوباسا، ۱۹۷۹، نقل از پاول وانرایت، ۱۹۸۲).

مازیار (۱۹۷۵، به نقل از پیرمرادی، ۱۳۸۱) در تحقیقات خود بر روی خانواده‌های معتادان نشان داد که پدران معتادان به مواد مخدر، غالباً دارای رفتارهای اجتنابی معمولاً غایب و با خلاء عاطفی با فرزندان خویش توصیف می‌شوند و دارای رفتارهای انفعالی می‌باشند در حالیکه مادران آنها دارای رفتارهای مبالغه آمیز فعال و پرتحرک، با گذشت و با نشانه‌های چسبندگی انگلی تشریح شده‌اند و در تمامی مطالعات و تحقیقات که در این مورد صورت گرفته، اعتیاد به مواد مخدر غالباً به عنوان ایجاد توازن کاربردی در راستای استحکام روابط زناشویی تلقی گردیده است. نظر غالب گویای این مطلب بود که اعتیاد یک وسیله تنظیم کننده هموستاتیگ در زندگی زناشویی والدین است که زن و شوهر را از توجه و پرداختن به مشکلات خویش باز می‌دارد.

استانتون (۱۹۸۷) به این موضوع اصرار داشت که در خانواده والدین معتاد، بیشتر حالت‌های انزواجویی وجود دارد تا پرخاشگری و عصبانیت، یعنی افراد سبک مقابله با فشارهای روانی را بیشتر اجتنابی دارند تا هیجانی. او معتقد بود که در خانواده افراد معتاد یک نوع پردازش ناکافی در مورد موضوع جدایی والدین که آفریننده عوامل دردناک می‌باشد، قابل مشاهده است (پیرمرادی، ۱۳۷۹).

چارمت (۱۹۹۰) نیز، از اعتیاد به عنوان ضربه شدید اجتماعی در مرحله ای از چرخه زندگی یاد می‌کند که طی آن استعداد‌های جوان با ارزش‌های که افراد گروهها، نمادهای برون خانوادگی را بروز تعارض شدید پیدا می‌کند (پیرمرادی ۱۳۸۱).

لذا با توجه مطالب فوق این سؤال و مسأله مطرح می‌شود که آیا بین راهبردهای مقابله با استرس و وضعیت سلامت روانی خانواده‌های معتادان رابطه وجود دارد یا خیر، و آیا بین عوامل جمعیت شناختی مانند سن، جنس، تحصیلات و طبقه اجتماعی- اقتصادی با راهبردهای مقابله با استرس و سلامت روانی رابطه وجود دارد یا خیر؟

فرضیه‌های پژوهش

- ۱- میان راهبرد مقابله مسأله مدار و وضعیت سلامت روانی خانواده‌های معتادان با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی آنها رابطه وجود دارد.
- ۲- میان راهبرد مقابله هیجان مدار و وضعیت سلامت روانی خانواده‌های معتادان با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی آنها رابطه وجود دارد.
- ۳- میان راهبرد مقابله اجتنابی و وضعیت سلامت روانی خانواده‌های معتادان با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی آنها رابطه وجود دارد.
- ۴- میان راهبرد مقابله انفصالی و وضعیت سلامت روانی خانواده‌های معتادان با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی آنها رابطه وجود دارد.

روش پژوهش و ابزار جمع آوری داده‌ها

نوع پژوهش حاضر توصیفی-مقطعی می‌باشد روش تحقیق همبستگی است جامعه آماری این پژوهش کلیه، خانواده‌های مراجعه کننده به واحدهای ترک اعتیاد خصوصی و خود معرف استان گیلان می‌باشند که در سال ۸۴-۸۵ به همراه فرزندان و همسران خود جهت ترک مواد مخدر رجوع کرده بودند. حجم نمونه در این پژوهش تعداد ۲۵۱ نفر از خانواده‌های معتادان (همسران و والدین) بودند که به شیوه نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و به وسیله پرسشنامه راهبرد مقابله با استرس و سلامت عمومی، مورد آزمون قرار گرفتند. ابزار اندازه گیری شامل:

- ۱- پرسشنامه ساخته محقق که در آن ویژگی‌های جمعیت شناسی آزمودنیها شامل سن، جنس، تحصیلات، طبقه اجتماعی، اقتصادی و وضعیت شغلی لحاظ شده است.
- ۲- پرسشنامه راهبرد مقابله با استرس (C.S.Q) که توسط روجر، جارویس، نجاریان (۱۹۹۳) در کشور انگلستان تهیه شد که فرم اولیه آنها دارای ۶۰ سؤال در طیف لیکرت بود که چهار راهبرد مسأله مدار، هیجانی اجتنابی و

انفصالی را می‌سنجد پس از بررسی روان‌سنجی لازم، تعداد سؤالات پرسشنامه توسط سازندگان آن به ۵۰ سؤال تقلیل یافت. پاکنژاد (۱۳۷۳) این پرسشنامه را بر روی دانشجویان گروه دانشگاه آزاد واحد تهران شمال هنجاریابی نمود و ضریب پایانی آن را ۰/۷۹ گزارش داد. نگارنده در پژوهش حاضر (۱۳۸۵) مجدداً پرسشنامه مذکور را بر روی خانواده‌های معتادان هنجاریابی نمود و ضریب پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ به دست آورد.

۳- پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q) شامل ۲۸ سؤال می‌باشد در طیف لیکرت طراحی شده است. ۷ سؤال این پرسشنامه شامل مشکلات جسمانی، ۷ سؤال اضطراب و اختلال خواب، ۷ سؤال دیگر اختلال در عملکرد اجتماعی و ۷ سؤال بعدی افسردگی را می‌سنجد. این پرسشنامه اولین بار توسط کلدبرگ (۱۹۷۲) تهیه و تنظیم شده، برای تشخیص اختلالات خفیف روانی از موقعیت‌های مختلف به کار گرفته می‌شود. نگارنده (۱۳۸۵) در پژوهش‌های حاضر که بر روی خانواده‌های معتادین انجام داده ضریب پایایی را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش داده است.

روش تحلیل داده‌ها

روش تحلیل داده‌ها، برای تعیین رابطه میان انواع سبک‌های مقابله با استرس و سلامت روانی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد و همچنین جهت تعیین رابطه میان راهبردهای مقابله با استرس و سلامت روانی با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی از تحلیل دگرسیون به روش خطی گام به گام استفاده گردید در این شیوه نرم افزار SPSS به کار گرفته شد.

جدول شماره ۱: همبستگی راهبردهای مقابله با استرس با یکدیگر و با وضعیت سلامت روانی

	راهبرد مسئله مدار	راهبرد هیجانی	راهبرد اجتنابی	راهبرد انفصالی	مهارت راهبردی مقابله	سلامت روانی
ضریب همبستگی پیرسون راهبرد مسئله مدار معنی داری تعداد	۱.۰۰۰ . ۲۵۱	-۰.۳۲۶(**) ۰.۰۰۰ ۲۵۱	۰.۴۶۴(**) ۰.۰۰۰ ۲۵۱	۰.۰۹۰ ۰.۱۵۷ ۲۵۱	۰.۵۵۴(**) ۰.۰۰۰ ۲۵۱	-۰.۳۲۸(**) ۰.۰۰۰ ۲۵۱
ضریب همبستگی پیرسون راهبرد هیجانی معنی داری تعداد	-۰.۳۲۶(**) ۰.۰۰۰ ۲۵۱	۱.۰۰۰ . ۲۵۱	۰.۱۲۸(*) ۰.۰۴۳ ۲۵۱	۰.۲۰۴(**) ۰.۰۰۱ ۲۵۱	۰.۴۵۳(**) ۰.۰۰۰ ۲۵۱	-۰.۴۹۸(**) ۰.۰۰۰ ۲۵۱
ضریب همبستگی پیرسون راهبرد اجتنابی معنی داری تعداد	۰.۴۶۴(**) ۰.۰۰۰ ۲۵۱	۰.۱۲۸(*) ۰.۰۴۳ ۲۵۱	۱.۰۰۰ . ۲۵۱	۰.۴۵۸(**) . ۲۵۱	۰.۵۰۸(**) ۰.۰۰۰ ۲۵۱	-۰.۰۲۶ ۰.۶۷۷ ۲۵۱
ضریب همبستگی پیرسون راهبرد انفصالی معنی داری تعداد	۰.۰۹۰ ۰.۱۵۷ ۲۵۱	۰.۲۰۴(**) ۰.۰۰۱ ۲۵۱	۰.۴۵۸(**) ۰.۰۰۰ ۲۵۱	۱.۰۰۰ . ۲۵۱	۰.۶۱۴(**) ۰.۰۰۰ ۲۵۱	۰.۱۳۱(*) ۰.۰۳۳ ۲۵۱
ضریب همبستگی پیرسون راهبردمقابله معنی داری تعداد	۰.۵۵۴(**) ۰.۰۰۰ ۲۵۱	۰.۴۵۳(**) ۰.۰۰۰ ۲۵۱	۰.۸۰۵(**) ۰.۰۰۰ ۲۵۱	۰.۶۱۴(**) ۰.۰۰۰ ۲۵۱	۱.۰۰۰ . ۲۵۱	۰.۱۱۵ ۰.۰۶۹ ۲۵۱
ضریب همبستگی پیرسون سلامت روانی معنی داری تعداد	-۰.۳۲۸(**) ۰.۰۰۰ ۲۵۱	۰.۴۹۸(**) ۰.۰۰۰ ۲۵۱	-۰.۰۲۶ ۰.۶۷۷ ۲۵۱	۰.۱۳۵(*) ۰.۰۳۳ ۲۵۱	۰.۱۱۵ ۰.۰۶۹ ۲۵۱	۱.۰۰۰ . ۲۵۱

اطلاعات مندرج در جدول بالا حاصل از اجرای ضریب همبستگی پیرسون می باشد که نشان می دهد بین راهبردهای مقابله مسأله مدار و راهبرد هیجانی با استرس، همبستگی (-۰/۳۲۶) معنی دار در سطح ($P < ۰/۰۵$) وجود دارد و بین راهبرد مقابله مسأله مدار و راهبرد مقابله انفصالی، رابطه معنادار در سطح ($P > ۰/۰۵$) وجود ندارد و در سایر موارد بین عامل های مورد مطالعه (راهبردهای مقابله با استرس) ، رابطه معنادار در سطح ($P < ۰/۰۵$) وجود دارد.

همچنین یافته ها نشان می دهد که میان راهبردهای مقابله مسأله مدار، هیجان مدار و اجتنابی با وضعیت سلامت روانی ضریب همبستگی به ترتیب ($r = -۰/۳۲۸$ ، $r = ۰/۴۹۸$ و $r = ۰/۱۳۵$) در سطح معناداری $P < ۰/۰۵$ وجود دارد.

جدول شماره ۲: همبستگی کلی و ضریب تعیین راهبردهای مقابله با استرس و سلامت روانی

مدل	R	R ²	اصلاح شده R ²	خطای تخمین استاندارد
۱	۰.۵۵۴	۰.۳۰۷	۰.۲۹۶	۸.۷۵۸۵

اطلاعات مندرج در جدول بالا بیان می‌کند که ۳۰٪ از تغییرات وضعیت سلامت روانی از روی میزان استفاده از راهبردهای مقابله با استرس قابل تبیین است.

جدول شماره ۳: بررسی خطی بودن داده‌ها و برازش متغیرهای مستقل مورد مطالعه

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
رگرسیون	۸۱۹۸.۴۹۱	۴	۲۰۴۹.۶۲۳	۲۶.۷۱۸	۰.۰۰۰
باقیمانده	۱۸۴۸۷.۵۴۲	۲۴۱	۷۶.۷۱۲		
جمع	۲۶۶۸۶.۰۳۳	۲۴۵			

آزمون تحلیل واریانس یکراهه فوق با تشکیل F مجذور میانگین رگرسیون و مجذور میانگین باقی مانده، به بررسی خطی بودن داده‌ها می‌پردازد. مقدار F مشاهده شده معنادار است. به عبارت دیگر رابطه خطی بین متغیرها وجود دارد. برای اطمینان از این رابطه نمودار پراکنش داده‌ها نیز مورد بررسی قرار می‌گیرد.

جدول شماره ۴: رگرسیون راهبردهای مقابله با استرس و وضعیت سلامت روانی

مدل	نوع راهبرد	B	انحراف استاندارد	بتا	t	سطح معنی داری	Z
۱	راهبرد مساله مدار	۶۵.۲۴۳	۵.۰۶۸	-.۱۹۷	۱۲.۸۷۴	۰.۰۰۰	-
	راهبرد هیجانی	-.۲۸۲	۰.۰۸۳	۰.۴۲۰	-۳.۴۱۰	۰.۰۰۱	-۰.۳۵۸
	راهبرد انفعالی	۰.۶۱۴	۰.۰۸۶	۰.۰۶۷	۷.۱۳۵	۰.۰۰۰	۰.۴۹۸
	راهبرد تفصیلی	۰.۱۷۲	۰.۱۴۳		۱.۲۰۰	۰.۲۳۱	-۰.۱۳۲

اطلاعات مندرج در جدول بالا که حاصل اجرای آزمون آماری رگرسیون می‌باشد بیان می‌کند که غیر از راهبرد مقابله با استرس اجتنابی، باقی راهبردها توان پیش بینی وضعیت سلامت روانی را دارند و معادله رگرسیون سلامت روانی براساس میزان استفاده از راهبردهای مقابله با استرس را می‌توان به سه صورت نوشت.

$$۶۵/۲۴۳ + (۰/۱۷۲ \times \text{اجتنابی}) + (۰/۶۱۴ \times \text{هیجانی}) + (۰/۲۸۲ \times \text{مسئله مداری}) = \text{سلامت روانی}$$

همچنین معادله رگرسیون استاندارد براساس β ها به شرح زیر می‌باشد.

$$(۰/۰۶۷ \times \text{انفعالی}) + (۰/۴۲ \times \text{هیجانی}) + (۰/۱۹۷ \times \text{مسئله مداری}) = \text{سلامت روانی}$$

جدول شماره ۵: محاسبه ضریب همبستگی کلی و اصلاح شده متغیرهای جمعیت شناختی، وضعیت سلامت روانی راهبرد مقابله با استرس هیجان مدار

انحراف معیار باقی مانده	مربع R تطبیق شده	مجذور R	R	مدل
۶.۳۸۵۷	۰.۲۴۹	۰.۲۷۰	۰.۵۱۹	۱

جدول شماره ۶: بررسی وجود رابطه خطی بین متغیرهای جمعیت شناختی، وضعیت سلامت روان و میزان استفاده از راهبرد مقابله با استرس هیجان مدار

سطح معناداری	F	مجذور مربع ها	درجه آزادی	مجموع مجذورات	مدل
۰.۰۰۰	۱۲.۸۱۵	۵۲۲.۵۶۲	۷	3657.936	نتیجه ۱
		۴۰.۷۷۷	۲۴۳	9908.813	باقیمانده
			۲۵۰	13566.749	جمع

آزمون تحلیل واریانس یکراهه میانگین رگرسیون به مربع میانگین باقیمانده بیان می کند که نسبت F مسأله مشاهده شده به شدت معنادار است. به عبارت دیگر رابطه ای خطی وجود دارد. برای اطمینان بیشتر، با استفاده از نمودار برازش نیز مطالعه گردید و یافته فوق تأیید شد.

جدول شماره ۷: بررسی وجود رابطه رگرسیون بین متغیرهای جمعیت شناختی، وضعیت سلامت روانی و میزان استفاده از راهبرد مقابله با استرس هیجان مدار

معناداری	t	بتا	انحراف استاندارد	B	مدل
۰.۰۰۰	۲۹.۳۸۸	-	۳.۰۰۰	۸۸.۱۷۷	1 (constant)
۰.۰۵۲	-۱.۹۵۱	-۱.۳۸	۲.۰۲۶	-۰.۹۵۴	سلامت روانی
۰.۶۲۰	-۰.۴۹۶	-۰.۰۴۱	۰.۷۰۱	-۰.۳۴۸	طبقه سن براساس داده
۰.۲۸۴	-۱.۰۷۴	-۰.۰۹۸	۲.۰۷۸	-۲.۲۳۱	جنسیت
۰.۱۸۱	-۱.۴۴۱	-۰.۱۰۶	۰.۶۳۲	-۰.۸۴۸	وضعیت تاهل
۰.۳۱۳	-۱.۰۱۲	-۰.۰۷۴	۰.۹۴۵	-۰.۹۵۶	طبقه تحصیلات
۰.۰۶۰	۱.۸۹۱	۰.۱۴۰	۱.۳۵۴	۲.۵۶۱	وضعیت اقتصادی
۰.۳۶۹	-۰.۹۰۰	-۰.۰۶۲	۰.۴۶۵	-۰.۴۱۸	طبقه شغل

براساس یافته های مندرج در جدول تحلیل حاصل از اجرای آزمون آماری

رگرسیون معادله پیش بینی به شرح زیر به دست می آید:

$$-۱/۷۰۳ - (طبقات سن) \times ۰/۶۸۰ + (سلامت روانی) \times ۰/۳۳۵ + ۳/۸۴ = \text{میزان استفاده از راهبرد هیجان مدار}$$

$$(وضعیت اقتصادی) \times ۰/۸۰۲ + (وضعیت تحصیلی) \times ۰/۲۶۳ + (وضعیت تاهل) \times ۰/۶۹۱ + (جنسیت) \times$$

براساس اطلاعات مندرج در جدول فوق معادله رگرسیون استاندارد شده زیر را می توان ارائه کرد:

$$\text{جنسیت} \times 0.83 - (\text{طبقات سن}) \times 0.116 + (\text{سلامت روانی}) \times 0.491 = \text{میزان استفاده از راهبرد هیجان مدار} \\ + (\text{نوع شغل}) \times 0.04 + (\text{وضعیت اقتصادی}) \times 0.64 + (\text{وضعیت تحصیلی}) \times 0.30 + (\text{وضعیت تاهل}) \times 0.83 -$$

همچنین یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که تنها وضعیت سلامت روانی اثر معنادار برپیش بینی دارد.

جدول شماره ۸: محاسبه ضریب همبستگی کلی و اصلاح شده متغیرهای جمعیت شناختی، وضعیت سلامت روانی راهبرد مقابله اجتنابی

مقدار	سطح معناداری	درجه آزادی	درجه آزادی ۱	F	اصلاح شده مجذور R	استاندارد انحراف	مجدور R	مجدور R	R	مدل
۰.۰۰۰	۲۴۷	۳	۱۱.۵۲۰	۰.۱۲۳	۱۰.۱۵۹۸	۰.۱۱۲	۰.۱۲۳	۰.۱۲۳	۰.۳۵۰	۱

جدول شماره ۹: بررسی وجود رابطه رگرسیون بین متغیرهای جمعیت شناختی، وضعیت سلامت روانی و میزان استفاده از راهبرد مقابله اجتنابی با استرس

Z	معنی داری	t	Beta	انحراف استاندارد	B	مدل
	۰.۰۰۰	۲۵.۲۷۹		۲.۷۲۷	۹۶.۱۹۴	1 (constant)
-۰.۱۱۷	۰.۰۵۲	-۱.۹۵۴	-۰.۱۱۶	۱.۷۸۹	-۳.۴۹۵	سلامت روانی
۰.۰۵۹	۰.۵۱۱	۰.۶۵۸	۰.۰۳۹	۱.۱۰۳	۰.۷۲۶	وضعیت اقتصادی
-۰.۳۲۸	۰.۰۰۰	-۵.۴۵۸	-۰.۳۲۶	۰.۰۸۵	-۰.۴۶۶	راهبرد مسئله مدار

براساس یافته‌های تحقیق مندرج در جدول تحلیل حاصل از اجرای آزمون آماری رگرسیون معادله پیش بینی به شرح زیر ارائه می‌گردد:

$$0.167 \times (\text{سلامت روانی}) - 0.16 \times 22/594 = \text{میزان استفاده از راهبرد اجتنابی مقابله با استرس} \\ + (\text{وضعیت اقتصادی}) \times 0.427 - (\text{وضعیت تحصیلی}) \times 1/0.25 + (\text{وضعیت تاهل}) \times 0.498 - (\text{جنسیت}) \times \\ 0.3387 \times (\text{وضعیت شغلی})$$

براساس اطلاعات مندرج در جدول فوق معادله رگرسیون استاندارد شده زیر را می‌توان ارائه کرد:

(طبقات سن) $\times 0/042 +$ (سلامت روانی) $\times -0/035 =$ میزان استفاده از راهبرد اجتنابی مقابله با استرس
 (وضعیت اقتصادی) $-0/050$ (وضعیت تحصیلی) $\times 0/174$ (وضعیت تاهل) $\times 0/048$
 (جنسیت) $\times -0/048 -$ (نوع شغل) $\times 0/011$ ، نیز یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که تنها وضعیت سلامت روانی اثر معنادار بیش بینی دارد.

جدول شماره ۱۰: محاسبه ضریب همبستگی کلی و اصلاح شده متغیرهای جمعیت شناختی، وضعیت

سلامت روانی راهبرد مقابله انفصالی با استرس

مدل	R	مجدور R	مجدورات R اصلاح شده	انحراف استاندارد	مجدور R اصلاح شده	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی داری F
۱	۰.۱۸۶	۰.۰۳۵	۰.۰۲۳	۱۰.۶۵۸۶	۰.۰۲۵	۲.۹۵۰	۳	۲۴۲	۰.۰۳۳

جدول شماره ۱۱: بررسی وجود رابطه رگرسیون بین متغیرهای جمعیت شناختی، وضعیت سلامت روانی و

میزان استفاده از راهبرد مقابله انفصالی با استرس

مدل	B	انحراف استاندارد	Beta	t	معنی داری	Z
1 (constant)	۷۲.۹۹۶	۴.۲۱۳		۱۶.۹۲۵	۰.۰۰۰	
سلامت روانی	-۳.۳۹۵	۱.۸۷۸	-۰.۱۱۳	-۱.۸۰۸	۰.۰۷۲	-۰.۱۱۷
وضعیت اقتصادی	۱.۱۰۲	۱.۱۱۵	۰.۰۶۰	۰.۹۵۴	۰.۳۴۱	۰.۰۵۹
راهبرد انفصالی	۰.۳۴۰	۰.۱۶۰	۰.۱۳۳	۲.۱۱۹	۰.۰۳۵	۰.۱۳۵

براساس یافته‌های تحقیق مندرج در جدول تحلیل حاصل از اجرای آزمون

آماري رگرسیون، معادله پیش بینی به شرح زیر ارائه می‌گردد.

(۰/۳۴ × راهبرد انفصالی) + (۱/۱۰۲ × وضعیت اقتصادی) + (جنسیت × -۳/۳۹۵) + ۷۲/۹۹۶ = سلامت روانی

براساس اطلاعات مندرج در جدول فوق معادله رگرسیون استاندارد شده زیر

را می‌توان ارائه کرد:

(راهبرد انفصالی $\times 0/133$) + (وضعیت اقتصادی $\times 0/06$) + (جنسیت $\times 0/113$) = سلامت روانی

جدول شماره ۱۲: محاسبه ضریب همبستگی کلی و اصلاح شده متغیرهای جمعیت شناختی، وضعیت سلامت روانی راهبرد مقابله با استرس مسأله مدار

انحراف معیار باقیمانده‌ها	مربع R تطبیق شده	مربع R	R	مدل
۱۰.۱۵۹۸	۰.۱۱۲	۰.۱۲۳	۰.۳۵۰	۱

جدول شماره ۱۳: بررسی وجود رابطه خطی بین متغیرهای جمعیت شناختی وضعیت سلامت روانی و میزان استفاده از راهبرد مقابله با استرس مسأله مدار

معنی داری	F	مجذور مربع‌ها	درجه آزادی	مجموع مجذورات	مدل
۰.۰۰۰	۶.۰۴۹	۳۰۱.۱۷۸	۷	۲۱۰۸.۲۴۸	۱ رگرسیون
		۴۹.۷۹۰	۲۴۳	۱۲۰۹۸.۸۶۷	باقیمانده
			۲۵۰	۱۴۲۰۷.۱۱۶	جمع

آزمون تحلیل واریانس یکراهه میانگین رگرسیون به مربع میانگین باقیمانده بیان می‌کند که نسبت F مشاهده شده به شدت معنادار است. به عبارت دیگر رابطه خطی وجود دارد.

جدول شماره ۱۴: بررسی وجود رابطه رگرسیون بین متغیرهای جمعیت شناختی، وضعیت سلامت روانی و میزان استفاده از راهبرد مقابله با استرس مسأله مدار

معنی داری	t	Beta	انحراف استاندارد	B	مدل
۰.۰۰۰	۲۰.۴۶۱		۲.۸۳۳	۵۷.۹۶۸	Constant
۰.۳۵۰	-۰.۹۳۶	-۰.۰۵۲	۱.۶۶۸	-۱.۵۹۲	سلامت روانی
۰.۹۰۳	۰.۱۲۱	۰.۰۰۷	۱.۰۲۴	۰.۱۲۴	وضعیت اقتصادی
۰.۰۰۰	۸.۷۷۱	۰.۴۹۰	۰.۰۸۲	۰.۷۱۸	راهبرد مسأله مدار

براساس یافته‌های تحقیق مندرج در جدول تحلیل حاصل از اجرای آزمون آماری رگرسیون معادله پیش بینی به شرح زیر ارائه می‌گردد:

$$(+۰/۴۶۶ \times \text{مسأله مدار}) + (\text{وضعیت اقتصادی} \times ۰/۷۲۶) + (\text{جنسیت} \times -۳/۴۹۵) + ۹۶/۱۹۴ = \text{سلامت روانی}$$

براساس اطلاعات مندرج در جدول فوق معادل رگرسیون استاندارد شده زیر را می‌توان ارائه کرد:

$$(+۰/۳۲۶ \times \text{مسأله مداری}) + (\text{وضعیت اقتصادی} + ۰/۰۳۹) + (\text{جنسیت} \times -۰/۱۱۶) = \text{سلامت روانی}$$

بحث و نتیجه گیری

بررسی همبستگی بین سلامت روانی با راهبردهای مسأله مدار، هیجانی، اجتنابی، انفصالی و کلیه مهارت‌های راهبردی مقابله گویای این است که سلامت روانی با راهبرد مسأله مدار، هیجانی و انفصالی رابطه همبستگی مستقیم دارد، وجود رابطه همبستگی بین این عوامل تا سطح بیش از ۹۹ درصد تأیید می‌گردد. در ضمن سلامت روانی با راهبردهای اجتنابی دارای رابطه همبستگی نمی‌باشد. رابطه همبستگی بین سلامت روانی و کلیه مهارت‌های راهبردی مقابله وجود ندارد. رابطه همبستگی بین مهارت‌های راهبردی مقابله با سلامت روانی، کمتر از سطح ۹۵ درصد به عبارتی تا سطح ۹۳/۱ درصد می‌باشد که رابطه نسبتاً ضعیفی است.

فرض اول پژوهش مبنی بر وجود رابطه میان راهبرد مقابله مسأله مدار و وضعیت سلامت روانی با توجه به ویژگیهای جمعیت شناختی، نشان دهنده آن است که بین متغیرها رابطه معنادار $F=6/049$ وجود دارد و میزان رابطه تا سطح اطمینان بیش از ۹۹ درصد تأیید می‌گردد و نتایج حاصل از اجرای آزمون آماری رگرسیون معادله پیش بینی بیشترین سهم را در راهبرد مقابله مسأله مدار و وضعیت سلامت روانی دارد.

این نتایج، مطالعات استریکنند (۱۹۷۰) مبنی بر وجود رابطه بین راهبرد مقابله مسأله مدار و سلامت روانی را تأیید می‌کند و از سوی دیگر کوران و سیمس (۱۹۶۳) دریافتند که افراد دارای سبک مقابله مسأله مدار از استقلال عمل بیشتری برخوردار هستند (آبراهامسون و سلیگمین، ۱۹۷۸).

فرض دوم پژوهش مبتنی بر "وجود رابطه میان راهبرد مقابله هیجان مدار و وضعیت سلامت روانی با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی" گویای این است که نسبت F مشاهده شده ($F=12/815$) به شدت معنادار می‌باشد و رابطه رگرسیون بین متغیرهای جمعیت شناختی و سلامت روانی و در معادله پیش بینی نشان می‌دهد که تنها وضعیت سلامت روانی اثر معنی بر پیش بینی می‌باشد.

براین اساس صرفاً رابطه همبستگی بین راهبرد هیجانی با ویژگیهای جمعیت شناختی تأیید نمی‌شود.

نتایج تحقیقات فالبرگ (۱۹۷۹) نیز نشان داد که بین سبک مقابله هیجان مدار و اجتنابی و پیشرفت تحصیلی رابطه وجود دارد و کسانی که سبک مقابله هیجانی و اجتنابی دارند در مقایسه با مقابله مسأله مدار از پیشرفت تحصیلی کمتری برخوردار هستند. استل و دیورز (۱۹۸۷) بیان نمودند افرادی که راهبرد مقابله هیجانی و اجتنابی دارند از سلامت روانی ضعیف تری برخوردارند (کوهن، ایوانز، کرانتس، ۱۹۸۶).

فرض سوم پژوهش مبتنی بر "وجود رابطه میان مقابله اجتنابی و وضعیت سلامت روانی باتوجه به متغیرهای جمعیت شناختی" نشان می‌دهد که بین متغیرهای جمعیت شناختی، وضعیت سلامت روانی و راهبرد مقابله اجتنابی معنادار موجود نمی‌باشد ($F=10/123$) و هیچ رابطه‌ای بین متغیرهای جمعیت شناختی، راهبرد اجتنابی و سلامت روانی وجود ندارد. رابطه رگرسیون بین متغیرهای جمعیت شناختی و سلامت روانی در معادله پیش بینی، نشان می‌دهد که تنها وضعیت سلامت روانی اثر معنادار بر پیش بینی دارد.

مطالعات لوپزواستاژ (۱۹۸۵) وانگ و همکاران (۱۹۹۲) وجود رابطه بین سبک مقابله اجتنابی و هیجان مدار و افسردگی و خجالت را تأیید می‌کند؛ بدین معنی که بین سلامت روانی و سبک‌های مقابله فوق رابطه معنادار می‌باشد (جوزوف، شارون، پلاتچیک رابرت، ۱۹۹۷).

فرض چهارم پژوهش مبنی بر "وجود رابطه میان راهبرد مقابله انفصالی و وضعیت سلامت روانی با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی" نشان دهنده این است که براساس F مشاهده شده ($F=1/469$) بین متغیرهای جمعیت شناختی و سلامت روانی و راهبرد انفصالی رابطه وجود ندارد.

براساس تحلیل آماری رگرسیون نقش سلامت روان در معادلات پیش بینی، معنادار می‌باشد.

نتایج تحقیقات پتروسکی و بیرکایم (۱۹۹۲) نشان داد که بین سبک مقابله با استرس و سلامت روانی همبستگی منفی و معکوس وجود دارد، افرادی که

دارای سبک مقابله انفصالی هستند، هر موقعیت و شکستی را برعهده می‌گیرند و نمرات پایین‌تر در مقیاس سلامت روان و جسمانی و اجتماعی کسب می‌کنند. مطالعات روبین، پروال و تانک نیز رابطه معناداری بین استرس و سبک‌های مقابله را تأیید می‌کنند. تحقیقات براوان (۱۹۹۱) رابطه بین سلامت روان و ویژگی‌های جمعیت شناختی از جهت سن را تأیید می‌کند. براین اساس با افزایش سن، سلامت روانی کاهش می‌یابد (به نقل از روبین پل، تالکس، ۱۹۹۲).

با توجه به نتایج فوق، از آنجایی که علائم اختلالات روانی ممکن است در بستری وسیع‌تر و با مساعدت و همکاری خانواده بهتر مورد شناسایی قرار گیرد، بسیار سودمند است که در صورت بروز علائم اختلالات روان شناختی در خانواده-های معتادان با استفاده از اطلاعات دریافتی که خانواده در اختیار مشاوران و روانشناسان قرار می‌دهد، به صورت عمیق‌تر بررسی شود و خانواده‌های معتادان به طور کامل در جریان مسائل و مشکلات فرزندان و همسران خود قرار گیرند.

با توجه به گرایش و آمادگی نوجوانان و جوانان به سوی مصرف مواد مخدر، لزوم توجه به سطوح سنی پایین به ویژه نوجوانان و اجرای یک سری برنامه‌های اختصاصی در قالب آموزش مهارت‌های زندگی، آموزش راه‌های پیشگیری از استرس‌ها و فشار روانی، ایجاد کلاس‌هایی در جهت آرامش روانی و تسکین خاطر، کلاس‌های ورزشی و پرکردن اوقات بیکاری جوانان و نوجوانان می‌تواند نقش مهمی در سلامت روانی آنها ایفا کند.

بنابراین با تغییر راهبردهای مقابله غیرمؤثر و جایگزین نمودن راهبردهای مقابله‌ای مؤثر به خانواده‌های معتادان و آموزش مهارت‌های زندگی از نوع کنترل استرس، کنترل خشم، مهارت‌های ارتباطی و... برای بهبود وضع سلامت روانی آنها کمک مؤثری می‌توان کرد.

منابع

- اتکنسیون، رتیال، هیلگارد، ارنست. (۱۹۸۶). زمینه‌شناسی، جلد دوم، ترجمه براهنی و همکاران (۱۳۷۶)، انتشارات رشد
- پیرمرادی، سعید. (۱۳۷۸). اعتیاد به موادمخدر، در آینه روابط خانوادگی، تهران. نشرهام
- پاول، انرایت. (۱۹۸۲). شیوه‌های مقابله با فشار روانی، ترجمه بخشی پور، ۱۳۸۶، انتشارات رشد
- پاکنژاد، محسن. (۱۳۷۲). هنجاریابی پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای بر روی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی تهران شمال، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- ساعتچی، محمود. (۱۳۷۶). روانشناسی بهره‌وری، انتشارات نشر ویرایش تهران
- کالات، جیمز. (۲۰۰۵). روانشناسی عمومی، جلد دوم، ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۸۶)، نشر روان
- Abramson, L.Y. Seligman, M.E.P. & Feasdaley (1978) "Learned helplessness in human" Critiaue and reformulation – Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74.
- Cohen, S, Evans, G.W. Stokols, Krantz.D.S (1986): Behavior, health and Enviornmental Stress, New York.
- Cohen,S. Doyle,W.J, Turner,R Alper,G.M, 8skoner D.P (2003). Sociability and susceptibility to the common cold. Psychological science, H.389-395(12).
- Lazarus, S. Richard: (1993) "Psychological Stress and Coping". American. J.of Psychology. S.Richard: Postpresent, Future" Psych, Samatic medicine.55, 234-244.
- Josepho–Sharon–A–Plutchik- Robert. (1997)"Stress, coping, and suicide risk In Psychiatric In Patients" JN.Suicide- and –L: Fe Threatening- Behavior; Spr Vol 24(1) 48-57
- Maunsell,E., Brisson , j,mondor,m.verreault R, & Desechenes, L.(2001).Stressful life events and survival after breast cancer. Psychosomatic medicine, 63,306-315(12).
- Robins, Paul-R-Tank, Roland –H. (1992)" Stress, coping Techniques, and depressed affect” JN.Psychological–Reports, Fed Vol 70 (1) 147-152.