



بررسی متغیرهای خانوادگی و فردی در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد

چکیده

هدف: بنابر پژوهشهای انجام شده در زمینه علل گرایش افراد به مصرف و سوء مصرف مواد مخدر، این پژوهش بر آن است تا افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد مخدر را با توجه به متغیرهای خانوادگی و فردی مورد بررسی قرار دهد.

روش بررسی: این مطالعه بر روی ۷۱۶ نفر از افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد مخدر در ۱۱ شهرستان استان فارس انجام شد. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: ۱- آزمون کانون کنترل راتر ۲- پرسشنامه سبکهای دلبستگی ۳- پرسشنامه پیوند والدینی ۴- مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون ۵- پرسشنامه مهارتهای مقابله‌ای وینتراب ۶- پرسشنامه عزت نفس کوپراسمیت

یافته‌ها: تمامی متغیرها بین گروه سالم و گروههای مصرف کننده و سوء مصرف کننده تفاوت معنی دار داشتند. بدین صورت که در متغیرهای تاب آوری، اعتماد به نفس، مهارتهای مسئله مدار، مراقبت و سبک دلبستگی ایمن، نمرات گروه سالم بالاتر از نمرات گروههای مصرف کننده و سوء مصرف کننده بود. اما در متغیر محافظت بیش از حد، سبک دلبستگی دوسوگرا، کانون کنترل (نمره بالا به معنی کانون کنترل بیرونی)، تطابق هیجان مدار و تطابق کمتر مفید و غیر موثر نمرات گروه سالم کمتر از گروههای مصرف کننده و سوء مصرف کننده بود. مقایسه گروههای مصرف کننده و سوء مصرف کننده نشان داد که در متغیرهای تاب آوری، دوسوگرایی، مهارتهای مشکل مدار، و کمتر مفید و غیر موثر گروههای مصرف کننده و سوء مصرف کننده با یکدیگر تفاوت معنی دار داشتند. اما در متغیرهای مراقبت، محافظت بیش از حد و سبک دلبستگی ایمن، اعتماد به نفس، کانون کنترل، و تطابق هیجان مدار تفاوت بین دو گروه معنی دار نبود.

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، جهت افزایش تاب آوری در برابر سوء مصرف مواد مخدر، لازم است تا مداخلات پیشگیرانه در سالهای اولیه عمر کودک از طریق آموزش والدین در زمینه مراقبت و محافظت کافی، و تلاش برای شکل دهی سبک دلبستگی ایمن، راهبردهای ایجاد اعتماد به نفس، کانون کنترل درونی و بکارگیری مهارت تطابقی مشکل مدار انجام شود. این یافته‌ها همچنین تلویحاتی را برای مداخلات روانشناختی ارائه می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: سوء مصرف مواد / افراد در معرض خطر / تاب آوری

* **دکتر مسعود محمدی**
دکترای روانشناسی بالینی

دکتر علیرضا جزایری
دانشیار روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دکتر امیرحسین رفیعی
روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دکتر بهرام جوکار
دکترای روانشناس تربیتی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شیراز

دکتر عباس پورشهباز
دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

* E-mail: mohamadims@sums.ac.ir



مقدمه

از نظر تاریخی عمده پژوهش‌های پیشگیرانه و تدوین مداخلات معطوف به رفتارهای مشکل‌زا، بر شناسائی «عوامل خطرزا» و جمعیت‌های پرخطر متمرکز بوده‌اند. بدین معنا که بهترین شیوه پیشگیری از بروز یک مشکل تمرکز بر علل پدیدآئی آن و افرادی است که بیشترین ویژگیهای خطرزا را دارند (کمپفر، ۲۰۰۲).

با این حال پژوهش‌های بسیاری نشان دادند که تمرکز صرف بر عوامل خطرزا رویکردی مناسب نیست. این پژوهش‌ها نشان دادند که بسیاری از کودکان در معرض خطر، رفتارهای مشکل‌زای پیش‌بینی شده را نشان نمی‌دهند. برای مثال بسیاری از نوجوانان پرخطر از نظر مصرف مواد، سوء مصرف‌کننده مواد نمی‌شوند. این نتایج نشان دادند که باید چیزی بیشتر از عوامل خطرزا وجود داشته باشند (زمیرمن و آرونکمار، ۱۹۹۴).

موضوعی که این تصویر را پیچیده‌تر می‌کند، این است که به نظر نمی‌رسد که عوامل خطرزا به پیامدهایی اختصاصی منجر شوند، بلکه با پیامدهای تحولی وسیع‌تری ارتباط دارند. در واقع عوامل خطرزایی که برای رفتار مشکل‌زای خاصی در نوجوانان شناسائی شده‌اند، شباهت زیادی به عوامل خطرزایی دارند که برای سایر رفتارهای مشکل‌زای شناسائی شده‌اند (لشنر، ۲۰۰۲) (۱).

در طول چند دهه گذشته فعالیتهای مرتبط با کاهش سوء مصرف مواد مخدر، از نگاه صرف به عوامل خطرزا به سوی عوامل محافظت‌کننده تغییر جهت داده است. از سوی دیگر در طول دو دهه گذشته مفهوم تاب‌آوری (Resiliency) در حوزه روانشناسی تحولی، توجه‌ای روزافزون کسب کرده است (۲). این امر موجب شده است تا برای مطالعه تحول از یک مدل توانمندسازانه استفاده شود تا مدل‌های متمرکز بر کمبود و مشکل. راتر و گارمزی نشان دادند که بیش از پنجاه درصد کودکانی که در شرایط نامساعد زندگی می‌کنند، هنگام بزرگسالی مشکل عمده‌ای را تجربه نمی‌کنند (۳، ۲).

از سوی دیگر پژوهش‌های متعددی بر نقش متغیرهای خانوادگی (مانند پیوند با والدین، سبک دلبستگی ایمن)، و فردی (مانند اعتماد به نفس، کانون کنترل درونی، و مهارت‌های مشکل‌مدار) به عنوان عوامل محافظ در برابر مصرف و سوء مصرف مواد مخدر، تاکید داشته‌اند (نقل از هاوکینز و کاتالانو، ۱۹۹۲). بنابراین پژوهش حاضر بر آن است تا تفاوت افراد سالم (عدم مصرف یا سوء مصرف مواد) را با افراد مصرف و سوء مصرف‌کننده مواد مخدر در متغیرهای خانوادگی و فردی مورد بررسی قرار دهد.

روش بررسی

جامعه پژوهش را افراد ۱۸ تا ۲۵ ساله و در معرض خطر سوء مصرف مواد محله‌های پرخطر استان فارس تشکیل می‌دهند، که معیارهای شمول را دارا هستند. 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 و شیور، ۱۹۸۷) ۳- پرسشنامه پیوند والدینی (پارکر، ۱۹۷۹)

۴- مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) Resilience Scale Connor-Davidson، ۵- پرسشنامه مهارت‌های مقابله‌ای وینتراب (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.

برای بررسی تفاوت‌های موجود از روش تحلیل واریانس استفاده گردید تمامی تحلیلها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS انجام گرفت.



جدول ۱ - نتایج پایایی و روایی ابزارهای پژوهش

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

نتایج آزمون تعقیبی توکی (HSD) نشان داد که در تمامی متغیرهای فردی بین گروه سالم و گروههای مصرف کننده و سوء مصرف کننده تفاوت معنی دار وجود داشت. بدین صورت که در متغیرهای تاب آوری، اعتماد به نفس و مهارتهای مسئله مدار نمرات گروه سالم بالاتر از نمرات گروههای مصرف کننده و سوء مصرف کننده بود. اما در متغیر کانون کنترل، (نمره بالا به معنی کانون کنترل بیرونی)، تطابق هیجان مدار و تطابق کمتر مفید و غیر موثر نمرات گروه سالم کمتر از گروههای مصرف کننده و سوء مصرف کننده بود. مقایسه گروههای مصرف کننده و سوء مصرف کننده نشان داد که در متغیرهای تاب آوری، تطابق مسئله مدار، و تطابق کمتر مفید و غیر موثر گروههای اول و دوم با یکدیگر تفاوت معنی دار داشتند بدین صورت که در متغیرهای ذکر شده گروه دوم نمرات بالاتری نسبت به گروه اول داشت. اما در متغیرهای اعتماد به نفس، کانون کنترل، و تطابق هیجان مدار تفاوتی بین گروههای مصرف کننده و سوء مصرف کننده مشاهده نشد.

یافته‌ها

همانگونه که پیش بینی می شد، نتایج آزمون تعقیبی توکی (HSD) نشان داد که در تمامی متغیرها بین گروه سالم و گروههای مصرف کننده و سوء مصرف کننده تفاوت معنی دار وجود داشت. بدین صورت که در متغیرهای مراقبت و سبک دلبستگی ایمن، نمرات گروه سالم بالاتر از نمرات گروههای مصرف کننده و سوء مصرف کننده بود. اما در متغیر محافظت بیش از حد، سبک دلبستگی دوسوگرا، نمرات گروه سالم کمتر از گروههای مصرف کننده و سوء مصرف کننده بود. مقایسه گروههای مصرف کننده و سوء مصرف کننده نشان داد که در متغیر دوسوگرایی گروههای مصرف کننده و سوء مصرف کننده با یکدیگر تفاوت معنی دار داشتند بدین صورت که در این متغیر گروه مصرف کننده نمرات بالاتری نسبت به گروه سوء مصرف کننده مواد داشت. اما در متغیرهای مراقبت، محافظت بیش از حد و سبک دلبستگی ایمن تفاوت بین دو گروه معنی دار نبود.



جدول شماره ۲ - نتایج مقایسه نمرات گروهها در متغیرهای خانوادگی

P	مقدار F	df	گروه سالم		گروه مصرف کننده		گروه سوء مصرف کننده		متغیر
			SD	M	SD	M	SD	M	
۰/۰۰۰۱	۶۳/۸۴	۲و۷۱۳	۵/۹۰	۱۸/۹۳	۵/۰۲	۱۴/۳۸	۴/۷۳	۱۴/۰۹	مراقبت
۰/۰۰۰۱	۳۶/۸۴	۲و۷۱۳	۳/۲۸	۱۰/۳۲	۳/۴۳	۱۲/۸۰	۳/۷۵	۱۲/۶۰	محافظت بیش از حد
۰/۰۰۰۱	۵۱/۹۸	۲و۷۱۳	۷/۲۱	۳۸/۱۱	۷/۷۹	۳۱/۷۳	۹/۲۲	۳۱/۳۵	ایمن
۰/۰۰۰۱	۲۸/۵۶	۲و۷۱۳	۴/۵۵	۱۸/۴۱	۵/۸۰	۲۲/۲۳	۶/۰۷	۲۰/۱۳	دو سوگرا

پرهیز کنندگان در یک گروه نوجوان، از شیوه مراقبتی والدینشان ناشی می‌شد. مادران مصرف کنندگان دائم به عنوان نسبتا سرد، غیر پاسخگو و غیر محافظت کننده توصیف می‌شدند.

از سوی دیگر آنچه در این گروه از افراد مشهود است ناتوانی در مراقبت از خود است، که نتیجه شکست در درونی کردن این کارکردها از والدینی است که ممکن است در مراحل اول مراقب بوده‌اند ولی به دلیل درونی نشدن این مراقبت در فرزندان، دست از آن کشیده‌اند. آنچه مسلم است بسیاری از مشکلات مرتبط با مراقبت از خود در تاریخچه سوء مصرف کنندگان مواد یافت می‌شود.

نتایج تحلیل واریانس در مورد متغیر محافظت بیش از حد نشان می‌دهد که تفاوت میزان این متغیر بین گروه سالم با گروههای مصرف کننده و سوء مصرف کننده معنی دار است. اما این تفاوت در بین گروههای مصرف کننده و سوء مصرف کننده معنی دار نیست. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که در فاصله سلامت تا مصرف، این محافظت به موجب وجود خطر فعال شده است. در واقع این عامل اثرش را به محض مصرف از دست داده است. اما با توجه به این که بر اساس خود گزارش دهی آزمودنیها، این متغیر به عنوان یک «ویژگی» والدین مورد ارزیابی قرار گرفته، این امکان وجود دارد که تداوم (و بالطبع عدم افزایش تاثیر گذاری) آن، نتوانسته از مرحله مصرف به سوء مصرف نقشی محافظتی ایفاء کند.

محافظت بیش از حد از جمله ویژگیهای والدین است که به عنوان عاملی خطرزا (و منفی) مطرح است، مگر زمانی که خطری فرد را تهدید کند. با توجه به میزان تفاوت گروه سالم با گروههای مصرف و سوء مصرف کننده در متغیر سبک دلبستگی ایمن نیز می‌توان چنین پنداشت که سبک دلبستگی ایمن در مسیر سلامت، مصرف و سوء مصرف، فاصله سلامت تا مصرف را محافظت می‌کند، و در فاصله مصرف تا سوء مصرف خاصیت محافظتی خود را حفظ نمی‌کند. ناتب آوری گروه سوء مصرف کننده و هم چنین تفاوت معنی دار آنها در سبک دلبستگی ایمن نسبت

بحث

همان گونه که جداول ۱ و ۲ نشان می‌دهند، تفاوت گروهها در اکثر متغیرهای مورد مطالعه معنی دار است. این معنی داری در بیشتر موارد در جهت مورد انتظار بود. در متغیر تاب آوری گروهها به خوبی از یکدیگر تفکیک شده بودند (این نتیجه نشانگر توانمندی آزمونها در تفکیک گروهها بود) بدین معنی که گروه سالم نسبت به گروه مصرف کننده و گروه مصرف کننده نسبت به سوء مصرف کننده امتیاز بالاتری در مقیاس تاب آوری به دست آوردند. این نتیجه از اینرو قابل تبیین است که مصرف و بخصوص سوء مصرف مواد پیامد ناتوانی در سازگاری، چاره‌اندیشی، از دست دادن جهت درست فکری (با علم به پیامدهای مصرف مواد)، و ناتوانی در کنترل هیجانات ناخوشایند می‌باشد. اگرچه تفاوت بین گروههای سوء مصرف کننده و مصرف کننده معنی دار است، اما با توجه به مقدار تفاوت بین این دو گروه (۳/۸ نمره) و بین گروههای مصرف کننده و سالم (۱۱/۵ نمره)، می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که از مصرف تا سوء مصرف فاصله چندانی نیست (آینده خوبی برای گروه مصرف کننده پیش بینی نمی‌شود)، و از نظر تاب آوری در خطر هستند. اگرچه در حال حاضر نسبت به گروه سوء مصرف کننده وضعیت بهتری دارند، اما ممکن است زودتر از آنچه تصور می‌شود (به دلیل مشکلات آتی) به سوی سوء مصرف پیش بروند.

در مورد مراقبت می‌توان گفت که این متغیر توانسته است که در فاصله سلامت تا مصرف نقشی محافظ ایفاء کند، اما نتوانسته است که از تبدیل مصرف به سوء مصرف جلوگیری کند. تبیین دیگر می‌تواند چنین باشد که با شروع مصرف و تنظیم هیجانات توسط مواد، اطرافیان کمتر برای این هدف موضوعیت می‌یابند. پژوهش‌های تجربی شدلر و بلاک (۴) نیز از فرضیه درونی سازی ناکافی کارکردهای مراقبتی به عنوان علتی برای سوء مصرف مواد حمایت می‌کند. این پژوهشگران دریافتند که تفاوت‌های روان شناختی بین مصرف کننده گان دائم، مصرف کنندگان آزمایشی و



به گروه سالم این احتمال را نیز مطرح می‌کند که به دلیل عدم ارضای نیازهای اولیه (ایجاد پایگاه ایمن) در این افراد، نقائصی در خود تنظیمی؛ شامل نقائصی در مراقبت از خود، اعتماد به نفس، روابط موضوعی و عواطف ایجاد می‌شود. این نقائص حرکت در جهت تخریب کارکرد فرد را تسهیل می‌کند.

نتایج مقایسه گروهها در متغیر دوسوگرایی نشان می‌دهد که میزان آن در افراد سالم نسبت به دو گروه دیگر کمتر است، که نتیجه ای قابل انتظار بود. اما موضوع قابل توجه میانگین بالاتر گروه مصرف کننده نسبت به گروه سوء مصرف کننده است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که در اوایی که فرد با مواد آشنا می‌شود و مصرف گاهگاهی آن را تجربه می‌کند، بیشتر به ارزیابی خود می‌پردازد و متعاقبا دوسوگرایی نیز بیشتر می‌گردد. مشاهده پیامدهای مصرف، و در همین حین وجود عواملی که فرد را در معرض مصرف گاهگاهی قرار می‌دهد (مانند تنظیم عواطف، فشار همسالان و...) موجب تقویت دوسوگرایی می‌شود. اما زمانی که فرد از مصرف به سوی سوء مصرف یا وابستگی بیشتر حرکت می‌کند، عوامل درونی (افکاری مانند این تنها چیزی است که از آن لذت می‌برم، با مصرف مواد کمتر آشفته می‌شوم، با مصرف عملکرد بهتری خواهم داشت و...) کنترل بیشتری پیدا می‌کنند.

با توجه به تفاوت گروهها در متغیر اعتماد به نفس می‌توان گفت که این متغیر در مسیر سلامت به مصرف نقشی محافظتی را ایفا می‌کند، اما با حرکت از مصرف به سوی سوء مصرف، این نقش کم رنگ می‌شود. این احتمال وجود دارد که مصرف گاهگاهی اگر چه به بروز مشکلاتی در زندگی فرد منجر نشده باشد، به دلیل ناتوانی فرد در تنظیم عواطف و حل مشکلات، به اندازه کافی موجب کاهش اعتماد به نفس می‌گردد که حتی می‌تواند یک فرد مصرف کننده را به سوء مصرف کننده تبدیل کند. طبق نظر راتر (۳) اعتماد به نفس از حس فرد نسبت به ارزشمندی و شایستگی اش ناشی می‌شود. از سوی دیگر طبق نظر تیتس و ماستن (۵) شایستگی که نتیجه اعتماد به نفس است، به عنوان استفاده سازگارانانه از منابع درونی و بیرونی ارگانیزم جهت از عهده چالشهای زندگی برآمدن (حل مشکل) و دستیابی به پیامدهای مثبت مفهوم سازی شده است. حال سوال این است، کسی که با مصرف گاهگاهی ارزشمندی و شایستگی ای برای از عهده مشکلات برآمدن و دستیابی به پیامدهای مثبت زیر سوال رفته، چگونه می‌تواند در جهت تخریب کارکرد حرکت نکند. به عبارتی تخریب یا بازداری ارزشمندی و شایستگی ای که از کمبود اعتماد به نفس نشات می‌گیرد و به دنبال مصرف رخ داده، فرد را آماده می‌کند تا وضعیت بدتری را نیز در آینده تجربه کند.

درمورد متغیر کانون کنترل نیز همین رابطه حکمفرما است. آنچه که تحلیل واریانس نشان می‌دهد، این است که افراد گروه سالم کانون کنترل درونی تری را نسبت به گروه مصرف و سوء مصرف کننده نشان می‌دهند. مطالعات کوون و همکاران (۶)، ریچاردسون و ایت (۷)، گارمزی (۲)، مگناس و همکاران (۸)، یافته‌های فوق را تأیید می‌کنند. با این حال، این متغیر نیز تنها در فاصله سلامت به مصرف نقش محافظتی دارد، و در یک فرد مصرف کننده کانون کنترل درونی نمی‌تواند مانع از سوء مصرف کننده شدن گردد. در این ارتباط می‌توان گفت که چنانچه مواد را به عنوان کنترل کننده خارجی در صورت نبود کنترل درونی در نظر بگیریم، این یافته قابل توجیه است. در واقع تقویت مثبت (افزایش کارکرد اجتماعی، معاشرت، نشئگی) و تقویت منفی (کاهش اضطراب، افسردگی و...) که مواد ایجاد می‌کنند به عنوان یک کنترل کننده خارجی مطرح هستند. که این کنترل کننده‌های خارجی در صورت نبود یا مورد استفاده قرار نگرفتن کنترل‌های درونی فعال می‌شوند. وقتی که فرد با مصرف مواد به دنبال تقویت منفی یا مثبت است، در واقع فعال شدن یا ادامه فعالیت کنترل‌های درونی را بازداری می‌کند، که تداوم این روند می‌تواند پیش آگهی بدتری (سوء مصرف) را برای فرد رقم بزند.

نگاهی به تفاوت گروهها در متغیر مهارتهای مشکل مدار نشان می‌دهد که تفاوتها در بین هر سه گروه معنی دار است. بدین نحو که میزان استفاده از این مهارت با حرکت از جهت سلامت به سوء مصرف کاهش می‌یابد. اگر چه یافته‌های پیشین موید یافته فوق هستند، اما توجه به مفهوم مهارت تطابقی مشکل مدار تبیین کننده این نتیجه است. طی این نوع تطابق فرد برای دور کردن استرس یا خطر و یا تغییر عوارض و اثرات آن به صورتی فعال گام بر می‌دارد. این نوع تطابق اقدام به عمل مستقیم است، و افزایش تلاش فردی به صورت گام به گام را شامل می‌شود. تفاوت گروه سالم با مصرف کننده و سوء مصرف کننده نشان از وجود چنین روندی در افراد سالم است. به عبارتی افراد سالم علی‌رغم تجربه شرایط ناگوار به اقداماتی دست زده‌اند که مشکلی مانند سوء مصرف مواد را به مشکلات آنها نیافزوده، و تا حدودی از عهده مشکلات قبلی برآمده‌اند. اما در مورد افراد مصرف کننده این چنین روندی مشاهده نمی‌شود، این گروه نسبت به گروه سالم، نه تنها برای رفع مشکل به طور مستقیم وارد عمل نشده، بلکه گزینه‌هایی را انتخاب کرده که بر مشکلات افزوده است. با این حال تفاوت معنی دار گروه مصرف کننده و سوء مصرف کننده نشانگر این است که شاید استفاده از این مهارت توسط گروه مصرف کننده باعث پیشگیری از سوء مصرف کننده شدن آنها گردد (گرچه نسبت به گروه سالم، ناقصتر). در واقع این متغیر هم در فاصله سلامت تا مصرف



هم و در فاصله مصرف تا سوء مصرف نقش محافظتی خود را حفظ کرده است. در رابطه با مهارت‌های تطابقی هیجان مدار نیز نتایج نشان می‌دهند که استفاده کمتر از این مهارت بیشتر در مسیر سلامت به مصرف نقش محافظتی دارد، تا در مسیر مصرف به سوء مصرف (با توجه به عدم معنی داری تفاوتها). اگر چه در منابع پژوهشی کمتر به این مهارت پرداخته شده است اما نگاهی دقیق به مفهوم مهارت هیجان مدار روشن‌گر خواهد بود. لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) بر این باورند که هدف این نوع تطابق کنترل هیجان‌ناراحت کننده است تا سروکار داشتن با عامل فشارزا. این نوع تطابق در واقع به دست آوردن حمایت عاطفی و همدردی است و گفته شده که ممکن است همیشه سودمند نباشد (که به نظر می‌رسد سودمند نبوده است). استفاده کمتر از این مهارت در گروه سالم نسبت به استفاده بیشتر از مهارت تطابقی مشکل مدار نشانگر این است که این گروه‌گزین‌های مؤثرتری برای سروکار داشتن با مشکلات و استرس‌زها به کار برده است. اما وقتی که مصرفی رخ می‌دهد، نشان می‌دهد که مواد برای فرد به عنوان یک منبع تنظیم هیجان‌نا منفی اهمیت یافته‌اند. هم چنین توجه به تفاوت ناچیز و غیر معنی دار گروه مصرف کننده و گروه سوء مصرف کننده نشان می‌دهند که اهمیت یافتن مواد ادامه یافته و فرد همچنان برای تنظیم عواطف ناخوشایند از مواد استفاده می‌کند. بنابراین کاهش موقت هیجان‌نا منفی جزء اهداف هر دو گروه قرار می‌گیرد که پیش آگهی گروه مصرف کننده (به سوء مصرف کننده) و گروه سوء مصرف کننده (به وابسته) را بدتر می‌کند. شاید تطابق هیجان مدار - که در فرد سالم او را مستعد مصرف می‌کند - در مصرف کننده اساسا موضوعیت خود را از دست می‌دهد، چون با مصرف مواد مشکلات هیجانی موقتا تسکین می‌یابند. در نتیجه تفاوت افراد در این مهارتها حرکت آنها به سمت سوء مصرف را کندتر یا تندتر نمی‌کند.

نگاهی به نتایج پژوهشی در مورد استفاده از مهارت‌های تطابقی کمتر مفید و غیر مؤثر نشان می‌دهد که روند استفاده از این مهارت در افراد سالم، مصرف کننده و سوء مصرف کننده تزیادی بوده است. در واقع استفاده بیشتر از این مهارت فرد را در معرض بیشتر خطر و تعمیق مشکلات قرار داده است. از سوی دیگر استفاده کمتر از این مهارت در مسیرهای سلامت به مصرف و مصرف به سوء مصرف نقش محافظتی داشته است. اما روند رو به رشد استفاده از این مهارت (از عدم مصرف به سوء مصرف) موجب می‌گردد تا نگاهی مجدد به مفهوم این مهارت داشته باشیم. مهارت‌های تطابقی کمتر مفید و غیر مؤثر شامل مجموعه‌ای از شیوه‌های تطابقی هستند که مطابق با ادبیات پژوهشی به عنوان روشهای ناکارآمد برای تغییر منبع فشار یا بهبود احساسات ناشی از موقعیت فشارزا در نظر گرفته شده، که اغلب به وخیم‌تر شدن موقعیت یا بدتر شدن شرایط عاطفی منجر می‌شود (۹). این نوع تطابق شامل عدم درگیری ذهنی و رفتاری و استفاده

از دارو و مواد است. گرچه استفاده بیشتر گروه مصرف کننده نسبت به گروه سالم از این نوع تطابق آنها را در وضعیت بدتری قرار داده است (با توجه به متغیرهایی که قبلا بحث شد) اما بیشترین استفاده از آن توسط گروه سوء مصرف کننده نشان از وخیم‌تر شدن موقعیت و بدتر شدن شرایط عاطفی دارد، که تحمل این وضعیت مصرف بیشتر مواد را طلب می‌کند.

نتیجه‌گیری

از یافته‌های فوق چنین نتیجه می‌شود که گروه سالم نسبت به گروه مصرف کننده و گروه مصرف کننده نسبت به گروه سوء مصرف دارای تاب آوری بالاتر، سبک دلبستگی ایمن بیشتر، مراقبت والدینی بیشتر، محافظت بیش از حد کمتر و استفاده بیشتر از مهارت‌های مشکل مدار می‌باشند. این نتایج جهت‌هایی را برای مداخلات پیشگیرانه و درمانی ارائه می‌دهد. به نحوی که جهت افزایش تاب آوری در برابر سوء مصرف مواد، لازم است تا تمرکز مداخلات پیشگیرانه برای سالهای اولیه عمر بر آموزش والدین جهت ارائه مراقبت و محافظت کافی، آگاهی از سبک‌های رفتاری شکل دهنده سبک دلبستگی ایمن، راهبردهای ایجاد اعتماد به نفس و کانون کنترل درونی و بکارگیری مهارت‌های تطابقی مشکل مدار، قرار گیرد. از سوی دیگر این نتایج رهنمون گر درمانگر جهت کار بر روی حوزه‌هایی است که به مداخله نیاز دارند. بدین صورت که از طریق درمان‌های پویایی موانع هیجانی مراقبت ناکافی، محافظت بیش از حد و سبک‌های دلبستگی نایمن برداشته شود تا فرد در جهت گیری‌های آتی خود کارآمدتر عمل نماید. تلویح دیگر نتایج می‌تواند چنین باشد که کانون کنترل، اعتماد به نفس و مهارت‌های تطابقی نیز کانون‌های قابل توجه‌ای برای افزایش تاب آوری در برابر سوء مصرف مواد مخدر هستند، که می‌تواند هدف درمان‌های پویایی و شناختی رفتاری قرار گیرد.

منابع:

- 1- Glantz, M.D.G and Johnson, L.J. (2002). Resilience and Development: positive life adaptation. Kluwer Academic Publishers. New York
- 2- Garnezy, N. (1983). Stressors of childhood. In N. Garnezy & M. Rutter (Eds.), Stress, coping, and development in children (pp. 43-84). New York: McGraw-Hill.
- 3- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. Journal of Adolescent Health, 14, 626-631.
- ۴- محمدی مسعود؛ دهگانپور محمد (۱۳۸۳). آسیب‌شناسی روانی سوء مصرف مواد. تهران.
- 5- Yates, TM., Masten. As(2004). Fostering the future: Resilience Theory and the practice of positive Psychology: in positive psychology in practice (Eds), (linley PA; Joseph, S. New Jersey; John willy & sons.
- 6- Cowen EL, Wyman PA, Work WC. (1996). Resilience in highly stressed urban children: concepts and findings. Bull N Y Acad Med. 1996 Winter;73(2):267-84.
- 7- Richardson GE, Waite PJ. (2002). Mental Health Promotion through Resilience and Resiliency Education. International Journal of Emergency Mental Health.
- 8- Magnus, KB., Wyman, C, PA., Fagen, D.B., and Work. WC. (1999). CORRELATES OF RESILIENT OUTCOMES AMONG HIGHLYSTRESSED AFRICAN-AMERICAN AND WHITE URBAN CHILDREN. JOURNAL OF COMMUNITY PSYCHOLOGY, Vol. 27, No. 4, 473-488
- ۹- محمدخانی پروانه (۱۳۷۱). بررسی راهبردهای مقابله با استرس و علائم در مبتلایان به اختلال وسواس اجبار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. انستیتو روانپزشکی تهران