رابطه تاب‌آوری و سلامت روان با آسیب‌پذیری در برابر مواد مخدر در دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر ایلام در سال تحصیلی ۹۰-۸۹

عباس نصراللهی
ستار کیخاونی
جهانشاه محمدزاده
جلال محمدی[۱]
مهرداد بیگلری پیر احمدوند
راحله رضایی

چکیده

مقدمه: سوء مصرف مواد و مسأله اعتیاد، امروزه به یک معضل اجتماعی تبدیل شده است و تمامی جوامع کم و بیش با آن درگیر می‌باشند. یکی از جدیدترین رویکردها به پدیده اعتیاد رویکرد ارتقای سلامت عمومی است که مهم‌ترین راهبردهای آن تاب‌آوری است. تاب‌آوری به این مسأله می‌پردازد که فرد به رغم قرارگرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل خطر می‌تواند توانش اجتماعی خود را بهبود داده و بر مشکلات غلبه کند. این مطالعه با هدف بررسی رابطه تاب‌آوری و سلامت عمومی با آسیب‌پذیری در برابر سوء مصرف مواد انجام شده است.

روش: این مطالعه توصیفی ـ تحلیلی تعداد ۴۰۰ نفر از دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر ایلام را به منظور بررسی رابطه تاب‌آوری و سلامت روان با آسیب‌پذیری در برابر مواد مورد بررسی قرار داد. از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و به صورت تصادفی استفاده شد. سپس با استفاده از پرسشنامه‌های تاب‌آوری (CD-RIS)، سلامت عمومی (GHQ-28) و استعداد اعتیاد (APS) اطلاعات مورد نظر پژوهش به دست آمد.

۱- مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. ایلام. ایران.
Email: jalalmohamadi99@yahoo.com

آزمون‌های تی، ضریب همبستگی و رگرسیون با استفاده از نرم‌افزار SPSS جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید. سطح معناداری ۰/۵ نیز برای تصمیم‌گیری در نظر گرفته شد.

یافته‌های پژوهش: بر اساس یافته‌ها بین آسیب‌پذیری در برابر مواد با تاب‌آوری رابطه منفی (r=-۰/۲۷ و p=۰/۰۱۸) و بین سلامت عمومی و آسیب‌پذیری در برابر مواد رابطه معنی‌دار (r=۰/۳۰ و p<۰/۰۰۱) وجود داشت. بین سلامت عمومی و تاب‌آوری رابطه مثبت و معنی‌داری (r=-۰/۳۲ و p<۰/۰۰۱) بدست آمد. نتایج بدست‌آمده ازآزمون رگرسیون نیز نشان دادکه بین تاب‌آوری، آسیب‌پذیری در برابر مواد رابطه معنی‌داری وجود ندارد و بین سلامت عمومی و آسیب‌پذیری در برابر مواد رابطه معنی‌داری (α =۰/۰۵ > p <۰/۰۰۱) وجود دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که با کاهش میزان سلامت عمومی، آسیب‌پذیری در برابر مواد افزایش می‌یابد. پیشنهاد می‌گردد یافته‌های این تحقیق که مبین اهتمام بیش از پیش به تأمین بهداشت روانی دانش‌آموزان از جهات مختلفی دارد به شناسایی دانش‌آموزان در معرض خطر ارزیابی بالینی منجر گردیده و همچنین برای کاهش هرچه بیشتر مشکلات روانشناختی و خطر سوء مصرف مواد در دانش‌آموزان برنامه‌های مداخله‌ای مناسبتر و جامع‌تری طراحی گردد.

واژگان کلیدی

تاب‌آوری، سلامت عمومی، آسیب‌پذیری در برابر مواد

مقدمه

سوء مصرف مواد مخدر یکی از مهم‌ترین مسائل بهداشتی کشور به شمار می‌رود. افزایش روزافزون شمار معتادان و مسأله اعتیاد در کشور به بحرانی ملی تبدیل شده است. آنچه در این میان توجه‌برانگیز و بسیار تکان‌دهنده است، پایین‌آمدن میانگین سن اعتیاد و افزایش گرایش جوانان و نوجوانان به سوء مصرف مواد است که زمینه‌ساز سرعت انتقال و گسترش ابعاد پدیدهٔ اعتیاد می‌گردد (رحیمی و همکاران، ۲۰۰۲ م.، صص ۸-۱۷۱).

یافته‌های پژوهش اسپنسروآقایی (۱۹۹۱ م.؛ به نقل از فاضلی و مولوی، ۱۳۸۱ ش.) در میان جوانان ایرانی نشان می‌دهند که حدود ۱۳٪ از آن‌ها به مصرف مواد مخدر پرداخته‌اند. مطالعه‌ای که توسط محمدخانی (۱۳۸۴ ش.؛ به نقل از محمدخانی، ۱۳۸۵ ش.) روی ۳۰۰۰ نفر از دانش‌آموزان دوره راهنمایی و متوسطه در ۱۰ استان کشور انجام شد، نشان داد که در کل ۲۹٪ از دانش‌آموزان حداقل یک‌بار از سیگار، مشروبات الکلی یا سایر مواد استفاده کرده‌اند (ثمانی و همکاران، ۱۳۸۷ ش.، صص ۵-۲۹۰).

باتوجه به اینکه عوامل متعددی همچون ویژگی‌های شخصیتی تأثیر زیادی در ایجاد یا عدم ایجاد آسیب‌پذیری افراد در مقابل مواد دارند که می‌توان به بررسی دقیق آن‌ها در جامعه هدف پرداخت. یکی از جدیدترین رویکردها به پدیده اعتیاد رویکرد ارتقای سلامت روان است که از مهم‌ترین آن می‌توان به تاب‌آوری اشاره کرد (والر، ۲۰۰۱ م.، صص ۷-۲۹۰). در این بین تاب‌آوری به عنوان یکی از سازه‌های اصلی این رویکرد طی یک دهه اخیر جایگاه ویژه‌ای را در حوزه روان‌شناسی تحولی روان‌شناسی خانواده و بهداشت روان به خود اختصاص داده است، به طوری که هر روز به شمار پژوهش‌های مربوط به این سازه افزوده می‌گردد (جاکلون، ۱۹۹۷ م.، صص ۹-۱۲۳).

گارمزی و ماستن تاب‌آوری را «یک فرایند توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده محیطی» تعریف نموده‌اند که نقش مهمی در مقابله با تنیدگی‌ها و تهدیدهای زندگی و آثار نامطلوب آن دارد (گارمزی و ماستن، ۲۰۰۶ م.، صص ۳۶-۳۲۳). به بیان دیگر تاب‌آوری سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (والر، ۲۰۰۱ م.، صص ۷-۲۹۰)، البته تاب‌آوری تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده به صورت انفعالی نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامون خود است (کونر و دیویدسون، ۲۰۰۳ م.، ۸۲-۷۶).

کامپفر (۱۹۹۹ م.) معتقد است که تاب‌آوری نقش مهمی در بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر دارد و از این رو، سازگاری مثبت و موفق را در زندگی فراهم می‌کند، در عین حال کامپفر به این نکته اشاره می‌نماید که سازگاری مثبت با زندگی، هم می‌تواند پیامد تاب‌آوری به شمار رود و هم به عنوان پیشایند، سطح بالاتری از تاب‌آوری را سبب شود. وی این مسأله را ناشی از پیچیدگی تعریف و نگاه فرایندی به تاب‌آوری می‌داند (کامپفر، ۱۹۹۶ م.، صص ۹۰-۵۸۸).

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۱ م.) سلامت روانی نه تنها فقدان بیماری و ناتوانی است، بلکه حالت سلامتی کامل فیزیکی روانی اجتماعی را شامل می‌شود، در واقع سلامت روان یک حالت ذهنی است که سلامت هیجانی نسبتاً رهاشده از نشانه‌های اضطراب و ناتوانی در برقراری روابط کارآمد مقابله با خواسته‌های تنش‌زای زندگی را در بر می‌گیرد (کرسینی، ۱۹۹۱ م.). کمپل (۱۹۸۹ م.) سلامت روان را عملکرد روانی موفقیت‌آمیزی می‌داند که با فعالیت‌های سازنده ارتباط رضایت‌بخشی و توانایی فرد برای سازگاری با تغییرات و مقابله با حوادث می‌انجامد. سلامت روان را نمی‌توان جدا از آسایش فردی، خانوادگی و اجتماعی

که در بردارنده روابط بین فردی است در نظر گرفت. مفهوم سلامت روان در واقع جنبه‌ای از مفهوم کلی سلامت است و به کلیه روش‌ها و تدابیری اطلاق می‌شود که برای جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی به کار می‌رود (بیگلدلی و کریم‌زاده، ۲۰۰۶ م.، صص ۸۱-۷۱).

پژوهش‌های که در زمینه رابطه تاب‌آوری و سلامت روان انجام شده‌اند، نشان دادند که بین تاب‌آوری و سلامت روانی رابطه مستقیمی وجود دارد (فردلی، ۲۰۰۹ م.، صص ۳-۱). نتایج پژوهش‌های گوناگون نشان می‌دهد سوء مصرف مواد با تاب‌آوری کم و سلامت روان پایین مرتبط است (استلمان و همکاران، ۲۰۰۹ م.، ۳۰۲-۲۷۳).

گروه هدف در تحقیق حاضر را دانش‌آموزان دبیرستان شهر ایلام تشکیل می‌دهند با توجه به مسائل روانی اجتماعی خاص دوره طولانی و پرفشار نوجوانی و پایین‌آمدن سن اعتیاد در کشور اهمیت تحقیق در این گروه بیشتر درک می‌شود. هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه تاب‌آوری و سلامت روان با آسیب‌پذیری در برابر مواد در دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر ایلام در جهت پیشبرد اهداف برنامه‌های مرتبط با افزایش تاب‌آوری است.

روش

در این مطالعه توصیفی ـ تحلیلی ۴۰۰ نفر از دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر ایلام شامل رشته‌های عمومی، ریاضی، تجربی، انسانی، فنی و کاردانش که در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ مشغول به تحصیل بودند، شرکت داشتند به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. جهت بررسی وضعیت سلامت عمومی، تاب‌آوری

و استعداد اعتیاد پرسشنامه‌های مربوطه در بین دانشجویان توزیع و پس از تکمیل گردآوری گردید.

ابزار پژوهش

پرسشنامه تاب‌آوری کونر و دیویدسون (CD_RIS): برای سنجش تاب‌آوری، مقیاس تاب‌آوری کونر و دیویدسون (۲۰۰۳ م.) به کار برده شد. کونر و دیویدسون این پرسشنامه را با بازبینی منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ در زمینه تاب‌آوری تهیه نمودند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه: جمعیت عمومی مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه بیمارستان سرپایی روان پزشکی و بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شده است. سازندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی می‌تواند افراد تاب‌آور را از غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی جدا کند و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به کار برده شود (کونر و دیویدسون، ۲۰۰۳ م.، صص ۸۲-۷۶). پرسشنامه کونر و دیویدسون ۲۵گویه داردکه در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملا نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴ ش.) هنجاریابی شده است. برای تعیین روایی، ابتدا همبستگی هر گویه با نمونه کامل مقوله محاسبه‌شده سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شده است. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز گویه سه، ضریب بین ۴۱٪ تا ۶۴٪ را نشان داد. برای اعتبار این پرسشنامه محمدی (۱۳۸۴ ش.) از روش کرونباخ استفاده کرده که برابر ۸۹٪ بوده است (محمدی، ۲۰۰۵ م.؛ بشارت، ۲۰۰۷ م.، صص ۷۳-۳۲۴).

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): پرسشنامه سلامت عمومی یک پرسشنامه سرندی مبتنی بر روش خود گزارش‌دهی است. که در پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس ۴ درجه‌ای از «خیر» تا «خیلی زیاد» میزان ناراحتی را مشخص می‌کنند. نمره‌گذاری پرسشنامه سلامت عمومی به روش لیکرت انجام می‌گیرد و نمره اختصاص یافته به هر یک از مواد آن از ۰ تا ۳ متغیر است. بنابراین، نمره کل فرد در این پرسشنامه از ۰ تا ۸۴ تغییر می‌کند. نقطه برش سلامت روانی و نبود سلامت روانی ۲۳ است. پرسشنامه سلامت عمومی(GHQ) ۴ خرده آزمون ۷ سؤالی دارد که به ترتیب: نشانه‌های جسمی، اضطراب، ناسازگاری اجتماعی و افسردگی را می‌سنجد. خرده‌آزمون نشانه‌های جسمی موادی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آن‌ها و خرده‌آزمون اضطراب، موادی مرتبط با اضطراب و بی‌خوابی را شامل است. خرده‌آزمون ناسازگاری اجتماعی، گستره توانایی افراد در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره را می‌سنجد و احساسات آن‌ها را درباره چگونگی کنارآمدن با موقعیت‌های معمول زندگی مشخص می‌کند. خرده‌آزمون افسردگی در برگیرنده موادی است که با افسردگی وخیم و گرایش مشخص به خودکشی مرتبط‌اند (استورا، ۱۹۹۱ م.). ضریب اعتبار این پرسشنامه با استفاده از سه روش باز آزمون، تنصیف و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰ ، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آمده است. برای بررسی روایی این پرسشنامه از سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده‌آزمون‌ها با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شده است، که در روش روایی همزمان، روایی ۰/۵۵ و در روش همبستگی خرده‌آزمون با نمره کل روایی ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ به دست آمده است (گلدبرگ و هایر، ۱۹۷۹ م.، ۴۵-۱۳۱).

پرسشنامه استعداد اعتیاد (APS): برای سنجش استعداد اعتیاد از خرده‌مقیاس استعداد اعتیاد (APS) پرسشنامه سنجش اعتیاد وید و همکاران (۱۹۹۲ م.) استفاده شد. پرسشنامه سنجش اعتیاد، که خود از نسخه تجدیدنظر شده پرسشنامه چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI-2) استخراج شده است، در ایران نیز هنجاریابی شده است. نسخه اصلی خرده مقیاس استعداد اعتیاد (APS) شامل ۳۹ سؤال است. پاسخ‌های ارائه‌شده به هر یک از مواد مقیاس شامل «بله» یا «خیر» است. محتوای مقیاس کاملاً ناهمگن است و به نظر می‌رسد که بسیاری از ماده‌های آن ارتباط مستقیمی با سوء ماده‌ها اعتماد به نفس ضعیف، از خود بیگانگی و نگرش‌های بدبینانه نسبت به دیگران، ندارد (گراهام، ۱۳۷۹ ش.). ضریب پایایی این مقیاس در نمونه بهنجار (با فاصله یک هفته) در مردان و زنان به ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۷۷ به دست آمده است (گراهام، ۱۳۷۹ ش.). و ید و همکاران گزارش کرده‌اند، که بین مقیاس AAS (مقیاس پذیرش اعتیاد) و مقیاس APS واریانس مشترک زیادی وجود دارد و همبستگی آن‌ها ۰/۵۷ بوده است. وید و همکاران (۱۹۹۲ م.)، داده‌هایی را گزارش کردند مبنی بر اینکه APS (مقیاس پذیرش اعتیاد) که به خوبی می‌تواند بین سوء مصرف‌کنندگان مواد و بیماران روانی تمایز قائل شود. نسخه هنجاریابی شده APS برای دانش‌آموزان دبیرستانی ایرانی ۳۹ گویه دارد و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۵۳ و از طریق روش دو نیمه‌کردن نیز ۰/۵۳ محاسبه شده است. بر اساس تحقیق مینویی و صالحی (۱۳۸۲ ش.)، نمره‌های ۱۸-۱ نشان‌دهنده استعداد بسیار کم برای ابتلا به اعتیاد، نمره‌های ۲۰-۱۹ نشان‌دهنده استعداد کم برای ابتلا به اعتیاد، نمره‌های ۲۲-۲۱ نشان‌دهنده استعداد متوسط برای ابتلا به اعتیاد، نمره‌های ۲۴-۲۳ نشان‌دهنده استعداد زیاد برای ابتلا به اعتیاد و نمره ۲۵ و بالاتر نشان‌دهنده استعداد بسیار زیاد برای ابتلا به اعتیاد است.

یافته‌ها

برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در جدول شماره یک گزارش شده است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمون‌های پژوهش

متغیرهای جمعیت‌شناختی		فراوانی	درصد
جنسیت	دختر	۱۹۶	٪۴۹
	پسر	۲۰۴	٪۵۱
پایه تحصیلی	اول	۵۱	٪۱۲/۸
	دوم	۱۵۳	٪۳۸/۳
	سوم	۱۸۵	٪۴۶/۳
	پیش‌دانشگاهی	۱۱	٪۲/۸
رشته تحصیلی	عمومی	۵۲	٪۱۳
	ریاضی	۵۶	٪۱۴
	تجربی	۱۰۲	٪۲۵/۵
	ادبیات	۹۶	٪۲۴
	فنی	۴۸	٪۱۲
	کاردانش	۴۶	٪۱۲/۵

جدول ۲: نتایج آزمون t برای گروه‌های دختران و پسران در متغیرهای تاب‌آوری، سلامت روان و آسیب‌پذیری در برابر مواد (N=۴۰۰)

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	T	P
تاب‌آوری	دختر	۵۶/۹۸	۱۲/۷۴	۰/۷۴	۰/۴۷
	پسر	۵۷/۹۱	۱۲/۷۳		
سلامت عمومی	دختر	۳۰/۴	۱۴/۵۴	-۱/۶۲	۰/۱۱
	پسر	۲۸/۱۳	۱۳/۴۸		
آسیب‌پذیری در برابر مواد	دختر	۱۲/۴۲	۳/۷۳	-۲/۵۸	۰/۰۱
	پسر	۲۰/۵۱	۳/۲۷		

در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌های آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش ارائه شده است. همچنین به منظور مقایسه میانگین نمرات دختران و پسران از آزمون t برای گروه‌های مستقل استفاده شد. بر اساس نتایج بدست‌آمده از آزمون T، جنسیت متغیر تأثیرگذاری بر وضعیت تاب‌آوری و سلامت عمومی نیست، اما بر آسیب‌پذیری در برابر موادمخدر تأثیر معنی‌داری دارد.

جدول شماره ۳: ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای تاب‌آوری، سلامت روان با آسیب‌پذیری در برابر مواد

متغیرها	تاب‌آوری	سلامت روان	آسیب‌پذیری در برابر مواد
تاب‌آوری	۱		
سلامت روان	-۰/۳۲ *	۱	
آسیب‌پذیری در برابر مواد	-۰/۲۷ **	۰/۳۰ *	۱

*: p<۰/۰۰۱ **: p<۰/۰۱۸

بر اساس نتایج بدست‌آمده از همبستگی پیرسون بین سلامت عمومی با تاب‌آوری رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد و بین سلامت عمومی با آسیب‌پذیری در برابر مواد رابطه منفی و معنی‌دار و بین آسیب‌پذیری در برابر مواد و تاب‌آوری نیز رابطه منفی و معنادار گزارش شده است.

جدول ۴: خلاصه جدول رگرسیون تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون مؤلفه‌های تاب‌آوری، سلامت روان بر آسیب‌پذیری در برابر مواد

شاخص	SS	DF	MS	F	P	R	R^2	SE
رگرسیون	۴۵۱/۱۴۰	۲	۲۲۵/۵۷۰	۲	۱/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۰۹	۳/۳۸
باقیمانده	۴۵۲۷/۱۳۷	۳۹۸	۱۱/۴۰۳					

شاخص	ضریب B	خطای استاندارد	Beta	نسبت t	P
ضریب ثابت	۱۸/۲۱	۱/۰۰۱	-	۱۸/۱۸	۰/۰۰۱
تاب‌آوری	۰/۰۰۸	۰/۰۱۴	۰/۰۳۰	۰/۶۰	۰/۵۵
سلامت عمومی	۰/۰۷۸	۰/۰۱۳	۰/۳۱	۶/۱۳	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج جدول تاب‌آوری و سلامت روان با ضریب تعیین ۰/۰۹ پس متغیرهای سلامت روان و تاب‌آوری فقط توانسته‌اند میزان ۰/۰۹ میزان آسیب‌پذیری در برابر مواد را پیش‌بینی کنند. نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که بین تاب‌آوری با آسیب‌پذیری در برابر مواد رابطه خطی و مثبت وجود دارد. با توجه به مقدار ضریب رگرسیون Beta = /۰۳ و sig = ۰/۵۵ فرض صفر تأیید می‌شود و فرض تحقیق رد می‌شود. به عبارتی بین تاب‌آوری و آسیب‌پذیری در برابر مواد رابطه معنی‌داری وجود ندارد، ولی بین سلامت روان و آسیب‌پذیری در برابر مواد با توجه به مقدار ضریب رگرسیون Beta= /۰۳ و مقدار t =۶/۱۳ و سطح معناداری sig = ۰/۰۰۱ فرض صفر رد می‌شود و فرض تحقیق پذیرفته می‌شود. به عبارت دیگر، بین سلامت روان و آسیب‌پذیری در برابر مواد رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد، یعنی با افزایش سلامت عمومی آسیب‌پذیری در برابر مواد کاهش می‌یابد.

بحث و بررسی یافته‌های تحقیق

نتایج این پژوهش نشان داد که بین آسیب‌پذیری در برابر مواد و تاب‌آوری رابطه معنی‌داری وجود دارد. این نتایج با یافته‌های پرهون و همکاران (۱۳۸۹ ش.) که رابطه بین تاب‌آوری و سلامت روان با سوء مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه تربیت معلم بررسی نمود، همخوانی دارد. این یافته همسو با مطالعاتی است که در این زمینه انجام گرفته است، از جمله گارمزی، ۱۹۹۱ م.؛ ماتسن، ۲۰۰۱ م.؛ راتر، ۱۹۹۹ م.؛ لوتار و همکاران، ۲۰۰۰ م.؛ در توضیح این یافته‌ها که نقش تاب‌آوری با آسیب‌پذیری در برابر مواد را بیان نموده به این نکته مهم که عوامل مؤثر بر تاب‌آوری عبارتند از عزت نفس بالا، مهارت‌های قوی حل مسأله، پیوند قوی با مؤسسات آموزشی، داشتن دوستانی که مواد مصرف نمی‌کنند و مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی قوی و مسائلی از این قبیل می‌توان مهم اشاره نمود (لاتر و همکاران، ۲۰۰۰ م.، صص ۶۲-۵۴۳).

یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین آسیب‌پذیری در برابر مواد و سلامت روان رابطه معنی‌داری وجود دارد. در واقع با کاهش میزان سلامت روان آسیب‌پذیری در برابر مواد نیز افزایش می‌یابد. این نتایج با یافته‌های شایان و همکاران (۱۳۸۹ ش.) زرانی وقار (۱۳۸۹ ش.)، محمدیان و همکاران (۱۳۸۵ ش.)، حسینیان و همکاران (۱۳۸۵ ش.) همسو می‌باشد. در توضیح این یافته‌ها بیان می‌شود که موضوع مواد مخدر یکی از مهم‌ترین مسائل همه کشورها به حساب می‌آید و این موضوع در سال‌های اخیر به حد نگران‌کننده‌ای رسیده است. سلامت روانی جوانان به دلایلی همچون ناکامی، بحران هویت، ماجراجویی، لذت‌جویی، تنوع‌طلبی تهدید می‌شود. به همین دلیل جوانان آسیب‌پذیرترین گروه نسبت به مواد مخدر هستند. دانش‌آموزان هم به عنوان یک گروه جوان می‌توانند در معرض استفاده از مواد

مخدر قرار گیرند. بدین ترتیب با روی‌آوردن به مواد مخدر سلامت جسمی و روانی فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

بررسی نتایج این پژوهش نشان داد که بین تاب‌آوری و سلامت روان رابطه معنی‌داری وجود دارد. این یافته با پژوهش رحیمیان بوگر و اصغرنژاد (۱۳۸۷ ش.) با عنوان رابطه سرسختی روانشناختی و تاب‌آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم انجام داد همسو می‌باشد (رحیمیان). همچنین یافته پژوهش حاضر در مورد رابطه بین تاب‌آوری و سلامت روان در راستای پژوهش‌های فریبرگ و همکاران (۲۰۰۶ م.)، توگاد و فردریسکون (۲۰۰۴ م.)، انزلیچت و همکاران (۲۰۰۶ م.) و بیلی و همکاران (۲۰۰۳ م.) همسو است. پژوهش‌های انجام‌شده گویای آن هستند که افراد دارای تاب‌آوری بالا، در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار سلامت روانشناختی خود را حفظ می‌نمایند و دارای سازگاری روانشناختی هستند (فریبرگ و همکاران، ۲۰۰۶ م.، صص ۱۹-۲۱۳؛ توگاد و فردریسکون، ۲۰۰۷، صص ۳۳-۳۱۱).

یافته‌های این پژوهش نشان داد بین تاب‌آوری در دانش‌آموزان پسر و دختر تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. همچنین بین سلامت روان در دانش‌آموزان دختر و پسر تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این یافته‌ها با یافته‌های تحقیق رحیمی و کامران‌پور (۱۳۸۵ ش.) همخوانی دارد، اما نتایج این پژوهش با یافته‌های ساعد و همکارانش (۱۳۸۹ ش.) که مقایسه سلامت روانشناختی، احتمال خطر مصرف مواد مخدر در دانشجویان بر حسب جنسیت، وضعیت تأهل و مقطع تحصیلی دانشجویان ورودی سال ۸۹-۱۳۸۸ دانشگاه شریف بررسی نمود، همخوانی ندارد. نتایج نشان داد که پسران دانشجو بیش از دختران دانشجو در معرض افسردگی و اختلال عملکرد جسمانی قرار دارند و این خود نشان از ارتباط معنادار بیان عامل جنسیت

با میزان آسیب‌های اجتماعی ـ روانی دارد، یعنی پسران بیش از دختران مشکلات روانی را تجربه می‌کنند. این اختلاف در دو جنس می‌تواند به دلیل تغییر شرایط فرهنگی و اجتماعی و عوامل استرس‌زای حاکم بر جامعه طی چندسال اخیر باشد.

نتایج پژوهش نشان داد که بین آسیب‌پذیری در برابر مواد بین دانش‌آموزان دختر و پسر تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش خراسانی و همکاران (۱۳۸۹ ش.) با عنوان مقایسه رابطه شیوه‌های مقابله با استرس با آسیب‌پذیری در برابر مصرف مواد در دانشجویان علوم پزشکی شهرستان دامغان همخوانی دارد. نتایج نشان داد که از لحاظ میزان آسیب‌پذیری در برابر مصرف مواد بین دانشجویان دختر و پسر تفاوت معناداری وجود دارد. در این مطالعه دانشجویان دختر در مقایسه با دانشجویان پسر از آسیب‌پذیری کمتری در برابر مصرف مواد برخوردار بودند. بررسی حاضر با نتایج یعقوبی و همکاران (۱۳۸۷ ش.)، سهرابی و همکاران (۱۳۸۶ ش.) و پورشریفی و همکاران (۱۳۸۳ ش.) همخوانی دارد. در توضیح نتایج می‌توان گفت بروز رفتارهای انحرافی بیشتر، خطرپذیری بیشتر، رفتارهای پرخاشگرانه و تجربه استرس‌های مزمن از یک سو و مقبولیت اجتماعی، هنجارهای حمایت‌کننده از مصرف مواد در جامعه، نظارت کمتر بر رفتارهای جنسی مذکر از سوی خانواده از دیگر عواملی است که می‌توان در تبیین آسیب‌پذیری پذیری پسران ذکر نمود.

نتایج پژوهش مبین آن است که بین متغیرهای تاب‌آوری، سلامت روان با آسیب‌پذیری در برابر مواد رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد، یعنی با افزایش سلامت عمومی آسیب‌پذیری در برابر مواد کاهش می‌یابد. این فرضیه همسو با نتایج تحقیق کیوان‌لو (۱۳۸۹ ش.) دوراند و بارلو (۱۹۹۶ م.) سینها و شاتنفلد به نقل از فینی و همکارش ۲۰۰۵ است (محمدی، ۲۰۰۵ م.).

فهرست منابع

Besharat, MA. (2007). Tabavari Asibpaziri va Salamate Ravan. *Majale Oloome Ravanshenakhti*. 6 (38): 324-73.

Bigdeli, I. Karimzadeh, S. (2006). Influence of tension factors on mental health of Semnan city neurses. *Journal of Semnan University of Medical Sciences*. 15(1): 71-81. (Persian)

Conner, KM. Davidson, JR. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Journal of Depression and Anxiety*. 18: 76-82.

Corsini, RJ. (1991). *Thedictionavy of psychologypublishing office: brunner/ mazel*.

Friborg, O. Hjmedal, O. Rosenvinge, OH. Martinusen, M. Aslaksen, M. (2006). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of psychosomatic research*. 61: 213-19.

Friedli, L. (2009). *Mental health resi lience and inequalities who Regionaal offce for Europ*. 1-3.

Garmezy, NM Masten, AA. (2006). Particularresiliency to threatening environments. *Journal of Experimental Social Psychology*. 42: 323-36.

Goldberg, DP, Hillier, VE. (1979). A scaled version of General Health Questionnaire. *Journal of Psychological Medicine*. 9: 131-45.

Jacelon, CS. (1997). The trait and process of resilience. *Journal of Advanced Nursing*. 25: 123-9.

Kumpfer, KL. (1996). The concept of hardiness: Abrief but critical commentary. *Journal of Advanced Nursing*. 24: 588-90.

Luthar, SS. Cicchetti, D. Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluati and guidelines for future work. *Child Development*. 71: 543-62.

Mohammadi, M. (2005). *Avamele moaser bar tabavari dar A frade dar Maaraze Khatare Soe Masrafe Mavad. Payannameh Doktori Reshte Ravanshenasi Balini. Daneshgahe Oloom Behzisti va Tavanbakhshi* [Persian].

Rahimi Movaghar, A. Mohammad, K. Razzaghi EM . (2002). Trend ofdrug abuse situation in Iran:a three-decade survey (Persian). *Hakim Research Journal*. 5 (3): 171-8.

Rahimian Bougar, E. *An investigation of the relationship between job satisfaction, job stress, work orientation and work involvement with adult attachment styles on state hospitals nurses in Isfahan*.

Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*. 21: 119-44.

Samani, S. Jokar, BA. Sahargard, NA. (1387). Rediliency, mental health and life satisfaction. *Journal of psychiatric and clinical psychology Iran*. 13: 290-5. (In Persian)

Stepleman, LM. WRIGHT. DE Bottonari, KA. (2009). *Socioeconomic status: Risks and Resilience*. Springer. 273-302.

Tugade, MM. Fredrickson, BL. (2007). Regulation of Positive Emotions: Emotion Regulation Strategies That Promote Resilience. *Journal of Happiness Studies.* 8: 311-33.

Waller, MA. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the child. *American Journal of Orthopsychiatry*. 71: 290-7.

Waller, MA. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the child. *American Journal of Orthopsychiatry*. 71: 290-7.

شناسه یادداشت مؤلفان

عباس نصراللهی: گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام. ایلام. ایران.

ستار کیخاونی: مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. ایلام. ایران.

جهانشاه محمدزاده: گروه ادبیات، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ایلام. ایلام. ایران.

جلال محمدی: مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. ایلام. ایران.

پست الکترونیک: jalalmohamadi99@yahoo.com

مهرداد بیگلری پیر احمدوند: گروه ادبیات، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ایلام. ایلام. ایران.

راحله رضایی: کمیته دانشجویی مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۵/۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۷/۲۶