رابطهٔ میان سرسختی روانشناختی، سبکهای مقابله ای و تنظیم هیجانی با گرایش به اعتیاد در دانش آموزان

سیده هانیه چوبچیان لنگرودی[۱]
دکتر محمدرضا زربخش[۲]

چکیده

گرایش به مصرف مواد مخدر به منزلهٔ عادتی نامقبول در تمام جوامع بشری، مردان و زنان بیشماری را از سنین نوجوانی تا میانسالی درگیر کرده است. مطالعات انجام یافته در این زمینه عوامل گوناگون فردی، اجتماعی و خانوادگی را در گرایش به مصرف مواد مخدر مؤثر می‌داند. بدیهی است توجه بـه ابعاد روان‌شناختی در زمینه گرایش به اعتیاد تاثیر مهمی در پیشگیری از وقـــوع آن دارد. از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه میان سرسختی روانشناختی، سبکهای مقابله ای و تنظیم هیجانی با گرایش به اعتیاد در دانش آموزان دوره متوسطه دوم شهر لنگرود در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ انجام گرفته است. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بوده و جامعه آماری این پژوهش برابر با ۲۰۴۰ نفر بوده است. نمونه پژوهش ۲۰۰ نفر از دانش آموز مقطع متوسطه شهر لنگرود بودند که با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه ای انتخاب شده و به پرسشنامه‌های سرسختی روان‌شناختی کوباسا(۱۹۷۰)، راهبردهای مقابله ای بیلینگز و موس(۱۹۸۴)، تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و کرایج(۲۰۰۶) و مقیاس آمادگی اعتیاد زرگر(۱۳۸۵) پاسخ داده اند. داده‌های حاصل با روش تحلیل رگرسیون گام به گام و همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شده اند($p<$ ۰/۰۵). نتایج نشان داد که متغیرهای سرسختی روانشناختی و تنظیم هیجانی و مؤلفه مهار جسمانی از متغیر راهبردهای مقابله ای با گرایش به اعتیاد، رابطه معنادار دارند و دو متغیر سرسختی و تنظیم هیجان سازگارانه به ترتیب توانسته اند ۳۲/۲ و ۴/۲ درصد از گرایش به اعتیاد را تبیین کنند.

کلید واژگان: سرسختی روانشناختی، سبکهای مقابله ای، تنظیم هیجانی، گرایش به اعتیاد

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۲/۸ تاریخ پذیرش: ۹۶/۸/۲۹

۱. کارشناسی ارشد راهنمایی و مشاوره، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
hanie_choobchian@yahoo.com
۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران (نویسنده مسئول) rzarbakhsh@yahoo.com

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.3.2.4]

مقدمه

باورها و نگرشهای افراد دربارهٔ مواد و پیامدهای منفی و مثبت مصرف آن، در اصطلاح گرایش به اعتیاد تعریف شده است(بولس و میوتو[1]، ۲۰۰۳، به نقل از آدرم و نیک منش، ۱۳۹۱). ابتلا به ماده مخدر از نظر جسمی یا اجتماعی زیان آور شمرده می‌شود، به طوری که انسان با استعمال نوعی ماده شیمیایی از نظر جسمی و روانی به آن وابستگی پیدا می‌کند(مدی و وادوا و هایر[2]، ۱۹۹۶).

اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. روزانه شمار بسیاری از افراد به مصرف مواد مخدر روی می‌آورند و دچار پیامدهای جسمانی، روانی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی ناشی از آن می‌شوند (خلعتبری و بازرگانیان، ۱۳۹۰). مطالعات انجام شده نشان دهنده ابتلای درصد بالایی از جوامع انسانی به سوء مصرف مواد است که در طول سالهای اخیر در بیشتر کشورها افزایش یافته و منابع انسانی به ویژه نوجوانان و جوانان را که نسبت به دیگر افراد جامعه در گرایش به سوء مصرف مواد آسیب پذیرند، به شدت مورد تهدید قرار داده است (نیازف[3] و همکاران، ۲۰۰۴). سن ابتلا به اعتیاد در دو دهه اخیر به شدت کاهش یافته و به زیر ۲۰ سال و گاهی به ۸ سالگی نیز رسیده است، به طوری که شیوع مصرف مواد مخدر در دانش آموزان دبیرستانی ۱۲/۴ درصد برآورد شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۷). اعتیاد سبب شکست در کار، تحصیل، نقشهای خانوادگی یا موقعیتهای حساس مانند رانندگی کردن می‌شود یا مشکلات قانونی مربوط به مصرف مواد ایجاد می‌کند(فونتن[4]، ۲۰۰۷). گرایش به مصرف مواد رابطه مستقیم با حوزه‌های نگرشی افراد مانند درک آنها از قانونی‌بودن و میزان پذیرش اجتماعی مواد، ضررهای ناشی از مصرف مواد و یا حالات و پیامدهای خوشایند مصرف مواد دارد (سارولا و مک‌کلندون[5]، ۱۹۸۸). شخصیت فرد تعیین کننده نوع روابط وی با دنیای خارج، سلامت روانی و سعادت و بدبختی وی است. بعضی از ویژگیهای شخصیتی می‌تواند گرایش به سوء مصرف مواد و هیجانهای منفی و رفتارهای پر خطر و مخرب را پیش‌بینی کند(اصغری و همکاران، ۱۳۹۳).

تحقیقات نشان داده است که ویژگیهای شخصیتی از جمله عوامل شناختی در گرایش به رفتارهای پرخطر مانند مصرف سیگار، مصرف الکل، مصرف مواد و فعالیت جنسی ناایمن مهم

1. Boles & Miotto
2. Maddi, Wadhwa & Haier
3. Knyazev
4. Fontaine
5. Sarvela & McClendon

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.3.2.4]

به شمارمی‌رود (پولیمنی[1] و همکاران، ۲۰۱۰). کاستا و مک‌کرِی[2] ویژگیهای شخصیتی را به منزلهٔ "ابعاد تفاوتهای فردی در تمایل به نشان دادن الگوهای پایدار فکر، احساس و عمل" تعریف کرده‌اند (کاستا و مک‌کرِی، ۱۹۸۷، به نقل از آدرم و نیک‌منش، ۱۳۹۱). سرسختی[3] روانشناختی یکی از ویژگیهای شخصیتی است که در زمینهٔ اعتیاد باید مورد توجه محققان قرار گیرد. کوباسا[4] (۱۹۷۰) این مفهوم را به عنوان یک عامل تعدیل کننده در مقابل رویدادهای فشارزای زندگی، به ویژه ابتلا به انواع بیماریهای جسمی مطرح کرده است (به نقل از خوشابا[5] و مَدی، ۱۹۹۲). سرسختی روانشناختی دارای سه مؤلفه اساسی شامل کنترل (قابلیت کنترل کردن موقعیتهای متنوع زندگی)، تعهد (تمایل به درگیر شدن، به خلاف دور شدن از انجام دادن کاری) و چالش (قابلیت درک اینکه تغییرات در زندگی چیزی طبیعی است) می‌باشد (هورسبرگ، شرمر، وسلکا و ورنون[6]، ۲۰۰۸). شیِرد[7] و گولبی[8] (۲۰۰۷) در پژوهشهای خود نشان داده اند که سرسختی روان شناختی، فشارزا بودن حوادث و همچنین برانگیختگی روانی– جسمی حاصل از این حوادث را کاهش می‌دهد و تاثیری مثبت بر سلامت افراد دارد. کوباسا و پوچتی[9] (۱۹۸۳) باور دارند که ویژگیهای روانشناختی سرسختی از جمله حس کنجکاوی قابل توجه، گرایش به داشتن تجارب جالب و معنادار، ابراز وجود، پرانرژی بودن و اینکه تغییر در زندگی امری طبیعی است، می‌تواند در سازش فرد با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی سودمند باشد(به نقل از زاهد و همکاران، ۱۳۸۸). بررسیها نشان داده‌اند که سرسختی با سلامت بدنی و روانی رابطه مثبت دارد و مانند یک منبع مقاومت درونی، تاثیرات منفی استرس را کاهش می‌دهد و از بروز اختلالهای بدنی و روانی پیشگیری می‌کند (بریم‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۶). لذا به نظر می‌رسد که کم‌شدن سطح سرسختی روانشناختی فرد بتواند تاثیر منفی بر سلامت روحی و روانی افراد بگذارد و چه بسا در گرایش آنان به رفتار بزهکارانه از قبیل اعتیاد نیز تاثیرگذار باشد.

یکی دیگر از عوامل شخصیتی که ارزیابی آن در تبیین آمادگی به اعتیاد منطقی به نظر می‌رسد سبکهای مقابله ای[10] با فشار روانی است. سبکهای مقابله ای به عنوان تلاشهای رفتاری و شناختی

1. Polimeni
2. Costa & McCrae
3. Hardiness
4. Kobasa
5. Khoshaba
6. Horsburgh, Schermer, Veselka & Vernon
7. Sheard
8. Golby
9. Puccetti
10. Coping styles

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.3.2.4]

افراد به منظور فائق آمدن بر یک عامل تنش‌زای درونی یا بیرونی (متمرکز بر مساله) یا ایجاد تسکین هیجانی و عاطفی (متمرکز بر هیجان) تعریف شده اند (فولکمن[1] و همکاران، ۱۹۸۶). به اعتقاد این پژوهشگران، سبکهای مقابله با فشار روانی می‌توانند رویدادهای تنیدگی‌زا را تحت تاثیر قرار دهند و چگونگی برخورد با آنها را تعیین کنند (ملازاده اسفنجانی و همکاران، ۱۳۹۰). به اعتقاد جانگ[2] و همکاران، اصل مهم برای درک تفاوتهای فردی در آسیب پذیری از مشکلات جسمی و ذهنی، سبک مقابله فرد در برابر مشکلات است (جانگ و همکاران، ۲۰۰۷). مهارت مقابله با استرس شیوه‌ای چند مرحله‌ای است که فرد را قادر می‌سازد با به کار بردن آن مراحل، مدیریت موقعیت تنش‌زا را به عهده بگیرد. کلارک[3] (۲۰۰۳) بیان نمود که نتایج به دست آمده از پژوهشهای متعدد، حاکی از آن است که متعاقب یک رویداد فشارزا، بیماری به وقوع می‌پیوندد. زمانی که فرد تحت استرس قرار می‌گیرد، باید مهارتهای مقابله‌ای لازم را داشته باشد تا بتواند اثرات استرس را بر جسم و روان کاهش دهد. چنانچه استرس مدیریت شود و مهارت مقابله‌ای مؤثر موجود باشد، قطعاً فرد بهتر قادر خواهد بود تا با نیازها و چالشهای زندگی مقابله کند و اثرات مخرب استرس را بر جسم و روان خویش مهار کند(کلارک، ۲۰۰۳) . از این رو به نظر می‌رسد که کم شدن سطح سبکهای مقابله ای فرد بتواند در گرایش به کجروی و رفتار بزهکارانه از قبیل گرایش به اعتیاد تاثیرگذار باشد.

تنظیم هیجان نیز ساز و کارهای خود آگاهی است که فرد برای کنار آمدن با شرایط ناگوار به کار می‌برد. از رایج‌ترین این راهبردها در مواجهه با شرایط ناگوار عبارت اند از: سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، تلقی فاجعه آمیز، توسعه چشم انداز، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مثبت، پذیرش شرایط، برنامه‌ریزی. تنظیم هیجان را می‌توان به صورت فرایندهایی تعریف کرد که از طریق آن، افراد می‌توانند بر اینکه چه هیجانی داشته باشند و چه وقت آنها را تجربه و ابراز کنند، تأثیر بگذارند. مدیریت هیجانات به منزله فرایندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنشهای عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او به عهده دارد. هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجانات می‌تواند فرد را در برابر اختلالات روانی چون اضطراب و افسردگی آسیب پذیر سازد. به اعتقاد محققان، چگونگی ارزیابی دستگاه شناختی فرد به هنگام روبه‌رو شدن با حادثه منفی از اهمیت بالایی برخوردار است. سلامت روانی افراد ناشی از تعاملی

1. Folkman
2. Jang
3. Clark

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.3.2.4]

دو طرفه میان استفاده از انواع خاصی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات و ارزیابی درست از موقعیت تنش زا است(گارنفسکی، کرایج و اسپین‌هوون[1]، ۲۰۰۱). جرمن و همکاران (۲۰۰۶) تنظیم هیجان را راهبردهای مورد استفاده در کاهش، افزایش، سرکوب و یا ابقای هیجان می‌دانند و معتقدند که تنظیم هیجان از ویژگیهای ذاتی و فطری آدمی است (پلیتری[2]، ۲۰۰۲). سطح پایین تنظیم هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجانها و مدیریت آنهاست، در شروع مصرف مواد نقش دارد (پارکر[3] و همکاران، ۲۰۰۱). هنگامی که همسالان فرد برای مصرف مواد او را تحت فشار قرار می‌دهند، مدیریت مؤثر هیجانها خطر سوء مصرف را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجانها سبب می‌شود که فرد در موقعیتهایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله ای مناسب استفاده کند. افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آنها فشارهای ناخواسته همسالان را درک و هیجانهای خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند. در مقابل، کسانی که تنظیم هیجانی پایینی دارند، برای مقابله با هیجانهای منفی خود، عموماً به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند. پژوهشها نشان داده اند افرادی که نمی‌توانند برانگیختگیهای خود را کنترل کنند به احتمال زیاد مصرف کننده دائمی مواد می‌شوند (دورِن[4] و همکاران، ۲۰۰۷). لذا به نظر می‌رسد که عدم تنظیم هیجان فرد بتواند در گرایش به اعتیاد وی تاثیر گذار باشد.

رابطه ای متقابل میان شخصیت و گرایش به اعتیاد وجود دارد، به طوری که فرد به علت وضع خاص شخصیتی و نیازها، شکستها، ناتوانی در برخورد با مسائل و ناکامی در زندگی، عدم ثبات عاطفی و ملایمات دیگر، به اعتیاد روی می آورد. از سویی هم، اعتیاد به نوبه خود منجر به از بین رفتن تعادل روانی و هیجانی شخص می‌شود. از این رو، میان اعتیاد و شخصیت فرد دوری باطل ایجاد می‌شود که مبارزه با آن مستلزم تغییر شرایط بیرونی و درونی، یعنی ایجاد اراده و روحیه ای قوی و آسیب ناپذیر است (پولیمنی و همکاران، ۲۰۱۰).

با توجه به اینکه دوره نوجوانی از نظر آموزشهای اجتماعی و عاطفی، دوره ای مهم محسوب می‌شود و این دوره، به خودی خود عاملی برای چالش عاطفی است (گلمن[5]، ۱۹۹۵) و همچنین نوجوانانی که تنوع‌طلب و تحریک‌جو هستند، بیشتر به دنبال مواد می‌روند(زاهد و همکاران، ۱۳۸۸)

1. Garnefski, Kraaij & Spinhoven
2. Pellitteri
3. Parker
4. Doran
5. Golman

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.3.2.4]

و از سویی هم سوءمصرف مواد موضوعی پیچیده و دارای ابعاد گوناگون است، هرنوع برخورد و مداخله در این زمینه مستلزم اقدام و پژوهش گسترده است. نیکولسون[1] دراین زمینه می‌نویسد: "پیشگیری از مصرف مواد همچون پیشگیری از بیماری نیازمند شناسایی علل و عوامل درگیر در آن است"(نیکولسون و همکاران، ۱۹۹۶). بنابراین در این پژوهش به نقش و رابطه ای پرداخته شده است که سرسختی روانشناختی، راهبردهای مقابله ای و تنظیم هیجانی در گرایش به اعتیاد در دانش‌آموزان نوجوان می‌توانند داشته باشند. لذا در این پژوهش در پی پاسخ به این سوال هستیم که آیا بین سرسختی روانشناختی، سبکهای مقابله ای و تنظیم هیجانی با گرایش به اعتیاد در دانش‌آموزان رابطه وجود دارد؟

پیشینه پژوهش

حبیبی‌کلیبر و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی دریافتند که میان کنترل هیجانات و گرایش به اعتیاد رابطهٔ معنادار وجود دارد. ملازاده اسفنجانی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش خود نشان دادند که میان سرسختی روان‌شناختی و سبک مقابله متمرکز بر هیجان در افراد معتاد و عادی تفاوت معنادار وجود دارد، ولی از نظر به کارگیری سبک متمرکز بر مساله، تفاوت معنادار میان دو گروه به‌دست نیامد. تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که سرسختی روان‌شناختی می‌تواند پیش بینی کننده ای معنادار برای سبک متمرکز بر هیجان باشد. یافته‌های این پژوهش نقش مهم برخی از ویژگیهای شخصیتی مانند سرسختی روان‌شناختی و سبکهای مقابله با فشار روانی در افراد را نشان می‌دهد که می‌توانند با گرایش به اعتیاد و سوء مصرف مواد رابطه داشته باشند. زاهد و همکاران (۱۳۸۸) در تحقیقی بیان کردند که افراد دارای سوء مصر ف مواد نشانه هایی از راهبردهای تنظیم هیجان منفی و رفتار میان- فردی مختل را از خود نشان می دهند. نتایج نشان داد که راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و راهبردهای منفی تنظیم هیجان با رفتار میان- فردی رابطه معنادار دارند.

سپهریان آذر(۱۳۸۶) در پژوهش خود دریافت که آموزش مهارت تنظیم هیجان در گروه دانش‌آموزان پسر دارای سبک مقابله مسئله- مدار و در گروه دانش آموزان دختر دارای سبکهای مقابله هیجان- مدار و اجتنابی تاثیر معنادار داشته است. گروس[2] (۲۰۰۲) بیان نمود که از میان مؤلفه‌های روانی مرتبط با سلامت روانی می‌توان به راهبردهای تنظیم هیجانی و هیجانات مثبت و منفی اشاره کرد. آلدائو[3] و همکاران (۲۰۱۴) اظهار داشتند که اختلال و آشفتگی در هیجانها و

1. Nicholson
2. Gross
3. Aldao

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.3.2.4]

تنظیم آنها به دلیل اهمیت ذاتی‌شان در زندگی روزمره، پیامدهای آسیب‌شناختی خواهند داشت. آنان معتقدند که تنظیم هیجانی می‌تواند از بروز آسیبهای اجتماعی و بزهکاری و گرایش به مصرف مواد مخدر در نوجوانان و جوانان بکاهد(آلدائو و همکاران، ۲۰۱۴).

کلارک (۲۰۰۳) در پژوهش خود نشان داد که راهبردهای مقابله و تغییر در موقعیتهای مشکل‌زا با هم رابطه ای ندارند، بلکه ممکن است به طولانی شدن آن منجر شوند که به تداوم نشانه‌های بیماری دامن می‌زند. بنابراین زمانی که فرد تحت استرس قرار می‌گیرد، باید مهارتهای مقابله‌ای لازم را داشته باشد تا بدین وسیله بتواند اثرات استرس را بر جسم و روان کاهش دهد. چنانچه استرس مدیریت شود و مهارت مقابله‌ای مؤثر موجود باشد، قطعاً فرد بهتر می‌تواند تا با نیازها و چالشهای زندگی مقابله کند و اثرات مخرب استرس را بر جسم و روان خویش مهار کند. سکسنا[1] و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی دریافتند که دشواری در تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجانی، عواملی مهم و تأثیرگذار در کاهش سلامت روانی افراد هستند و میزان گرایش انسانها به رفتارهای غیر اخلاقی و رفتارهای مخرب اجتماعی و شخصی می تواند انعکاسی از این پدیده روان‌شناختی باشد. کویدباخ[2] و همکاران (۲۰۱۰) به این نتیجه دست یافتند که راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان همچون فرونشانی، اجتناب و نشخوار فکری، سهمی معنادار در پیش‌بینی سطوح پایین عواطف و احساسات مثبت همچون شادکامی و سلامت ذهنی دارند.

فلورین[3] و همکاران (۲۰۱۴) بیان کردند که هیجانات مثبت و منفی از دیگر مؤلفه‌های روانی هستند که سلامت روانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. هیجانات مثبت با ابعاد مختلف سلامت و سلامت روانی، رابطه مثبت و معنادار دارند و نقشی مهم در پیشگیری از بروز اختلالات جسمی و روانی دارد و هیجانات منفی ارتباطی مثبت با اختلالات روانی دارند و در ایجاد و تداوم نابهنجاریهای روانی مؤثرند.

جانگ و همکاران (۲۰۰۷) بیان کردند که اصل مهم برای درک تفاوتهای فردی در آسیب‌پذیری از مشکلات جسمی و ذهنی، سبک مقابله فرد در برابر مشکلات است. مهارت مقابله با استرس شیوه‌ای چند مرحله‌ای است که فرد را قادر می‌سازد با به کار بردن آن مراحل، مدیریت موقعیت تنش‌زا را به عهده بگیرد (جانگ و همکاران ، ۲۰۰۷).

با توجه به آنچه بیان شد، فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارت اند از:

1. Saxena
2. Quoidbach
3. Florian

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.3.2.4]

- بین سرسختی روان‌شناختی با گرایش به اعتیاد در دانش آموزان رابطه وجود دارد.
- بین سبکهای مقابله ای با گرایش به اعتیاد در دانش آموزان رابطه وجود دارد.
- بین تنظیم هیجانی با گرایش به اعتیاد در دانش آموزان رابطه وجود دارد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر، پژوهشی توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را همهٔ دانش آموزان پسر و دختر دوره متوسطه دوم شهر لنگرود در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ تشکیل دادند که ۲۰۴۰ نفر بودند. نمونه پژوهش ۲۰۰ نفر بود که به شیوه تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. نخست سه مدرسه انتخاب (یک مدرسه دخترانه و ۲ مدرسه پسرانه)و از هر مدرسه سه کلاس اول، دوم و سوم به روش تصادفی انتخاب شدند و کل دانش آموزان این کلاسها که مجموعاً ۲۳۷ نفر بودند به پرسشنامه‌های سرسختی روان‌شناختی[1] کوباسا، راهبردهای مقابله ای بیلینگز و موس[2]، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان[3] گارنفسکی و کرایج و مقیاس آمادگی اعتیاد زرگر پاسخ دادند. در نهایت ۳۷ پرسشنامه به دلیل مخدوش بودن یا کامل نبودن کنار گذاشته شد و اطلاعات ۲۰۰ نفر به عنوان نمونه نهایی تجزیه و تحلیل شد که این تعداد با توجه به تعداد متغیرهای پیش‌بین مناسب به نظر می‌رسد. در تحلیلهای رگرسیون دست کم باید ۱۰ تا ۲۰ برابر تعداد متغیرها برای حجم نمونه انتخاب شود و همچنین طبق فرمول تاباخنیک و فیدل این تعداد مناسب است(هومن ۱۳۸۶):

$$N=50+8m.$$

m= تعداد متغیرها

پرسشنامه سرسختی روان‌شناختی کوباسا (۱۹۷۰) ۵۰ ماده دارد که شامل خرده‌مقیاسهای چالش، تعهد و کنترل است و از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش کوباسا، مدی و کان[4] (۱۹۸۲) اعتبار خرده‌مقیاسهای تعهد، چالش و کنترل به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۱ و ۰/۷۰ گزارش شده است. در پژوهش مدی و همکاران (۲۰۰۲) همسانی درونی برای خرده‌مقیاسهای کنترل، تعهد و چالش به ترتیب ۰/۸۴ ، ۰/۷۵ و ۰/۷۱ و برای کل مقیاس ۰/۸۸ به‌دست آمده است.

پرسشنامهٔ راهبردهای مقابله ای بیلینگز و موس (۱۹۸۴) نحوهٔ پاسخگویی افراد به حوادث استرس زا را می‌سنجد و شامل ۳۲ سوال است. در این پرسشنامه ۵ نوع راهبرد مقابله ای مشخص

1. Psychological Hardiness Scale
2. Billings & Moos Coping Checklist
3. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
4. Kahn

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.3.2.4]

شد: ۵ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر ارزیابی شناختی، ۳ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر حل مسأله، ۱۱ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر هیجان، ۴ ماده مربوط به مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی و ۹ ماده مربوط به مقابله متمرکز بر مهار جسمانی یا جسمانی کردن مشکلات. نحوهٔ پاسخ‌دهی روی یک پیوستار از صفر (همیشه)، ۱(اغلب اوقات)،۲ (گاهی) و ۳ (هیچ وقت) است. اعتبار همسانی درونی این پرسشنامه از ۰/۴۱ تا ۰/۶۶ گزارش شده است (حسینی قدمگاهی، ۱۳۷۶).

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و کرایج (۲۰۰۶) پرسشنامه ای چند بعدی و ابزاری خود- گزارشی است که دارای ۱۸ ماده است. مقیاس تنظیم شناختی هیجان ۹ راهبرد ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه انگاری و سلامت دیگران را ارزیابی می‌کند. نحوهٔ پاسخ‌دهی روی یک پیوستار از ۱ (هرگز)، ۲ (به ندرت)، ۳ (برخی اوقات)، ۴ (اغلب اوقات) و ۵ (همیشه) است. حداقل و حداکثر نمره در هر زیر مقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به دو دسته کلی راهبردهای انطباقی (سازش یافته) و راهبردهای غیر انطباقی (سازش نایافته) تقسیم می‌شوند. فرم فارسی این مقیاس را سامانی و جوکار(۱۳۸۶) اعتباریابی کرده‌اند. ضریب آلفا برای خرده‌مقیاسهای این پرسشنامه را گرانفسکی و همکاران در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش کرده اند.

زرگر (۱۳۸۵) مقیاس آمادگی اعتیاد را با توجه به شرایط روانی و اجتماعی جامعه ایرانی ساخته است. این پرسشنامه دارای ۳۶ ماده و ۵ داده دروغ‌سنج است. شیوه پاسخ‌دهی بر روی یک پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم)، ۱ (مخالف)، ۲ (موافق) و ۳ (کاملاً موافقم) است. البته این شیوه نمره‌گذاری در سؤالات شماره ۶، ۱۲، ۱۵، ۲۱ معکوس خواهد شد. در پژوهشی روایی این مقیاس به شیوه روایی ملاکی و روایی سازه معتبر گزارش شده است (زرگر و همکاران، ۱۳۸۷). در پژوهش اصغری و همکاران (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس به میزان ۰/۹۱ به دست آمده است.

به منظور دستیابی به پاسخ سؤالات مطرح شده در این پژوهش از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در این پژوهش برای بررسی توصیفی داده‌ها از آمار توصیفی مانند میانگین و

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.3.2.4]

انحراف معیار استفاده شده است و برای تحلیل استنباطی داده‌ها و آزمون فرضیه‌ها از تحلیل رگرسیون گام به گام و همبستگی پیرسون و نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ استفاده شده است.

یافته‌ها

داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام بررسی شده اند. به منظور اطلاع از متوسط عملکرد آزمودنیها و پراکندگی نمرات آنها در هر یک از متغیرهای پژوهش شاخصهای توصیفی متغیرهای مورد پژوهش در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱ : میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های متغیرهای سرسختی روانشناختی، تنظیم هیجانی و سبکهای مقابله ای و گرایش به اعتیاد

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
سرسختی روانشناختی	۶۷/۱۳	۸/۵۱
هیجان سازگارانه	۲۷/۲۱	۱۱/۸۴
هیجان ناسازگارانه	۲۷/۸۳	۱۲/۵۰
حل مساله	۴/۹۹	۱/۶۱
مهار جسمانی	۱۳/۰۶	۴/۶۴
جلب حمایت اجتماعی	۶/۱۹	۱/۷۱
مهار هیجانی	۱۵/۶۳	۶/۲۴
ارزشیابی شناختی	۶/۸۰	۲/۳۸
راهبردهای مقابله ای	۴۶/۶۷	۹/۵۶
گرایش به اعتیاد	۵۴/۳۳	۳۵/۵۰

بر اساس داده‌های جدول شماره ۱، میانگین سرسختی روانشناختی برابر با ۶۷/۱۳ است. میانگین هیجان سازگارانه و ناسازگارانه به ترتیب برابر با ۲۷/۲۱ و ۲۷/۸۳ است. میانگین متغیرهای حل مساله، مهار جسمانی، جلب حمایت اجتماعی، مهار هیجانی، ارزشیابی شناختی و راهبردهای مقابله ای به ترتیب برابر با ۴/۹۹، ۱۳/۰۶، ۶/۱۹، ۱۵/۶۳، ۶/۸۰ و ۴۶/۶۷ بوده و میانگین گرایش به اعتیاد برابر با ۵۴/۳۳ است. با توجه به نتایج به دست آمده از جدول شماره ۱، برای بررسی فرضیات پژوهش از ضریب همبستگی استفاده شده است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.3.2.4]

جدول ۲: همبستگی میان سرسختی روانشناختی، تنظیم هیجانی و مؤلفه‌های سبکهای مقابله ای با گرایش به اعتیاد

متغیر	مؤلفه‌های متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
راهبردهای مقابله ای	ارزشیابی شناختی	-								
	مهار هیجانی	۰/۲۸۳**	-							
	جلب حمایت اجتماعی	-۰/۰۵۸	*۰/۱۷۲	-						
	مهار جسمانی	-۰/۳۱۱**	۰/۲۶۹**	۰/۱۲۴	-					
	حل مساله	۰/۲۵۸**	-۰/۱۵۳*	-۰/۲۵۸**	-۰/۰۲۱	-				
تنظیم هیجانی	سازگارانه	۰/۰۳۰	۰/۳۶۰**	-۰/۰۸۹	۰/۱۰۱	-۰/۱۴۵*	-			
	ناسازگارانه	/۲۴۱**-۰	۰/۳۹۹**-	-۰/۱۳۸	۰/۱۵۸*-	۰/۰۳۴	-۰/۰۷۴	-		
	سرسختی روانشناختی	۰/۱۹۵**	-۰/۳۵۹**	-۰/۲۵۶**	-۰/۲۲۰**	۰/۳۵۱**	-۰/۳۵۴**	-۰/۴۳۵**	-	
گرایش به اعتیاد		۰/۱۰۶	-۰/۱۱۲	-۰/۰۹۵	-۰/۱۹۶**	-۰/۰۳۵	۰/۱۹۱**-	-۰/۰۱۵	-۰/۵۶۹**	-

همان‌طورکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود مقدار همبستگی میان سرسختی روانشناختی و تنظیم هیجانی سازگارانه با گرایش به اعتیاد به ترتیب برابر با ۰/۵۶۹- و۰/۱۹۱ - به دست آمده که در سطح ۰/۰۱ معنادار است. در عین حال از میان مؤلفه‌های سبکهای مقابله تنها رابطهٔ مؤلفه مهار جسمانی با مقدار همبستگی ۰/۱۹۶- با گرایش به اعتیاد معنادار است و رابطه سایر مؤلفه‌ها مانند حل مساله، جلب حمایت اجتماعی، مهار هیجانی و ارزشیابی شناختی و همچنین تنظیم هیجانی ناسازگارانه با گرایش به اعتیاد در دانش آموزان ازنظر آماری معنادار نیست. در ادامه برای پیش‌بینی گرایش به اعتیاد از رگرسیون گام به گام استفاده شده که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: خلاصه مدل رگرسیون گام به گام برای متغیرهای سرسختی روانشناختی، سبکهای مقابله ای و تنظیم هیجانی با گرایش به اعتیاد

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	آزمونF	معناداری
رگرسیون	۹۶۵۶/۰۲۱	۱	۹۶۵۶/۰۲۱	۷/۹۳۱	۰/۰۰۱
باقیمانده	۲۴۱۱۵۳/۱۹۹	۱۹۸	۱۲۱۷/۹۴۵		
جمع کل	۲۵۰۸۱۲/۲۲۰	۱۹۹			
رگرسیون	۱۷۱۰۱/۸۷۲	۲	۸۵۵۰/۹۳۶	۷/۲۰۸	۰/۰۰۱
باقیمانده	۲۳۳۷۱۰/۳۴۸	۱۹۷	۱۱۸۶/۳۴۷		
جمع کل	۲۵۰۸۱/۲۲۰	۱۹۹			

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.3.2.4]

متغیرهای پیش‌بین		ضریب همبستگی R	ضریب تعیین	خطای استاندارد	تغییرات ضریب تعیین	ضریب استاندارد B	بتا	آزمون t
۱	سرسختی روانشناختی	۰/۵۶۶	۰/۳۲۱	۰./۴۹۹	۰/۳۲۲	۰/۸۲۷	۰/۲۹۲	۲/۸۱۶
۲	سرسختی روانشناختی- تنظیم هیجان سازگارانه	۰/۶۰۶	۰/۳۶۴	۰/۴۸۳	۰/۰۴۲	۱/۲۲۶	۰/۲۶۳	۲/۵۸۵

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که متغیرهای سرسختی روانشناختی و تنظیم هیجان سازگارانه به ترتیب با توجه به قدرت پیش‌بینی متغیر ملاک یعنی گرایش به اعتیاد در دانش آموزان وارد مدل شده اند. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود در گام اول با ورود متغیر سرسختی روانشناختی، مقادیر ضریب همبستگی برابر با ۰/۵۶۶ است. ضریب تعیین حاصل نشان می‌دهد که ۳۲/۲ درصد از واریانس گرایش به اعتیاد را سرسختی روانشناسی تبیین می‌کند. در گام دوم با افزودن متغیر تنظیم هیجان سازگارانه به مدل، مقدار R به ۰/۶۰۶ افزایش یافت که بیانگر آن است که ۳۶/۴ درصد از واریانس متغیر ملاک را این دو متغیر تبیین می‌کنند. مقدار F با توجه به میزان معناداری بیان شده در هر یک از مدلهای ارائه شده، از نظر آماری معنادار است ($P<۰/۰۱$)؛ بنابراین مدلها به طور معناداری در هر مرحله یک گام به جلو پیش می‌روند و با اطمینان ۰/۹۹ نتیجه گرفته می‌شود که سرسختی روانشناختی و تنظیم هیجان سازگارانه دانش آموزان می‌توانند به عنوان متغیرهای مؤثر برای پیش‌بینی گرایش به اعتیاد در دانش آموزان در نظر گرفته شوند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه میان سرسختی روانشناختی، سبکهای مقابله ای و تنظیم هیجانی با گرایش به اعتیاد در دانش آموزان است. طبق یافته‌های به‌دست آمده مشخص شد که میان سرسختی روانشناختی با گرایش به اعتیاد رابطهٔ معنادار وجود دارد. یعنی سرسختی یک فرد در مقابل پذیرش یا رد اعتیاد و میزان گرایش به اعتیاد می‌تواند تاثیر گذار باشد . لذا فرضیه اول تایید می‌شود. با توجه به یافته‌های فوق می‌توان بیان داشت که نتایج پژوهش حاضر همسو است با یافته مدی، وادوا و هایر(۱۹۹۶) و ملازاده اسفنجانی و همکاران (۱۳۹۰) که مطالعه آنان بیانگر رابطه منفی میان سرسختی با مصرف مواد مخدر و الکل بوده است و معتقدند سرسختی روانشناختی می‌تواند انسان را از گرایش به تمایلات منفی و اعتیاد بازدارد. برخورد با پدیده اعتیاد به عنوان بیماری که دارای آسیبهای فردی، خانوادگی و اجتماعی بسیاری است، پیش از هر چیز نیازمند

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.3.2.4]

شناخت و درکی صحیح از این پدیده است. کوباسا و پوچتی (۱۹۸۳) باور دارند که ویژگیهای روانشناختی سرسختی از جمله حس کنجکاوی قابل توجه، گرایش به داشتن تجارب جالب و معنادار، ابراز وجود، پرانرژی بودن و اینکه تغییر در زندگی امری طبیعی است، می‌تواند در سازش فرد با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی سودمند باشد. بررسیها گویای آن هستند که سرسختی با سلامت بدنی و روانی رابطه مثبت دارد و مانند یک منبع مقاومت درونی، تاثیرات منفی استرس را کاهش می‌دهد و از بروز اختلالهای بدنی و روانی پیشگیری می‌کند(بریم‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۶). سرسختی روان‌شناختی یک احساس عمومی است مبنی بر اینکه شرایط محیط ایده آل است و سبب می‌شود که انسان موقعیتهای پر استرس را بالقوه، بامعنا و جالب ببیند. به این صورت که موقعیتهای پر استرس را به جای تهدید به صورت یک موقعیت چالش برانگیز ارزیابی می‌کند. بنابراین سخت رویی اثر مهم در محافظت از سلامتی در هنگام حوادث تنش‌زا دارد (کار، ۱۳۸۴).

نتایج نشان داد که میان مؤلفه مهار جسمانی از متغیرسبکهای مقابله ای با گرایش به اعتیاد در دانش آموزان رابطه وجود دارد. این بدان معناست که با افزایش میزان مهار جسمانی، گرایش به اعتیاد در دانش آموزان کاهش می‌یابد. سایر مؤلفه‌ها از جمله حل مساله، جلب حمایت اجتماعی، مهار هیجانی و ارزشیابی شناختی با گرایش به اعتیاد در این پژوهش رابطه ندارند و معنادار نیستند. لذا فرضیه دوم تنها در مؤلفه مهار جسمانی تایید می‌شود. با توجه به یافته‌های فوق می‌توان بیان داشت که نتایج پژوهش حاضر همسو است با یافته‌های کلارک (۲۰۰۳) و جانگ و همکاران (۲۰۰۷) که در پژوهشهای خود دریافتند که سبکهای مقابله ای عاملی برای کاهش فشار و استرسهای درونی است و می‌تواند به منزلهٔ عاملی در کاهش گرایش به اعتیاد در نظر گرفته شود.

یکی از مؤلفه‌های اساسی بهداشت روانی مهارتهای مقابله ای است. به اعتقاد جانگ و همکاران، اصل مهم برای درک تفاوتهای فردی در آسیب پذیری در مشکلات جسمی و ذهنی، سبک مقابله فرد در برابر مشکلات است (جانگ و همکاران، ۲۰۰۷). مقابله مجموعه ای از فعالیتها و فرایندهای رفتاری و شناختی برای ممانعت، مدیریت یا کاهش استرس است. مقابله، نیازمند بسیج و آماده‌سازی نیروها و انرژی فرد است که با آموزش و تلاش به دست می آید، لذا با کارهایی که به طور خودکار انجام می‌شود تفاوت اساسی دارد. در تعریف دیگری که لازاروس (۱۹۸۲) از مقابله ارائه می‌دهد، آن را تلاشهایی معرفی می‌کند که برای مهار (شامل تسلط، تحمل، کاهش دادن یا به حداقل رساندن) تعارضها و خواسته‌های درونی و محیطی که فراتر از منابع شخص اند، صورت می‌پذیرد. بنابر این تعریف مقابله شامل سازش‌یافتگی با موارد معمولی و مادی

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.3.2.4]

نمی‌شود، در عین حال علاوه بر آنکه اشاره به بعد کنشی و حل مسئله مقابله دارد، تنظیم پاسخهای هیجانی را نیز مد نظر قرار داده است. مقابله، تلاشهای فکری، هیجانی و رفتاری فرد است که هنگام روبه‌رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن یا به حداقل رساندن عوارض استرس به کار گرفته می‌شود (دافعی،۱۳۷۶). مهارت مقابله شیوه ای چند مرحله‌ای است که فرد را قادر می‌سازد با به کار بردن آن مراحل، مدیریت موقعیت تنش‌زا را به‌عهده بگیرد(میلر[1] و همکاران، ۱۹۸۹). رابطهٔ راهبـردهای مقابله با استرس و استعداد گرایش به اعتیاد تعامل دوطرفه است، یعنی افرادی که در مقابلـه بـا مشـکلات، به راهبردهای مقابله ای تکیه می‌کنند، بـه حـل مشکل نائل می‌شوند و این موفقیت به دستیابی به عزت نفـس بـالا منجـر می‌شود و سلامت روانی را در پی دارد. همچنین با توجه به اهمیت نقش مقابله در اعتیاد مـی‌تـوان گفت هنگامی که سطح استرس و تنیدگی فـرد بـه درجـه ای از شدت می‌رسد، فرد مـواد را به مثابهٔ راه‌حلـی بـرای کـاهش استرس خود مصرف مـی‌کنـد. ایـن وضـع بـه چنـد دلیـل رخ می‌دهد، ممکن است فرد در دورهٔ نوجـوانی راهبردهـای مـؤثر مقابله با مشکلات زندگی در بزرگسالی را فرا نگرفته باشد یـا بر اساس مدل فشار اجتماعی احتمال سوء مصرف مواد تـابعی است از سطح تنیدگی که فرد تجربه می‌کنـد؛ بنـابراین تنیـدگی نقش مهمی در افزایش مصرف و نگرش نسبت به مواد ایفـا می‌کند. لذا با تاکید به آنچه گذشت می‌توان بیان نمود که فرضیه دوم یعنی، میان سبکهای مقابله ای با گرایش به اعتیاد در دانش آموزان رابطه وجود دارد، با توجه به نگرش دانش آموزان و نوع پاسخ‌دهی آنان به پرسشنامه، پذیرفته می‌شود و مورد تایید قرار می‌گیرد.

نتایج پژوهش نشان داد که ارتباط میان تنظیم هیجان سازگارانه نیز با گرایش به اعتیاد معنادار بوده است. با توجه به یافته‌های فوق می‌توان بیان داشت که نتایج پژوهش حاضر همسو است با یافته‌های حبیبی‌کلیبر و همکاران (۱۳۹۳)، زاهد و همکاران (۱۳۸۸)، سپهریان آذر (۱۳۸۶)، گروس (۲۰۰۲)، آلدائو و همکاران (۲۰۱۴)، نیازف و همکاران (۲۰۰۴)، سکسنا و همکاران (۲۰۱۱)، کویدباخ و همکاران (۲۰۱۰) و فلورین و همکاران (۲۰۱۴) که در تحقیقات خود نشان دادند که میان هیجان و انواع هیجانات و گرایش به اعتیاد و رفتارهای ناسالم و سلامت روانی رابطه وجود دارد. طبق نظریه ماروین زاکرمن[2] هیجان‌خواهی در درگیری افراد در بسیاری از رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد مخدر نقش بسزا دارد. تنظیم هیجان نقشی مؤثر در سازگاری ما با وقایع استرس‌زای زندگی دارد. نتایج پژوهشها نشان داده اند که ظرفیت افراد در تنظیم مؤثر هیجانها بر

1. Miller
2. Marvin Zuckerman

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.3.2.4]

شادمانی روانشناختی، جسمانی و میان- فردی تأثیر می‌گذارد(زاهد و همکاران، ۱۳۸۸). سطح پایین تنظیم هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجانها و مدیریت آنهاست، در شروع مصرف مواد نقش دارد (پارکر و همکاران، ۲۰۰۱). هنگامی که همسالان فرد را برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌دهند، مدیریت مؤثر هیجانها خطر سوء مصرف را کاهش می‌دهد. توانایی مدیریت هیجانها سبب می‌شود که فرد در موقعیتهایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله ای مناسب استفاده کند. افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آنها فشارهای ناخواسته همسالان را درک و هیجانهای خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند. در مقابل، کسانی که تنظیم هیجانی پایینی دارند، برای مقابله با هیجانهای منفی خود، عموماً به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (ترینیداد و جانسون[1]، ۲۰۰۲، به نقل از زاهد و همکاران، ۱۳۸۸). پژوهشها نشان داده اند افرادی که نمی‌توانند برانگیختگیهای خود را کنترل کنند به احتمال زیاد مصرف کننده دائمی مواد می‌شوند (دورِن و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین نوجوانانی که تنوع‌طلب و تحریک‌جو هستند، بیشتر به دنبال مواد می‌روند (ویلز، واکارو و مک‌نامارا[2](۱۹۹۴)، به نقل از زاهد و همکاران، ۱۳۸۸).

یافته‌های پژوهش حاضر که تلویحات علمی مهمی در برنامه‌ریزیهای پیشگیری و نظریه‌پردازی درباره گرایش به اعتیاد دارد، نشان داد که سرسختی روانشناختی، مؤلفه مهار جسمانی از متغیر سبکهای مقابله ای و تنظیم هیجانی با گرایش به اعتیاد در دانش آموزان رابطه دارند؛ لذا با توجه به تاثیر مخرب گرایش به اعتیاد در میان نوجوانان پیشنهاد می‌شود که جلسات آموزشی برای نوجوانان، والدین و مربیان آموزشی برگزار شود و عوامل تاثیرگذار بر گرایش به اعتیاد واکاوی و راهکارهای مناسب و مفید برای جلوگیری از گرایش در میان نوجوانان ارائه شود. پیشنهاد می‌شود که جلسات آموزشی نیز دربارهٔ چگونگی سرسختیها، تنظیمات هیجانی و تاثیر مخرب اعتیاد بر فرد با توجه به آثار جسمانی و روانی و اجتماعی نیز برگزار شود و برنامه‌ریزان و دست‌اندرکاران آموزشی و امور تربیتی در سطح کلان و خرد با توجه به اهمیت و جایگاه مهم دوره نوجوانی و خطرهای اعتیاد، روشهای نوینی را در جهت فرهنگ‌سازی فردی، خانوادگی و اجتماعی در اولویت کاری خود قرار دهند و به عملی‌کردن برنامه‌های طراحی شده در این زمینه اهتمام ورزند. باتوجه به نتایج به‌دست آمده، انجام طرحهای پژوهشی زیر به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود:

1. Trinidad & Johnson
2. Wills,Vaccaro & McNamara

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.3.2.4]

۱. پژوهشگران با انجام دادن یک تحقیق کمی و کیفی به بررسی عوامل مؤثر و میانجیها در پیشگیری از گرایش به اعتیاد مبادرت بورزند.

۲. پژوهش در زمینهٔ گرایش به اعتیاد می‌تواند با سایر متغیرهای روانشناختی مانند خودکارآمدی– تاب‌آوری و غیره صورت بگیرد و نتایج آن با یافته‌های پژوهش حاضر مقایسه شود.

از محدودیتهای پژوهش می‌توان به عدم توانایی پژوهشگر در کنترل جنسیت و نقشی که جنسیت در کنترل گرایش به اعتیاد دارد، اشاره کرد. همچنین حذف داده‌های مربوط به ۳۷ نفر از آزمودنیها از مهم‌ترین محدودیتها بوده است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.3.2.4]

منابع

آدرم، مهدیه و نیک‌منش، زهرا. (۱۳۹۱). گرایش به مصرف مواد در جوانان بر اساس ویژگیهای شخصیت. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، ۱۴* (۲)، ۱۰۱-۱۰۴.

اصغری، فرهاد؛ قاسمی جوبنه، رضا و قاری، ملیکه. (۱۳۹۳). نقش سلامت خانواده اصلی و ویژگی‌های شخصیتی در آمادگی اعتیاد دانشجویان دختر. *فصلنامهٔ انتظام اجتماعی، ۶* (۴)، ۴۷-۶۴.

بریم‌نژاد، لیلی؛ رسولی، مرجان؛ نیکبخت نصرآبادی، علیرضا؛ محمدی، هادی و احمدزاده، معصومه. (۱۳۸۶). تاثیر کارگاه آموزشی احیای قلبی-ریوی بر یادگیری پایدار پرستاران. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۷*(۲)، ۲۰۹-۲۱۵.

حبیبی‌کلیبر، رامین؛ فرید، ابوالفضل و عبدالملکی، سالار. (۱۳۹۳). *بررسی رابطه تنظیم هیجانی با گرایش به اعتیاد در شهروندان*. اولین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران، موسسه آموزش عالی مهر اروند، مرکز راهکارهای دستیابی به توسعه پایدار.

حسینی قدمگاهی، جواد. (۱۳۷۶). *کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس و راهبردهای مقابله با آن در بیماران عروقی قلب*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. تهران، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

خلعتبری، جواد و بازرگانیان، ناهید. (۱۳۹۰). مقایسه افسردگی، اضطراب و استرس در مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر مبتلا و غیر مبتلا به AIDS/HIV. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۲۰ (۷۸)، ۷۶-۸۳.

دافعی، مریم. (۱۳۷۶). *بررسی رابطه روشهای مقابله‌ای با ویژگیهای فردی و سلامت روانی در زوج‌های نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری یزد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت مدرس.

زاهد، عادل؛ اله‌قلیلو، کلثوم؛ ابوالقاسمی، عباس و نریمانی، محمد. (۱۳۸۸). ارتباط بین راهبردهای تنظیم هیجان و رفتار بین فردی در سوء مصرف کنندگان مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۳ (۱۱)، ۹۹-۱۱۴.

زرگر، یداله؛ نجاریان، بهمن و نعامی، عبدالزهرا. (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی (هیجان خواهی، ابراز وجود، سرسختی روانشناختی)، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی اعتیاد به مواد مخدر در کارکنان یک شرکت صنعتی در اهواز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی، ۱۵* (۱)، ۹۹-۱۲۰.

سامانی، سیامک و جوکار، بهرام. (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، ۲۶* (۳)، ۶۵-۷۷.

سپهریان آذر، فیروز. (۱۳۸۶). *مطالعه تاثیر آموزش مهارت‌های هوش هیجانی بر شیوه‌های مقابله با فشار روانی در نوجوانان شهر ارومیه*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه ارومیه.

کار، آلن. (۱۳۸۴). *خانواده درمانی (مفاهیم، فرآیندها و تمریناتی برای زوج درمانی)*، ترجمه غلامرضا تبریزی. مشهد: مرندیز.

ملازاده اسفنجانی، رحیم؛ کافی، موسی و صالحی، ایرج. (۱۳۹۰). مقایسه سرسختی روان‌شناختی و سبک‌های مقابله با فشار روانی در افراد معتاد و عادی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۵* (۱۷)، ۴۱-۵۷.

هومن، حیدرعلی. (۱۳۸۶). *شناخت روش علمی در علوم رفتاری*. تهران: انتشارات سمت.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.3.2.4]

Aldao, A., Jazaieri, H., Goldin, P.R., & Gross, J.J. (2014). Adaptive and maladaptive emotion regulation strategies: Interactive effects during CBT for social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorder, 28*(4), 382-389.

Boles, S.M., & Miotto, K. (2003). Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 8*(1), 155-174.

Clark, R. (2003). Parental history of hypertension and coping responses predict blood pressure changes in black college volunteers undergoing a speaking task about perception of racism. *Psychosomatic Medicine, 65*(6), 1012-1019.

Doran, N., McChargue, D., & Cohen, L. (2007). Impulsivity, self-directedness, and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviors, 32*, 90-98.

Florian, V., Mikulincer, M. & Taubman, O. (2014). Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*(4), 687-695.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*(5), 992-1003.

Fontaine, K.L. (Ed.) (2007). *Mental health nursing* (5th ed). London: Prentice Hall.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems. *Personality and Individual Differences, 30*, 1311-1327.

Golman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam Books.

Gross, J.J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*, 381-391.

Horsburgh, V. A., Schermer, J. A., Veselka, L., & Vernon, P. A. (2008). A behavioral genetic study of mental toughness and personality. *Personality and Individual Differences, 46*(2),100-105.

Jang, K.L., Thordarson, D.S., Stein, M.B., Cohan, S.L., & Taylor, S. (2007). Coping styles and personality: A biometric analysis. *Anxiety, Stress and Coping, 20*(1), 17-24.

Khoshaba, S. C., & Maddi, S. R. (1992). Early experience in hardiness development. *Consulting Psychology Journal: Research and Practice, 51*(2), 106-116.

Knyazev, G.G., Slobodskaya, H.R., Kharchenko, I.I., & Wilson, G.D. (2004). Personality and substance use in Russian youths: The predictive and moderating role of behavioral activation and gender. *Journal of Personality and Individual Differences, 37*(4), 827-843.

Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 42*(1), 168-177.

Kobasa, S.C., & Puccetti, M.C. (1983). Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology, 45*, 839-850.

Maddi, S. R., Wadhwa, P., & Haier, R. J. (1996). Relationship of hardiness to alcohol and drug use in adolescents. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 22*(2), 247-257.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.3.2.4]

Maddi, S. R., Khoshaba, D. M., Jensen, K., Carter, E., Lu, J. L., & Harvey, R. H. (2002). Hardiness training for high risk undergraduates. *NACADA Journal, 22,* 45-55.

McCrae, R.R., & Costa, P.T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*(1), 81-90.

Miller, S.M., Leinbach, A., & Brody, D.S. (1989). Coping style in hypertensive patients: Nature and consequences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*(3), 333-337.

Nicholson, T., Higgins, C.W., Minors, P., & Price, J.O. (1996). A comparison of general health knowledge between American and French-speaking Canadian college students: A pilot study. *College Student Journal, 30*(1), 141-143.

Parker, J.D.A., Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (2001). The relationship between emotion intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences, 30*(1), 107-115.

Pellitteri, J. (2002). The relationship between emotional intelligence and ego defense mechanisms. *Journal of Psychology*, *136*(2), 182-194.

Polimeni, A.M., Moore, S.M., & Gruenert, S. (2010). MMPI-2 profiles of clients with substance dependencies accessing a therapeutic community treatment facility. *Electronic Journal of Applied Psychology, 6*(1), 1-9.

Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences, 49*(5), 368-373.

Sarvela, P.D., & McClendon, E.J. (1988). Indicators of rural youth drug use. *Journal of Youth and Adolescence, 17*(4), 335-347.

Saxena, P., Dubey, A., & Pandey, R. (2011). Role of emotion regulation difficulties in predicting mental health and well-being. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 18(2), 147-155.

Sheard, M., & Golby, J. (2007). Hardiness and undergraduate academic study: The moderating role of commitment. *Journal of Personality and Individual Differences, 43,* 579-588.

Trinidad, D.R., & Johnson, C.A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences, 32*(1), 95-105.

Wills, T.A., Vaccaro, D., & McNamara, G. (1994). Novelty seeking, risk taking, and related constructs as predictors of adoloscent substance use. An application of Cloninger's theory. *Journal of Substance Abuse, 6*(1), 1-20.

World Health Organization. (2007). *World health statistics 2014*. Italy: Author.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.3.2.4]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.3.2.4]
[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-16]