

«زن و مطالعات خانواده»

سال هشتم - شماره سی و دوم - تابستان 1395

ص ص: 42-23

تاریخ دریافت: 94/07/12

تاریخ پذیرش: 95/02/06

مقایسه استراتژی‌های مقابله‌ای بین زنان مبتلا به سوءمصرف مواد و زنان غیرمبتلا در شهر بندرعباس

عطاءالله پاغوش¹

علی ندائی²

سید رضا فلاح چای³

چکیده

"مقابله" تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد برای غلبه کردن یا به حداقل رساندن تنش می‌باشد و در حوزه‌ی اعتیاد نیز مقابله‌های معتادان در تحقیقات مختلف داخلی و خارجی مورد بررسی قرار گرفته است. هدف از انجام این پژوهش بررسی و مقایسه استراتژی‌های مقابله‌ای زنان معتاد و غیرمعتاد در شهر بندرعباس است. مطالعه حاضر با نمونه‌ای متشکل از یکصد و بیست نفر آزمودنی (60 نفر زن معتاد و 60 نفر زن غیرمعتاد هم‌تا) در سال 94-1393 انجام گردید. طرح پژوهش از نوع توصیفی (پیمایشی) است. از پرسشنامه استراتژی‌های مقابله‌ای کارور، شایر و وینتراب (1989)، با 72 سوال که پایایی و اعتبار آن 0/63 تا 0/95 محاسبه شده بود، استفاده شد. آزمون آماری مورد استفاده، T دو گروه مستقل بوده است. یافته‌ها حاکی از تفاوت معنادار استراتژی‌های مقابله‌ای بین دو گروه مورد مطالعه در سطح معناداری 0/01 و 0/05 است. میانگین گروه معتاد در هر 4 دسته استراتژی‌های مقابله‌ای (استراتژی‌های متمرکز برمسأله، متمرکز بر هیجان، کم اثر و غیرمؤثر)، با میانگین گروه هم‌تا متفاوت بود و با استفاده از آزمون T مستقل، این تفاوت در 4 دسته استراتژی‌های مقابله‌ای از نظر آماری در دو سطح $P < 0/01$ و $P < 0/05$ معنادار بودند. بنابراین گروه زنان معتاد در مقایسه با گروه زنان غیرمعتاد از استراتژی‌های مقابله‌ای متمرکز بر مسأله کمتر و از استراتژی‌های متمرکز بر هیجان، کم اثر و غیرمؤثر بیشتر استفاده می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: استراتژی‌های مقابله‌ای، زنان مبتلا به سوءمصرف مواد، زنان غیرمعتاد، بندرعباس

1- کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه هرمزگان ata.paghoosh@yahoo.com

2- کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان (نویسندهٔ مسؤول)

3- عضو هیأت علمی دانشگاه هرمزگان، گروه مشاوره و روانشناسی

مقدمه

یکی از بزرگ ترین معضلاتی که در دوران های مختلف همواره جوامع بشری را درگیر مشکلات و پیامدهای شوم خود کرده است، پدیده اعتیاد می باشد. ماده مخدر فرآورده ای شیمیایی است که وقتی به صورت دود، تزریق، استنشاق و یا قرص مصرف می شود، خلق یا رفتار را تغییر می دهد و مجموعه ای از علایم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی ایجاد می کند که به آن وابستگی می گویند. در وابستگی شخص علی رغم مسایل قابل ملاحظه مربوط به مواد، به مصرف آن ادامه می دهد (هالچین و ویتبورن، 1387).

در سال های اخیر، سوءمصرف مواد در بسیاری کشورها، از جمله ایران، معضل بزرگی شده است. بررسی گرایش به سوءمصرف مواد حاکی از آسیب پذیری بیشتر برخی افراد است. «با پیدایش و رشد فمینیسم، مطالعه جنسیت و انحرافات اجتماعی و جرایم زنان در کانون توجه مطالعات جامعه شناختی قرار گرفت. تا دهه هفتاد میلادی به دلیل نرخ پایین و قابل اغماض جرایم زنان نسبت به جرایم مردان، موضوع جنسیت و انحرافات اجتماعی کم تر موردعلاقه جامعه شناسان قرار می گرفت. با آزاد شدن زنان از خانواده سنتی، کاهش محدودیت های اجتماعی، توسعه جنبش های اجتماعی زنان و ورود زنان به بازار کار، رفتار زنان و مردان به یکدیگر نزدیک شد و به دنبال آن جرایم زنان افزایش یافت» (وازیلو، مولر و اریکسون، 2001). اعتیاد یکی از این موارد می باشد. با توجه به آمارهای ارائه شده در داخل کشور، می توان جمعیت زنان معتاد به مواد را در کشور حدوداً 114 هزار نفر یعنی 6 تا 8 درصد تخمین زد (ستاد مبارزه با مواد مخدر، 1387)؛ هر چند به این آمار نمی توان اعتماد کرد. به این دلیل که زنان معتاد به دلیل ترس از شناخته شدن، آبروریزی و برچسب خوردن، اعتیاد خود را پنهان می کنند و شاید هم به دلیل این که مراکز ترک اعتیاد مخصوص زنان وجود ندارد، به مراکز درمانی مشترک با آقایان مراجعه نمی کنند و به همین خاطر آمار واقعی این زنان در پاره ای از ابهام می باشد.

مشاور دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر (1392)، با اشاره به آمار اعتیاد زنان یادآور شد: طبق پژوهش شیوع شناسی سال 90، 9/3 درصد از معتادین کشور را زنان تشکیل می دهند. وی در رابطه با جمعیت سنی زنان معتاد نیز گفت: جمعیت سنی زنان در این پژوهش 15 تا 64 سال بودند که از این جمعیت، 62 درصد را زنان متأهل، 35 درصد را

دختران مجرد و 3 درصد را زنان مطلقه یا بیوه تشکیل داده و 44 درصد آنان زیر 30 سال سن دارند. بنیانیان (مشاور دبیر کل ستاد مبارزه با مواد مخدر) ادامه داد: سن بحرانی برای اولین شروع مصرف مواد در زنان 15 تا 19 سال اعلام شده و متأسفانه تحصیلات 67 درصد آنان از دبیرستان به بالا است. به گفته وی بیشترین نوع مواد مصرفی در بین زنان تریاک، شیشه و کراک است (ستاد مبارزه با مواد مخدر، 1392).

گزارش‌های رسمی بیانگر این است که تعداد زنان معتاد بین سال‌های 86 تا 92، 73 درصد افزایش داشته است و مسئولین ستاد مبارزه با مواد مخدر نیز اعلام کردند تعداد زنانی که در اثر سوء مصرف مواد جان خود را از دست دادند سال گذشته نسبت به سال قبل آن، 15 درصد رشد داشته است و از سوی دیگر بیشترین زنان معتاد در رده سنی 20 تا 36 سال هستند که اغلب آنها از مواد مخدر تریاک، شیشه، الکل و کراک استفاده می‌کنند و همچنین از هفت هزار و 377 زن زندانی در کشور، 60 درصد آنها به دلایل مرتبط با جرایم اعتیاد و مواد مخدر به زندان راه پیدا کرده‌اند که بیشتر آنها خود نیز از این مواد استفاده می‌کردند. برخی آمارهای موجود در مورد مواد مخدر نشان می‌دهد که 75 درصد معتادان کشور بالای دیپلم بوده و 63 درصد معتادان ایرانی، متأهل هستند و از سوی دیگر عامل 50 درصد طلاق‌ها و 20 درصد قتل‌ها، پدیده اعتیاد می‌باشد (ستاد مبارزه با مواد مخدر، 1393).

یکی از عواملی که در بررسی‌های اعتیاد، زیاد به آن اشاره شده، تنیدگی است (کایل و کاواناگ، 2000). امروزه تنیدگی بخشی از زندگی آدمی شمرده شده و اجتناب ناپذیر است. بررسی‌های یادشده درباره تنیدگی بر این نکته تأکید دارند که آنچه سلامت رفتار را با خطر روبرو می‌کند، خود تنیدگی نیست؛ بلکه شیوه ارزیابی فرد از تنیدگی و روش‌های مقابله با آن است (توئیتس، 1986).

گاهی افراد هنگام استرس از راه کارهایی استفاده می‌کنند که خیلی سریع اثرات منفی استرس را کاهش می‌دهند مانند مصرف مواد، الکل، قماربازی. تأثیر این نوع راهبردها موقتی است و در طولانی مدت خود باعث استرس و تنش در فرد خواهد شد (ناومی و کیمبرلی، 2012).

مهارت‌های مقابله‌ای یکی از مؤلفه‌های مهم سلامت روانی است که در سال‌های اخیر مورد مطالعه قرار گرفته است و چگونگی واکنش انسان در برابر مسایل و مشکلات زندگی است که مطرح شدن مفاهیمی چون مقابله و سبک‌های مقابله را در پی داشته

است. در دهه 80، ساختاری که «مقابله» نام گرفت، وارد ادبیات روانشناسی شد و به عنوان عاملی که در ارتباط بین فشار روانی و اختلالات جسمی-روانی میانجیگری می‌کند، مورد توجه بسیار بوده است (جزایری و همکاران، 1382).

در خلال سالیان متمادی، نقش مقابله در سازگاری بشر به عنوان نقشی محوری توصیف شده است. در سال‌های 1940 تا 1950 مفهوم مقابله یک موضوع عمده در توصیف و ارزیابی بالینی و روان‌درمانی بود و اغلب به عنوان تلاش برای تغییر روش‌های غیرسازگارانه مقابله به روش‌های بیشتر سازگارانه مفهوم‌سازی می‌شد (لازاروس و فولکمن، 1984). در خلال چند سال گذشته علاقه زیادی در مورد این که مردم چگونه با وقایع تنش‌زای زندگی روبرو می‌شوند، ایجاد شده است (آلتمایر، 1995). پژوهش‌های بسیاری نیز در این باره انجام شده است. نقطه آغاز بیشتر این پژوهش‌ها، فرضیات پیشنهادی لازاروس (1966)، در مورد تجزیه و تحلیل استرس و رویارویی (مقابله) است، با وجود توصیف‌های فراوانی که در مورد مفهوم مقابله ذکر شده است، اما هنوز سردرگمی زیادی در مورد تعریف و توصیف رویکردهای ارزیابی مقابله وجود دارد (لازاروس و فولکمن، 1984).

در سال‌های اخیر تلاش‌های زیادی برای حل این سردرگمی در ادبیات پژوهشی در خصوص مفهوم و وابسته‌های مقابله و مدل‌های اندازه‌گیری آن به انجام رسیده است (ایندلر و پارکر، 1993). آنها ویژگی "محافظت‌کننده بودن" مقابله را یکی از مهم‌ترین عملکردهای آن می‌دانند. تئوری تعاملی به «مقابله»، نه بعنوان یک سبک شخصیتی پایدار بلکه به عنوان رفتارها و شناخت‌های خاصی که در پاسخ به موقعیت‌های خاص فشارآور ارائه می‌شوند، می‌نگرد. بر اساس این رویکرد، مقابله فرآیندی است پویا که در طی زمان در پاسخ به نیازهای عینی و ارزیابی ذهنی موقعیت تغییر می‌کند. ارتباط بین استرس و مقابله یک ارتباط متقابل است و اعمالی که توسط یک فرد برای مقابله با یک مشکل انجام می‌شود، نیز بر ارزیابی مسئله و مقابله بعدی تأثیرگذار است (استون، گرینبرگ، کندی-مور و نیومن، 1991).

فولکمن و لازاروس (1985)، مقابله را فرآیندی پیچیده می‌دانند که با توجه به ارزیابی‌هایی که فرد از موقعیت استرس‌زا و فشارهای آن موقعیت دارد، تغییر می‌کند و تلاش‌های رفتاری-شناختی فعال فرد را در بر می‌گیرد. پژوهشگران معتقدند که بیشتر مردم ترجیح می‌دهند تا از روش‌های مقابله‌ای خاصی در موقعیت‌های استرس‌زا استفاده

کنند که در واقع مجموع این راهبردها، سبک‌های مقابله‌ای فرد را شکل می‌دهد. راهبردهای مقابله‌ای مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش‌زا به کار می‌رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌شود (غضنفری و پورقدم، 1387).

کالن و هینزی (1989)، مقابله را تلاش ذهنی یا تلاش عملی برای غلبه یافتن، تحمل کردن یا کاهش دادن نیازهایی که فراتر از منابع فرد است، توصیف کرده‌اند. به طور کلی، استراتژی‌های مقابله‌ای، توانایی‌های شناختی و رفتاری هستند که توسط افرادی که با استرس مواجه‌اند، به کار گرفته می‌شود.

لازاروس و فولکمن (1984)، مقابله را تلاش‌های شناختی و رفتاری می‌دانند که به منظور مهار نیازهای درونی و بیرونی و تعارضاتی که بر منابع فردی فشار وارد می‌کنند، انجام می‌گیرد. بر این مبنا دو عملکرد گسترده برای مقابله در نظر گرفته‌اند:

1- تغییر مداوم ارتباط فرد-محیط (مقابله متمرکز بر مسأله).

2- کنترل هیجانات تنش‌زا و فشارآور و یا برانگیختگی فیزیولوژیکی (تعدیل هیجانی).
همچنین فولکمن و لازاروس (1988)، مقابله را تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد برای غلبه بر تنیدگی یا به حداقل رساندن اثر آن می‌دانند. اسمیت و همکاران (2003)، صلاح مقابله را به فرآیندی اطلاق نموده‌اند که از راه آن فرد سعی می‌کند فشارهای روانی را کنترل و مدیریت کند.

همان‌طور که ذکر شد، لازاروس و فولکمن (1984)، دو شیوه عمده مقابله با مشکلات و خواسته‌ها را در افراد معرفی کردند. در روش مقابله‌ای مسأله مدار، شخص به منظور کاهش یا حذف پیامدهای ناخوشایند یک مشکل، تلاش می‌کند بر عامل آن تسلط یابد (مثلاً، مطالعه قبل از امتحان: در این حالت فرد روی مشکل تمرکز می‌کند و آن را از جوانب گوناگون بررسی می‌نماید و راه حل مناسب را در نظر می‌گیرد). در روش مقابله‌ای هیجان مدار فرد برای کنترل و حذف واکنش‌های هیجانی ناشی از مشکل تلاش می‌کند؛ مثلاً بعد از یک شکست به سرزنش خود یا آرام‌سازی می‌پردازد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که روش‌های مقابله‌ای مسأله مدار، بیشتر از روش‌های مقابله‌ای غیرمسأله مدار بر رفاه و سلامتی افراد تأثیر می‌گذارند (پرزیک و دیگران، 2000).

راهبردهای مقابله‌ای مسأله مدار و منطقی، می‌توانند اثر مثبتی بر سلامت روانی افراد داشته باشند (امیری و همکاران، 1391). لازاروس و فولکمن (1984)، معتقدند، اثر و

ضربه هر واقعه فشارزایی مطابق این که فرد چگونه با آن مقابله کند تحت تأثیر قرار می‌گیرد. بر اساس این رویکرد، هر واقعه تغییر جدیدی در فرد ایجاد می‌کند تا یک ارزیابی اولیه از اهمیت واقعه به عمل آورد. در طی این ارزیابی یک واقعه ممکن است مثبت، منفی و یا خنثی بر اساس معانی که برای فرد دارد، ارزیابی شود. لازاروس ارزیابی اولیه را فرآیند درک تهدید می‌داند. بعد از ارزیابی اولیه، ارزیابی ثانویه انجام می‌شود که فرآیند به ذهن آوردن پاسخ‌های بالقوه در برابر تهدیدات و در واقع ارزیابی منبع مقابله فرد است. در این مرحله، فرد به بررسی این امر می‌پردازد که آیا منبع مقابله‌اش برای غلبه بر آسیب و تهدیدی که واقعه به وجود آورده، کافی هستند یا خیر. مرحله سوم نیز مقابله است که شامل فرآیند اجرای پاسخ می‌باشد. گرچه این فرآیند در یک ترکیب خطی توصیف شده است، اما لازاروس تأکید دارد بر این که آنها در یک خط مستقیم به وقوع نمی‌پیوندند؛ بلکه پیامد و نتیجه یک فرآیند ممکن است فرآیند قبلی را برانگیزاند (کارور و شایر، 1989؛ تیلور، 1991).

به علاوه، لازاروس (1974)، اظهار می‌دارد که ما ترجیح می‌دهیم مقابله را در سطح تحلیل روانشناختی به عنوان «فرآیند مدیریت» خواسته‌های درونی و بیرونی که فراتر از منابع فرد ارزیابی می‌شوند، تعریف کنیم. وی معتقد است که این تعریف چندین کارکرد مهم دارد: اول اینکه، آن بر فرآیندی تأکید دارد که از صفت یا سبک متمایز شده است. دوم اینکه، این تعریف از مهار و کنترل صحبت می‌کند نه تسلط و غلبه، و مسلم است که بر خیلی از مشکلات و مسائل انسانی نمی‌توان غلبه یافت، بلکه مجدداً تعریف شده و پذیرفته شوند. در اینجا منظور از تعریف مجدد «بازارزیابی مجدد» است. سرانجام اینکه در تعریف مقابله می‌گوییم که آن باعث آماده‌سازی نیروها و کوشش‌ها می‌شود. بنابراین این تعریف خیلی از کارهایی را که به طور خودکار انجام می‌شود، در بر نمی‌گیرد. پس این تعریف مفهوم مقابله را از انطباق متمایز می‌کند. اساس این تمایز تنظیم و آماده‌سازی نیروهاست. مقابله فقط زمانی اتفاق می‌افتد که فرد نمی‌تواند به طور معمول با احتیاجات و نیروهای زندگی سروکار داشته باشد، اما باید بعضی چیزهای غیرمعمول را تحمل کند. این تعریف مفهوم مقابله را محدودتر کرده تا فقط اعمال غیرمعمول را شامل شود. علی‌رغم تعاریف زیادی که در عرف روان‌شناختی از مفهوم مقابله وجود دارد اما همه آنها در یک موضوع اساسی مشترکند و آن، اینکه مقابله اصولاً با نیازها و خواسته‌های درونی و

بیرونی، تعارضات و هیجانات ناراحت کننده، آشکار می‌شود» (لازاروس و فولکمن، 1985، 142).

به اعتقاد فروید (1936)، فرآیندهای «ایگو» به حل تعارضات بین تکانه های فردی و فشارهای بیرونی کمک می‌کنند. عملکرد این فرآیندها این است که از طریق توانمند ساختن افراد به ابراز تکانه های جنسی و پرخاشگرانه بدون شناسایی معنای واقعی آنها، تنش را کاهش می‌دهند. فرآیندهای «ایگو» همان مکانیسم های دفاعی هستند و در جهت کاهش تنش عمل می‌کنند و ماهیت کارکردی دفاعی و هیجان مدارانه دارند. نهایتاً روان شناسان «ایگو» بر فرآیندهای متمرکز بر واقعیت خالی از تعارض محیط «ایگو» مثل توجه، ادراک و حافظه تأکید کرده اند (موس و بیلینگز، 1982).

بنا به نظر بندورا (1977)، افراد بایستی باور کنند که می‌توانند به طور موفقیت آمیز یک تکلیف را انجام دهند تا اقدامات فعالی را برای حل آن تکلیف شروع کنند. مقابله موفق انتظار خودکارآمدی بعدی را افزایش می‌دهد که به نوبه خود منجر به کوشش های جدی می‌شود تا فرد بر تکالیف تهدیدآمیز غلبه کند. روش های اندازه گیری که از این رویکرد نشأت گرفته اند نوعاً راهبردهای مقابله ای را اندازه می‌گیرند که با موقعیت های خاص سر و کار دارند، گرچه تکنیک های کمی هم به سبک های مقابله عمومی مربوطند (موس و بیلینگز، 1982).

وینتراب، شایر و کارور (1982)، با استفاده از دو مدل نظری لازاروس از استرس و مدل خودتنظیمی رفتاری چک لیستی را تهیه کردند. آنها مقابله را به سه نوع کلی طبقه بندی کردند، که هر طبقه کلی شامل چندین نوع مقابله فرعی می‌باشد. این سه نوع مقابله عبارتند از: 1- مقابله متمرکز بر مسأله، 2- مقابله متمرکز بر هیجان، 3- مقابله های غیرمؤثر. در سنجش راهبردها و مهارت های مقابله ای، مسأله ای که مطرح است؛ نبود الگوی واحدی در تلقی راهبردها و مهارت های مقابله ای است، به دلیل اینکه الگوهای مختلفی و بر اساس آنها ابزار زیادی مطرح هستند. در بحث اعتیاد نیز مقابله های معتادان در پژوهش های مختلف مورد تحقیق و بررسی قرار گرفته است (شعاع کاظمی، 1387).

سیمونز و کاروی (2005)، به بررسی راهبردهای مقابله ای و استفاده از مواد مخدر بر روی نمونه ای 4500 نفری از جوانان پرداختند. این پژوهشگران به دنبال شناسایی و پیش بینی گرایش به مصرف مواد، تفکر نسبت به مصرف مواد و راهبردهای مقابله ای

تحت عنوان متغیرهای پیش بینی کننده پرداختند؛ به این نتیجه رسیدند که نوع راهبردهای مقابله ای مورد استفاده، پیش بینی کننده مصرف مواد در آینده می باشد. حاجی پور (1381)، در بررسی خود بر روی گروهی از معتادان مواد افیونی نشان داد که آنان در مقایسه با افراد سالم نگرش های ناکارآمد بیشتری داشته و از راهبردهای مقابله ای مبتنی بر هیجان و مهار جسمانی بیشتر استفاده می کنند. با وجود این در بررسی های یادشده به نحوه ی استراتژی های زنان در رویارویی و مقابله با اعتیاد پرداخته نشده و یا توجه شایسته نشده است. بنابراین در این پژوهش هدف اصلی مقایسه استراتژی های مقابله ای در زنان مبتلا به مواد مخدر می باشد.

ابزار و روش

طرح این پژوهش از نوع توصیفی، پیمایشی است. نمونه آماری پژوهش حاضر، شامل 60 نفر زن معتاد است، که از مراکز ترک اعتیاد شهر بندرعباس در سال 94-1393 انتخاب شدند. در انتخاب این نمونه آماری از روش های نمونه گیری غیراحتمالی: روش نمونه گیری در دسترس و روش نمونه گیری شبکه ای (به دلیل خاص بودن جامعه آماری، دشوار بودن شناسایی جامعه مورد مطالعه و نفوذ به آن و حساسیت موضوع مورد مطالعه در زنان) استفاده شد. گروه همتا نیز شامل 60 نفر زن غیرمعتاد است که با توجه به ویژگی های دموگرافیک گروه معتاد، به طور تصادفی انتخاب شدند؛ به این طریق که کسانی که بیشترین هماهنگی دموگرافیکی را نسبت به افراد معتاد دارا بودند، انتخاب می شدند. در پایان هر دو گروه (معتاد و همتا) براساس متغیرهای سن، تأهل، تحصیلات و... همتاسازی شدند. با توجه به حساسیت موضوع اعتیاد و همچنین احساس خطر زنان معتاد از شناخته شدن و برچسب خوردن (معمولاً این حساسیت در بین زنان بیشتر است)، جلب همکاری زنان معتاد به سختی صورت می گرفت. از زنان معتاد به منظور همکاری در اجرای پژوهش دعوت می شد و ضمن برقراری رابطه لازم؛ از جنبه محرمانه بودن اطلاعات شخصی ایشان، به آنها اطمینان کامل داده می شد. در صورت اعلام رضایت، پرسشنامه ها در اختیار آنان برای تکمیل شدن قرار می گرفت. بعضی از آنها خواسته هایی (از جمله: دستمزد همکاری، راهنمایی گرفتن جهت ترک، اطلاعات در مورد اثرات مواد مخدر، عوارض مصرف و...) داشتند، که در این موارد اقدام گردید. برای تجزیه و تحلیل

داده‌ها، در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های فراوانی، میانگین و میزان درصد و در سطح آمار استنباطی از آزمون آماری T مستقل استفاده شد.

پرسشنامه شیوه‌های مقابله‌ای کارور و شایر و وینتراب (1989): این مقیاس براساس مدل لازاروس از استرس و مدل خودنظم بخشی رفتار، تهیه شده است. این پژوهشگران، اعتبار و پایایی پرسشنامه را طی مطالعات جداگانه بررسی کردند. پرسشنامه دارای 72 سؤال است و 4 دسته از استراتژی‌های مقابله‌ای را می‌سنجد که عبارتند از: استراتژی‌های متمرکز بر مسأله، متمرکز بر هیجان، کم اثر و غیرمؤثر. هر دسته نیز دارای مقیاس‌هایی هستند که مجموعاً 18 مقیاس را در برمی‌گیرد. دامنه نمرات در هر مقیاس از 0-4 است. به عبارت دیگر در مقیاس‌های مسأله مدار، هیجان مدار و مقابله غیرمؤثر، از 0-20 و در مقیاس مقابله کم اثر، از 0-12 است (جزایری و همکاران، 1382؛ کوشکی، 1384). اعتبار و پایایی این آزمون را پس از ترجمه و تجدیدنظر مورد بررسی قرار دادند که اعتبار آن توسط 4 دکتر روانسنج مورد تأیید قرار گرفت. همچنین ضریب پایایی مقیاس‌ها از طریق روش بازآزمایی اندازه‌گیری شد که از 0/63 تا 0/95 بود (جزایری و همکاران، 1382). ضریب پایایی پرسشنامه در این پژوهش، 0/86 به دست آمد.

یافته‌ها

الف: یافته‌های توصیفی

جدول شماره 1: فراوانی و درصد سن نمونه آماری

درصد	فراوانی	آزمودنی‌ها
		طبقات
15	9	زیر 28 سال
28/33	17	29-38
40	24	39-48
16/67	10	49 و بالاتر

آمار جدول شماره 1 نشان می‌دهد، که میزان مصرف مواد مخدر در بین زنان میانسال (28/33 درصد) بیشتر است و در بین زنان جوان (15 درصد) این آمار کمتر می‌باشد.

جدول شماره 2: وضعیت تأهل و تحصیلات گروه نمونه

درصد	فراوانی	شاخص‌های آماری	
11/67	7	سیکل	
33/33	20	دیپلم	
23/33	14	فوق دیپلم	تحصیلات
18/33	11	لیسانس	
13/33	8	فوق لیسانس و بالاتر	
48/33	29	مجرد	وضعیت تأهل
51/67	31	متاهل	

همان طور که در جدول شماره 2 ملاحظه می شود، میزان اعتیاد در بین گروه زنان مورد مطالعه که دارای تحصیلات دیپلم هستند (33/33 درصد) بالاتر است و در بین گروه نمونه زنان با پایین ترین سطح تحصیلات (سیکل) این میزان (11/67) کمتر می باشد و نیز زنان متأهل بیشترین درصد (51/67) مصرف مواد را نشان دادند.

جدول شماره 3: فراوانی و درصد نوع ماده مصرفی

درصد	فراوانی	آزموذنی‌ها مواد مصرفی
33/33	20	شیشه
6/67	4	تریاک
16/67	10	هروئین
3/33	2	حشیش
38/33	23	قرص
1/67	1	کراک

جدول 3 نشان دهنده این است که زنان معتاد از بین مواد اعتیادآور، بیشترین مقدار مصرف (38/33) قرص را دارند، و کمترین درصد میزان مصرف (1/67)، کراک بود.

ب. یافته‌های استنباطی

جدول شماره 4: مقایسه میانگین‌های گروه معتاد و عادی در نوع استراتژی‌های مقابله‌ای

P	df	T	SD	M	n	گروه‌ها	استراتژی‌های مقابله‌ای
0/003*	118	-3/16	2/93	12/87	60	معتاد	متمركز بر مسأله
			3/58	18/75	60	غيرمعتاد	
0/02*	118	2/32	3/53	14/97	60	معتاد	متمركز بر هيچجان
			2/81	12/64	60	غيرمعتاد	
0/00**	118	4/71	2/63	6/79	60	معتاد	كم اثر
			2/17	4/14	60	غيرمعتاد	
0/00**	118	4/59	4/2	10/13	60	معتاد	غير مؤثر
			3/04	5/26	60	غيرمعتاد	

$P^{**01/0} > P < 0/05^*$

از نتایج جدول 4، این گونه استنباط می‌شود که از بین استراتژی‌های مقابله‌ای، در دسته متمركز بر مسأله و متمركز بر هيچجان در سطح $P < 0/05$ و در دسته‌ی استراتژی‌های کم اثر و غير مؤثر در سطح $P < 0/01$ بین دو گروه زنان مبتلا به مصرف مواد و غيرمبتلا به مصرف مواد، تفاوت معنی دار وجود دارد. نتایج جدول نشان دهنده‌ی این است که میانگین نمره زنان معتاد ($M=12/87$) در دسته‌ی استراتژی‌های متمركز بر مسأله از میانگین نمره زنان غيرمعتاد ($M=18/75$) کمتر؛ و در دسته‌ی استراتژی‌های هيچجان مدار ($M=14/97$)؛ کم اثر ($M=6/79$) و غير مؤثر ($M=10/13$)، نسبت به زنان غيرمعتاد بیشتر می‌باشد. می‌توان گفت که زنان معتاد در مقایسه با زنان غيرمعتاد از استراتژی‌های مقابله‌ای مسأله مدار کمتر و از استراتژی‌های مقابله‌ای هيچجان مدار، کم اثر و غير مؤثر بیشتر استفاده می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

اعتیاد، سوء مصرف یا وابستگی به مواد امروزه به عنوان یک بیماری تلقی می‌شود که مانند هر بیماری دیگری، نیاز به درمان دارد. ریشه بسیاری از اختلال‌های روانی و مشکلات رفتاری، از جمله رفتارهای اعتیادآور، ناشی از ناتوانی افراد در تحلیل صحیح

خود و موقعیت خویش و نیز بی کفایتی افراد برای رویارویی با موقعیت دشوار است (مولیس و چاپمن، 2000، 215).

لانگ و اسکاتز (1995)، مقابله را تحت عنوان دو راهبرد سیستماتیک، به مقابله درگیرشدن و درگیر نشدن تقسیم کرده اند. مقابله درگیر شدن شامل تلاش های فعال هم برای کنترل جنبه های متمرکز بر مسأله و هم جنبه های متمرکز بر هیجان واقعه فشارزا می باشد و به نظر می رسد ثبات کمتری دارد؛ زیرا تحت تأثیر موقعیت قرار می گیرد. مقابله درگیر نشدن شامل مقابله متمرکز بر هیجان است؛ مثل تفکر آرزومندانه، لذا کمتر تحت تأثیر عوامل موقعیتی قرار می گیرد و ثبات متوسطی دارد (تری، 1994). نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها نشان دهنده تفاوت معنادار بین زنان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر و غیرمبتلا به سوء مصرف مواد مخدر در استراتژی های مقابله ای بود و این تفاوت در هر 4 دسته استراتژی های مقابله ای (متمرکز بر مسأله، متمرکز بر هیجان، کم اثر و غیر مؤثر) معنادار بود.

نتایج این پژوهش نشان دهنده ی این است که در استفاده از استراتژی های متمرکز بر مسأله بین زنان معتاد و غیرمعتاد تفاوت معنادار وجود دارد و میزان استفاده از این استراتژی در زنان معتاد کمتر است و این نشان دهنده این است که الگوی مقابله ای معتادان، کمتر مسأله مدار و بیشتر غیرسازنده است. این یافته با نتیجه پژوهش های بخشی پور رودسری، محمودعلیلو و ایرانی (1387) و بال (2004) همسو است، اما با نتیجه تحقیق ملازاده اسفنجانی، کافی و صالحی (1389) همخوانی ندارد.

همچنین یافته ها حاکی از این بود که در استفاده از استراتژی های مقابله ای متمرکز بر هیجان، کم اثر و سبک های غیرمؤثر، بین زنان معتاد و عادی تفاوت معنادار وجود دارد و میانگین این تفاوت در زنان معتاد بیشتر است. یعنی زنان معتاد، بیشتر از مقابله متمرکز بر هیجان، کم اثر و سبک های غیرمؤثر استفاده می کنند. این یافته ها همسو با نتایج پژوهش جزایری و دهقانی (1383)، فرنیاء، خواجه موگهی، شانه ساز و پاک سرشت (1385)، برادی، تی اسکان، پاش، فلورز و آزر (2009) و استیجر و همکاران (2009) بود. طبق نتایج این پژوهش ها، افراد معتاد در هنگام مواجهه با فشار روانی بیشتر از مقابله متمرکز بر هیجان و سبک های غیرسازنده مانند سبک های کم اثر و غیرمؤثر، استفاده می کنند. مایزر و براون (1996) به منظور بررسی پاسخ های مقابله ای مصرف مجدد مواد در بین نوجوانان، به این نتیجه رسیدند که آنها در مواقع پر استرس،

کمتر از استراتژی‌های مقابله‌ای حل مسأله و بیشتر از استراتژی‌های مقابله‌ای کم اثر و غیرمؤثر استفاده می‌کنند.

در تبیین تفاوت دو گروه در سبک مقابله متمرکز بر هیجان، شاید بتوان به آسیب رفتاری و شناختی افراد معتاد اشاره کرد که آنها را به سمت اعتیاد سوق داده است. به عنوان مثال، مک کی و همکاران (1998) در تحقیقی که انجام دادند، گزارش کردند که برخی از روش‌های مقابله با فشار روانی معتادان به مشروبات و مواد مخدر؛ مثل پرهیز از مواجهه مستقیم با مسأله و انکار واقعیت، با افزایش مقدار مصرف مواد و مشروب ارتباط معناداری دارد. همچنین مصرف مواد باعث تکرار این دور باطل می‌گردد. بر این اساس، افرادی که سبک‌های مقابله‌ای متمرکز بر هیجان را به کار می‌برند، بیشتر به دنبال کنترل هیجان‌های آشفته و ایجاد تعادل عاطفی و هیجانی در برخورد با شرایط فشارزا می‌باشند. آنها به جای مواجهه مستقیم با شرایط فشارزا و حل مسأله به راهکارهایی می‌پردازند که بتوانند پیامدهای منفی ناشی از فشار روانی مانند تنش و مشکلات هیجانی را کنترل کنند که یکی از این راهکارها استفاده از الکل و مواد مخدر است (مادو و پودهان، 2006). مصرف مواد نیز به خاطر اثرات خوشایندی که دارد باعث می‌شود تا فرد معتاد در زمان مواجهه با فشار روانی، بیشتر تحت راهبردهای متمرکز بر هیجان، کم اثر و سبک‌های غیرمؤثر قرار بگیرد.

تجربه اعتیاد، شکل‌گیری الگوهای مقابله‌ای غیرسازنده و کم اثر را آسان و تسریع می‌کند. مقابله‌عاملی است که به افراد کمک می‌کند تا آرامش روانی خود را در دوره‌های استرس حفظ کنند. مقابله در برگیرنده تلاش‌های شناختی و رفتاری است که شرایط استرس‌زا و ناراحتی هیجانی همبسته با آن شرایط را کاهش یا افزایش می‌دهند. شیوه مقابله اگر انطباقی باشد موجب چیرگی بر مشکلات می‌گردد و اگر غیرانطباقی باشد، اثرات زیان‌بار بلندمدت به دنبال دارد (لازاروس و فولکمن، 1984). سوء مصرف مواد، خود یک استراتژی مقابله‌ای هیجان‌مدار، غیرمؤثر، کم اثر و غیرسازنده است. نتایج این پژوهش نشان داد که زنان معتاد به نسبت زنان عادی و غیرمعتاد، از استراتژی‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار، کم اثر و غیرمؤثر بیشتر بهره‌می‌گیرند و از استراتژی مسأله‌مدار کمتر استفاده می‌کنند. زیرا نگرش منفی نسبت به اعتیاد ندارند و همانگونه که ذکر شد، می‌توان به تحقیقات فولکمن و لازاروس (1984)، اشاره کرد که مقابله را تلاشی شناختی-رفتاری برای غلبه بر تنیدگی و فشار می‌دانند. در حالی که معتادان این مطالعه،

کسانی هستند که از قدرت شناختی ضعیف برخوردارند و در نتیجه از راهبردهای مقابله ای مؤثر، استفاده نمی کنند.

سوءمصرف مواد را می توان نوعی سبک مقابله افراد با تنش ها و فشارهای زندگی تلقی کرد. نتایج پژوهش ها در زمینه ی نقش تفاوت های جنسیتی در استفاده از سوءمصرف مواد، به عنوان یک سبک مقابله ای، متناقض است، در حالی که برخی یافته ها حاکی از آن است که مردها در مقایسه با زنان، بیشتر به انکار عواطف منفی و اجتناب از آن و به تبع آن سوءاستفاده از مواد روی می آورند. بعضی پژوهش ها نشان دهنده آن است که زنان در مواجهه با عواطف منفی و تنش های زندگی، بیشتر از سبک های اجتنابی و انکار استفاده می کنند (کوپر و اُرکات، 1997).

بنابراین به نظر می رسد که زنان معتاد در مواجهه با موقعیت های تهدیدکننده ی اجتماعی؛ رفتارهای اجتناب و گریز پیش می گیرند و بیشتر به سوءمصرف مواد پناه می برند. به نظر می رسد که از طریق آموزش صحیح و مداوم از جمله مهارت های مقابله ای، تصمیم گیری صحیح و حل مسأله، می توان تکنیک های مؤثری را برای مقابله با مشکلات از جمله پرهیز از مواد را به افراد آموزش داد. احتمال می رود که روی آوردن به رفتارهای منفی از قبیل مصرف مواد، افراد به دلیل عدم استفاده از راهکارهای مقابله ای مؤثر وابسته به موقعیت، دچار مشکلات عاطفی و ارتباطی می شوند و ضعف در روابط خود را با روی آوردن به مواد جبران می کنند.

از محاسن این پژوهش می توان به تازه و بدیع بودن این پژوهش هم از لحاظ موضوع و هم نمونه و جامعه آماری در داخل کشور اشاره کرد و می تواند راهنما و پیشینه ای برای اساتید، دانشجویان و محققان جهت انجام پژوهش های آتی در این زمینه بر روی زنان باشد؛ که این مسائل به نوبه خود حاکی از اهمیت و ارزش تحقیق کنونی می باشد و همچنین هشدار می به جای خالی مطالعه این موضوع در حوزه مشاوره، روان شناسی، پزشکی و روان پزشکی می باشد. امید است پژوهش حاضر مقدمه و راه گشای پژوهش های آتی در این زمینه باشد. مشکل پیشینه تحقیقاتی کافی، حجم کم نمونه و شیوه نمونه گیری را می توان از محدودیت های پژوهش حاضر به شمار آورد. این مطالعه می تواند راه گشای تحقیقات بعدی در زمینه نقش استراتژی های مقابله ای در مصرف مواد مخدر باشد. انتخاب معتادان سرپایی و انتخاب نمونه با حجم بالا اعتبار بیشتری به یافته ها می بخشد. پیشنهاد می شود از استراتژی های مقابله ای جهت

مقابله با این پدیده به ویژه در مراحل اولیه استفاده شود. تلویحات مهم این مطالعه حاکی از اهمیت روش‌هایی است که سوءمصرف‌کنندگان مواد می‌بایست برای کنار آمدن با هیجانات و راهبردهایشان یاد بگیرند. تحول در استراتژی‌های مقابله‌ای معتادان می‌تواند در جهت پیشگیری و یا درمان سوءمصرف‌کنندگان مواد تأثیر داشته باشد و همچنین ممکن است به کاهش پیامدهای بالینی منفی در این گروه کمک کند.

منابع

- امیری، مسعود؛ آقامحمدیان شعرباغ، حمیدرضا؛ کیمیایی، سیدعلی (1391)، اثربخشی رویکرد واقعیت درمانی گروهی بر منبع کنترل و راهبردهای مقابله ای. **فصلنامه اندیشه و رفتار**، 24: 59-68.
- بخشی پورودسری، عباس؛ محمودعلیلو، مجید؛ ایرانی، سیدسجاد (1387)، مقایسه ویژگی ها و اختلال های شخصیت و راهبردهای مقابله ای معتادان خودمصرف و گروه بهنجار. **مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران**، سال چهاردهم، شماره 3: 289-297.
- جزایری، علیرضا؛ جعفری زاده، ذبیح ا...؛ پورشهباز، عباس (1382)، **بررسی و مقایسه ارتباط بین مؤلفه های شخصیتی و راهبردهای مقابله در معتادان به تریاک 30-36 ساله**، اعتیاد پژوهی.
- جزایری، علیرضا؛ دهقانی، محمود (1383)، بررسی رابطه بین سبک های دلبستگی، اعتیاد و نیمرخ روانی افراد معتاد در مقایسه با افراد غیرمعتاد. **فصلنامه سوءمصرف مواد**، سال دوم، شماره 6: 55-66.
- حاجی پور، حسن (1381)، **بررسی نگرش های ناکارآمد، میزان استرس، راهبردهای مقابله با استرس در معتادان به مواد افیونی جویای درمان در مقایسه با افراد غیرمعتاد**. پایان نامه کارشناسی ارشد. انستیتو روانپزشکی تهران.
- شعاع کاظمی، مهرانگیز (1387)، **بررسی مقایسه ای رابطه بین راهبردهای مقابله ای و نگرش نسبت به مصرف مواد در معتادان**. **فصلنامه اعتیادپژوهی**. سال دوم، شماره 7.
- غضنفری، فیروزه؛ پورقدم، عزت الله (1387)، **بررسی رابطه راهبردهای مقابله ای و سلامت روانی در ساکنین شهر خرم آباد**. **فصلنامه اصول بهداشت روانی**، سال دهم، شماره سی و هفتم: 47-54.
- فرنی، حمیدرضا؛ خواجه موگهی، ناهید؛ شانه ساز، عبدالامین؛ پاک سرشت، سیروس (1385)، **بررسی مقایسه ای استرس، سبک های مقابله ای و ارتباط آن با سلامت عمومی در افراد وابسته به مواد افیونی و غیروابسته به مواد افیونی**. **مجله علمی-پزشکی**، دوره 5، شماره 1: 21-28.
- کوشکی، شیرین (1384)، **تأثیر اختلال های شخصیتی و شیوه های مقابله بر نگرش معتادان نسبت به سوءمصرف مواد**، **فصلنامه علمی-پژوهشی مطالعات روانشناختی**، دوره 1، شماره 4 و 5.

- ملازاده اسفنجانی، رحیم؛ کافی، موسی؛ صالحی، ایرج (1389)، مقایسه سرسختی روان شناختی و سبک‌های مقابله با فشار روانی در افراد معتاد و عادی. **فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد**، سال پنجم، شماره هفدهم.

- هالچین، ریچاردپی؛ ویتبورن، سوزان کراس (1387)، **آسیب شناسی روانی** (دیدگاه‌های بالینی در باره اختلال‌های روانی). ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر روان.

- Altmaier, Y. (2004), Quality of Life issue in mental health care: Past, Present and Future. **German Journal of Psychiatry**, 1:35-43.
- Ball, S. A. (2004), Personality traits, disorders, and substance abuse. In R. M. Stelmack (Ed.), **on the psychobiology of personality: Essays in honor of Marvin Zuckerman**. New York: Pergamon.
- Brady, S. S., Tschann, M. J., Pasch, A. L., Flores, E., & Ozer, J. E. (2009), Cognitive coping moderates, the association between violent victimization by peers and substance use among adolescents. **Journal of Pediatric Psychology**, 34(3): 304- 310.
- Callan, WJ., & Henessy, JF. (1989), **Strategies for coping with infertility**. *Br J Med Psychol*; 62: 353-54.
- Carver, C. S., Shiere, M. F., & Weintraub, J. K. (1989), Assessing coping strategies: A theoretically based approach. **Journal of Personality and Social Psychology**, 56(2): 267-83.
- Cooper, M. L., & Orcutt, H. K. (1997), Drinking and sexual experience on first dates among adolescents. **Journal of Abnormal Psychology**, 106(2): 191-202.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1993), Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. **Journal of personality and social psychology**, 58(5): 844.

-
- Folkman, S. and Lazarus, R. S. (1988), Coping as a Mediator of Emotion, **Journal of Personality and Social Psychology**, 54: 466-75.
 - Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984), The dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. **Journal of personality and social psychology**, 50: 992-1003.
 - Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985), If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. **Journal of Personality and Social Psychology**, 48(1): 150-170.
 - Kail, R. V., & Cavanaugh, J. C. (2000), **Human development. (2nd.ed.)**. Belmont, CA: Wadworth.
 - Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1985), **Coping and adaptation**, Gilford Press.
 - Lazarus, R. S. (1966), **Psychological Stress and the Coping Process**. New York: McGraw-Hill.
 - Lazarus, R. S. (1974), Psychological stress and coping in adaptation and illness. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, 5: 321-333.
 - Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984), **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer.
 - Madu, N. S., & Poodhun, A.E. S. (2006), **Stress Symptoms and Substance Use among Police Officials in the Central Region of Limpopo Province**, South Africa. *J. Soc. Sci.*, 12(3): 213-24.
 - McKee, S. A., Hinson, R. E., Wall, A. M., & Spriell, P. (1998), **Alcohol outcome expectancies and coping styles as predictors of alcohol use in young adults**. *Addict Behavior*, 23(1): 17-22.
 - Moss, R.H., & Billings, A. (1982), **Conceptualizing and Measuring Coping Resources and Process**. In: Goldberger, L.,

- Breznitz, Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects. New York, Free Press: 212-30.
- Mullis, R. L., & Chapman, P. (2000), Age, gender and self-esteem differences in adolescent coping styles. **Journal of Social Psychology**, 140: 539- 541.
 - Naomi, B., & Kimberly, S. (2012), **I am not stressed: Effective Stress Coping Techniques**. Utah State University, Cooperative extension, FC/marriage/2012-03pr. Available from: http://digitalcommons.usu.edu/extension_curall/178.
 - Simons, S., & Carvey., B. (2005), **attitudes toward marijuana use and drug**. Free experience. Elsevier; 16(2).
 - Smith, E., Nolan. Hoxema. S., Farid Rikson. B., & Lofton. J. (2003), **The field of Hilgard and Etkinson psychology**; translation of Mahmood Saatchi et al. (2007). Tehran: Gap Press. [Persian].
 - Staiger, K. P., Melville, F., Hides, L., Kambouropoulos, N., & Lubman, I. D. (2009), Can emotion-focused coping help explain the link between posttraumatic stress disorder severity and triggers for substance use in young adults? **Journal of Substance Abuse Treatment**, 36(2): 220- 26.
 - Stone, A. A., Greenberg, M. A., Kennedy-Moore, E., & Newman, M. G. (1991), Self-report, situation-specific coping questionnaires: What are they measuring? **Journal of Personality and Social Psychology**, 61(4): 648.
 - Terry, D. J. (1994), Determinants of coping: The role of stable and situational factors. **Journal of personality and social psychology**; 66(5): 895.
 - Thoits, P. A. (1986), Social support as coping assistance. **Journal of Counseling and Clinical Psychology**; 54: 419-23.

-
-
- Wasilow-Mueller, S., & Erickson, C. K. (2001), Drug abuse and dependency: Understanding gender differences in etiology and management. **Journal of the American Pharmacista Association**; 41: 78-90.