مقایسه نظم‌جویی شناختی هیجان، سلامت عمـومی، شـیوه حل‌مسئله و عملکرد تحصیلی در دختـران نوجـوان دارای والدین معتاد و غیرمعتاد

A Comparison of the Cognitive Emotion Regulation, General Health, Problem Solving Styles and Academic Performance of Adolescent Girls with Addicted and Non-Addicted Parents

مریم عظیمی[۱]،ربابه نوری[۲]، شهرام محمد خانی[۳]

Maryam Azimi ,Robabe Nori ,shahram MohammadKhani

تاریخ دریافت:۱۲/ ۱۳۹۴/۸ پذیرش اولیه: ۲۰/ ۱۳۹۴/۱۲ پذیرش نهایی: ۶/ ۱۳۹۵/۷

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه نظم¬جویی شناختی هیجان، سلامت عمومی، شیوه حل¬مسئله و عملکرد تحصیلی در دختران نوجوان والدین معتاد و والدین غیرمعتاد بود. روش پژوهش علّی- مقایسه¬ای و جامعه آماری کلیه دانش¬آموزان متوسطه دختر والدین معتاد و غیرمعتاد ناحیه ۳ کرج بود. بوسیله نمونه¬گیری در دسترس ۱۲۰ دانش¬آموز که ۶۰ نفر آنها والدین¬ معتاد و ۶۰ نفر غیرمعتاد بود انتخاب شدند. دو گروه مورد همتاسازی قرار گرفتند. دو گروه شرکت¬کننده سه پرسشنامه نظم¬جویی شناختی هیجان، سلامت عمومی و شیوه¬ی حل¬مسئله را تکمیل کردند. برای تحلیل داده¬ها از آزمون t گروه‌های مستقل و تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که دختران والدین معتاد در راهبرد ملامت دیگران و نوجوانان والدین غیرمعتاد در راهبردهای دیدگاه¬گیری، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه¬ریزی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نمره بیشتری کسب کردند. نوجوانان والدین غیرمعتاد در زمینه اجتماعی و نوجوانان والدین معتاد در زمینه جسمانی، اضطراب و افسردگی نسبت به نوجوانان والدین غیرمعتاد نمره¬ی بیشتری کسب کردند. نوجوانان والدین معتاد در زمینه کنترل شخصی و نوجوانان والدین غیرمعتاد در زمینه¬ی اجتنابی از شیوه¬ی حل¬مسئله نمره بیشتری کسب کردند. از نظر عملکرد تحصیلی معدّل نوجوانان والدین معتاد پایین¬تر بود.

واژه¬ های کلیدی: نظم¬جویی شناختی هیجان، سلامت عمومی، عملکرد تحصیلی

، سلامت عمومی، عملکرد تحصیلی، نوجوانان

Abstract

The aim of this study was to compare the cognitive emotion regulation, general health, problem-solving style and academic performance of the adolescent girls with addicted and non-addicted parents. The method of the research was causal-comparative. The statistical population of the study was all female high school students of the third District of Karaj city. Using convenience sampling method, ۱۲۰ students were selected .۶۰ of them had addicted parents and ۶۰ of them had non-addicted parents. The selected students in both groups were equalized. These two groups completed three questionnaires of Cognitive Emotion Regulation, general health and problem solving questionnaires. T-test and MANOVA were used to analyze the data. Results indicated that adolescents with addicted parents achieved more score in “Blaming others” item and adolescents with non-addicted parents achieved more score in “Putting into perspective”, “Positive refocusing”, “and Positive reappraisal” and “Refocus on planning” items in Cognitive Emotion Regulation test. Adolescents with non-addicted parents got more score in the field of “social” context and adolescents with addicted parents had more score in “Physical”, “anxiety” and “depression” context. Problem solving score in “personal control” item for students with non-addicted parents and problem solving score in “Avoidance” for adolescents with addicted parents was higher than the others. Academic Performance of the adolescents with addicted parents was less than that of the others.

Keywords: Cognitive emotion regulation, general health, academic performance

۱. (نویسنده مسئول). دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، مدرس دانشگاه فرهنگیان امیر کبیر، کرج، ایران Azimi۷۸۸۲@Gmail.com

۲. استادیار روانشناسی بالینی، عضو هیات علمی دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران

۳. دانشیار روانشناسی بالینی، عضو هیات علمی دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.7.6]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.38]

مقدمه

حدود ۲۳۰ میلیون نفر از جمعیت بزرگسالان جهان بین سنین ۱۵ تا ۶۴ سالگی حداقل یک بار در سال مواد مخدر غیر قانونی مصرف می‌کنند و حدود ۲۷ میلیون زن و مرد مشکل سوء مصرف مواد دارند (هوگ، نانز، بکر، جمل، شاوب[۱]، ۲۰۱۴). با توجه به آمار بالای اعتیاد در جهان، بررسی تاثیر اعتیاد بر خانواده جهت جلوگیری از پیامدهای بعدی ضروری است. فرزندانِ والدین با اختلال سوء مصرف مواد در معرض انواع رفتارهای ناسازگارانه والدین هستند. زندگی فرزندان این خانواده‌ها به دلیل محیط خانوادگی، همراه با تروما و تنش زیادی است و با پیامدهای منفی بسیاری مواجه است. چنین والدینی مهارت‌های فرزندپروری مناسبی ندارند و در چنین خانواده‌هایی نظارت ضعیف والدین بر رفتارهای فرزندان، اختلاف والدین، کیفیت ضعیف تعاملات والد-فرزندی، صمیمیت و گرمی کم والدین و انضباط ناپایدار شایع است (آریا، مریکل، میرسک، واینترس[۲]، ۲۰۱۲). شیوه فرزندپروری والدین معتاد با نقص‌های متعدد از جمله غفلت، سوء استفاده هیجانی، کنترل بیش از حد، نظم و انضباط متناقض همراه است (لاتر و ساچمن[۳]، ۲۰۰۰). فرزندان والدین معتاد اغلب در معرض خشونت فیزیکی، سوء استفاده هیجانی یا غفلت قرار دارند. این افراد از والدین خود یاد می‌گیرند که در مواجهه با استرس و مشکلات زندگی از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه استفاده کنند (برونینگ، ویدئو، وارتبرگ، روتز، هایولمن[۴] و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین، والدین معتاد بدلیل اینکه نظارت و سرپرستی لازم را ندارند، فرزندان‌شان بیشتر در معرض خطر سوء مصرف مواد و مشکلات رفتاری هستند. والدین دارای سوء مصرف مواد بدلیل تعاملات معیوب‌شان، فرزندپروری خشن و سختی دارند و پتانسیل سوءاستفاده از فرزندان‌شان، غفلت از آنان، نظارت پایین فرزندان، تعارض و درگیری والدین با هم و با کودک را دارند (آریا، مریکل، رالو ، مو، لی وایت[۵] و همکاران، ۲۰۱۳).

در مقایسه با فرزندان والدین غیرمعتاد، فرزندان والدین معتاد بیشتر در معرض آسیب‌های روانی هستند و بیشتر به سمت مصرف مواد گرایش پیدا می‌کنند. همچنین مصرف مواد والدین با اختلالات رفتاری، رفتارهای ضد اجتماعی و وابستگی به الکل و مواد در فرزندان رابطه دارد (اسچریبر، اودلاگ، گرنت[۶]، ۲۰۱۲). یکی از عوامل مهم و موثر در سوء مصرف مواد، تحریک‌پذیری و واکنش‌پذیری افراطی است که این واکنش‌پذیری بالا منجر به استفاده نامناسب از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان شده و در نتیجه استفاده از مواد مخدر را افزایش می‌دهد. افرادی که نمی-توانند برانگیختگی‌های خود را کنترل کنند، به احتمال بیشتری در معرض خطر سوء مصرف مواد قرار دارند (دوران، چارکو، کوهن[۷]، ۲۰۰۷). از طرف دیگر در زندگی انسان، تجربه هیجان-های منفی گریز ناپذیر است و مصرف مواد موقعی بیشتر می‌شود که افراد عصبانی، مضطرب، غمگین یا پریشان می‌شوند. هنگامی که فرد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت موثر هیجان‌ها، خطر سوء مصرف را کاهش می‌دهد (ترینیدد، جانسون،[۸] ۲۰۰۲). نشانه‌های نارسایی تنظیم هیجان در بیش از نیمی از اختلالات محور یک و در تمامی اختلالات دیگر محور دوم، اتفاق می‌افتد (گراس[۹]، ۱۹۹۹؛ به نقل ازجلالوند و همکاران، ۱۳۹۳). نظم‌جویی هیجان، یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار سازگارانه و همچنین جلوگیری از بروز هیجان-های منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می‌شود (حسنی، ۱۳۹۳). یکی از متداول‌ترین روش‌ها برای مدیریت و نظم‌جویی تجارب هیجانی استفاده از فرآیندهای شناختی است (مشهدی، میردورقی و حسنی، ۱۳۹۰). راهبردهای نظم‌جویی شناختی

۱ . Haug, Núñez, Becker, Gmel, Schaub
۲ . Arria, Mericle, Meyersk, Winters
۳ . Suchman and Luthar
۴ . Bröning, Wiedow, Wartberg, Ruths, Haevelmann
۵ . Mericle, Rallo , Moe, L. White
۶ . Schreiber, Odlaug, Grant
۷ . Doran, Charque, Cohen
۸ . Trinidad, Johnson
۹ . Gross

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.7.6]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.38]

هیجان بر جنبه شناختی مقابله تاکید دارند (کارنفسکی، کرایج، اسپاین هاون[1]، ۲۰۰۲).

چگونگی ارزیابی سیستم شناختی فرد در مواجهه با حوادث منفی از اهمیت بالایی برخوردار است و سلامت روانی افراد حاصل تعامل راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و ارزیابی درست از موقعیت‌های تنش‌زا است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۴). توانایی مدیریت هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مناسب استفاده نماید. افرادی که تنظیم هیجانی خوبی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند؛ فشارهای دیگران را درک می‌کنند و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (ترینیدد، جانسون، ۲۰۰۲). در مقابل کسانی که تنظیم هیجانی ضعیف‌تری دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، اغلب به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (ترینیدد، انگر، چو، جانسون[2]، ۲۰۰۴).

مصرف مواد بر خُلق فرد نیز تاثیر می‌گذارد و افسردگی، اضطراب و بدبینی را افزایش می‌دهد. این عوارض فقط مربوط به مصرف کنندگان مواد نیست، بلکه اطرافیان را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد. در واقع، همسر و فرزندان افراد مصرف کننده بیشتر در معرض ابتلا به اختلال‌های روانی هستند (حسنی، ۱۳۹۳). پدر و مادری که به مواد مخدر یا الکل معتاد هستند، فرزندان‌شان بیشتر احتمال دارد در دوران بزرگسالی دچار افسردگی شوند و افرادی که پدر و مادرشان به مواد مخدر یا الکل معتاد شده‌اند نسبت به همسالان خود، بیشتر احتمال ابتلا به افسردگی دارند. پس از همتاسازی از نظر سن، جنس و نژاد، اعتیاد والدین، خطر ابتلا به افسردگی بزرگسالان را دو برابر افزایش می‌دهد (فالرتامسون [3] و همکاران، ۲۰۱۳). فرزندان والدین وابسته به هروئین بیشتر مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بودند. همچنین والدین وابسته به هرویین فرزندان‌شان بیشتر در معرض خطر ابتلا به اختلال بیش فعالی با کمبود توجه و مصرف مواد هستند (ویدال، واندلیور، روتن، غلامرضایی، کاستلو[4] و همکاران، ۲۰۱۲). طبق پژوهش‌ها فرزندان والدین مبتلا به سوءمصرف مواد در معرض طیف گسترده‌ای از پیامدهای منفی هستند و این خطر در اوایل زندگی نیز مشهود است. برای مثال آنها زودتر به مصرف مواد گرایش پیدا می‌کنند. همچنین میزان اضطراب، افسردگی، رفتار مقابله‌ای، مشکلات رفتاری و رفتار پرخاشگرانه در آنها بیشتر و عزت نفس و کفایت اجتماعی پایین‌تر و تنظیم هیجانی ضعیف‌تر در مقایسه با همسالان خود که والدین آنها سوء مصرف مواد ندارند، مشاهده شد (بورنس[5] و همکاران، ۲۰۱۳). در واقع، والدین معتاد، فرصت‌های مناسب را برای ایجاد محیط‌های غنی جهت رشد و افزایش عزت نفس در فرزندان به وجود نمی‌آورند (لین[6] و همکاران، ۲۰۰۴). بنابراین فرزندان‌شان از نظر تحصیلی و رشد شناختی در سطح پایین‌تر از همسالان خود هستند. به طور کلی، سوء مصرف مواد والدین با عملکرد تحصیلی ضعیف، رشد شناختی پایین‌تر کودک، سطوح بالاتر درون سازی (به عنوان مثال، اضطراب، افسردگی، عزت نفس پایین) و علائم برون‌سازی (به عنوان مثال، مشکلات رفتاری، پرخاشگری) ارتباط دارد (سولیز، شادر، بورنس و هاسونگ[7]، ۲۰۱۲).

یکی دیگر از عوامل خطر در سوء مصرف مواد، نقایص حل مساله است. افراد با وابستگی به الکل و هروئین نقص در حل‌مسئله دارند (روسن، مورس، رینولد[8]، ۲۰۱۱).

موقعیتهای استرس‌زا در زندگی علاوه بر ایجاد واکنش‌های هیجانی مختلف مانند خشم، اضطراب و افسردگی، می‌تواند به ایجاد رفتارهای پرخطر مانند مصرف الکل، سیگار و مواد منجر شود (شاینها[9]، ۲۰۰۷). استفاده از یک راهبرد مناسب برای مقابله

۱ . Garnefski, Kraaij, Spinhoven
۲ . Trinidad, Unger, Chou, & Johnson
۳ . Fuller.Thomson, E. et al.

٤ .Vidal, S.I., Vandeleur C, Rothen, S., Gholam.Rezaee, M., Castelao, E
٥ . Burns
٦ . Lin
٧ . Solis, Shadur, Burns, and Hussong
٨ . Rosen, Morse, and Reynolds
٩ . Sinha R

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.7.6]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.38]

با پیامدهای فشار روانی می‌تواند اثرات آن را بر روی سلامت روان کاهش دهد و در نتیجه منجر به سازگاری فردی بهتر شود (والدراپ و رسیک[1]، ۲۰۰۴). پدران معتاد به علت مسئولیت‌پذیری پایین در مشارکت کردن برای تربیت فرزندان‌شان و نقش پدری غیر فعال، آنان در آموزش شیوه‌های حل‌مسئله به فرزندان خود در موقعیتهای که فرزندانشان با مشکل یا مسئله‌ای مواجه می‌شوند، موفق نیستند. این عوامل باعث می‌شود فرزندان نیز در حل مشکلات خود در موقعیتهای استرس‌زا موفق نباشند (برون،[2] ۲۰۰۶).

بنابراین پژوهش حاضر به بررسی مقایسه نظم‌جویی شناختی هیجان، سلامت عمومی، شیوه حل‌مسئله و عملکرد تحصیلی در دختران نوجوان والدین معتاد و والدین غیرمعتاد پرداخته است.

روش

این پژوهش از نوع علّی- مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان متوسطه دختر ناحیه ۳ کرج که والدین معتاد و غیرمعتاد داشتند و در سال ۹۳- ۹۲ مشغول به تحصیل بودند، تشکیل می‌داد. از طریق نمونه‌گیری تصادفی ۵ مدرسه انتخاب شد، کلیه دانش‌آموزان ۵ مدرسه پرسشنامه محقق ساخته را که راجع به اعتیاد والدین بود پر کردند. از طریق پرسشنامه مشخص شد ۶۰ دانش‌آموز والدین‌شان معتاد بودند و به نسبت آن ۶۰ دانش‌آموز که والدین غیرمعتاد داشتند، انتخاب شدند و بر اساس جنس، سن و دوره تحصیلی دو گروه با هم همتاسازی شد. ملاک ورود به این پژوهش داشتن حداقل یک والدین معتاد، دانش‌آموزان دوره متوسطه و جنسیت دختر بود.

ابزار

۱- *پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان*: این پرسشنامه توسط گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون در سال ۲۰۰۱ تدوین شده است. این پرسشنامه چند بعدی است، برای شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی استفاده می‌شود و افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است و برای افراد بالای ۱۲ سال قابل اجرا است. این پرسشنامه ۹ خرده مقیاس (ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران) را ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات از ۱ تا ۵ است. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی می‌باشد (کارنفسکی، کرایج، اسپاین هاون، ۲۰۰۲). نسخه فارسی این پرسشنامه توسط حسنی (۱۳۹۰) هنجاریابی شده است که اعتبار مقیاس بر اساس روش‌های همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲) و بازآزمایی (با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) و روایی آن از طریق تحلیل مولفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها (با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و روایی ملاکی، مطلوب گزارش شده است (حسنی، ۲۰۱۱).

۲- *پرسشنامه سلامت عمومی*[3]: این پرسشنامه ۲۸ سوالی است که توسط گلبرگ و هیلیر[4] (۱۹۷۹) ساخته شده، که شامل چهار خرده مقیاس ۷ سوالی (علایم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی) است. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت لیکرت است که براساس این شیوه هر یک از سوال‌های ۴ درجه‌ای به صورت ۰،۱،۲،۳ نمره‌گذاری می‌شود. درنتیجه دامنه نمره‌ی فرد از صفر تا ۸۴ خواهد بود. سوالات ۱ تا ۷ مشکلات جسمانی، ۷ سوال دوم یعنی از ۸ تا ۱۴ اضطراب، سوالات ۱۵ تا ۲۱ اختلال در کارکرد اجتماعی و سوالات ۲۲ تا ۳۳ افسردگی را می‌سنجند. (ابوالقاسمی، ۱۳۸۵) پژوهشی با عنوان روایی‌یابی پرسشنامه سلامت عمومی در دانشجویان دختر و پسر دوره کارشناسی دانشگاه تربیت معلم سال ۱۳۷۵ با ۵۷۱ نفر انجام شد. اعتبار آنها با روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس-

۱ . Waldrop, Resick

۲ . Brown

۳ . General Health Questionnaire

۴ . Goldberg & Hillier

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.7.6]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.38]

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.7.6]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.38]

های علائم جسمانی ۰/۷۹، افسردگی ۰/۹۱ گزارش شد (هومن، ۱۳۷۷).

۳- *پرسشنامه حل‌مسئله*: این پرسشنامه توسط هینر و پترسون[۱] (۱۹۸۲) ساخته شده است. این پرسشنامه به منظور اندازه‌گیری درک پاسخ دهنده از رفتارهای حل‌مسئله، خود تهیه شده است و دارای ۳۵ ماده و سه مؤلفة اعتماد به حل مسائل، سبک گرایش-اجتناب و کنترل شخصی است. این پرسشنامه دارای شش سطح مقیاس لیکرت با کاملاً موافقم ۱ تا کاملا مخالفم ۶ است. همسانی درونی برای کل پرسشنامه۰/۹۰ و برای زیر مقیاس‌های اعتماد به حل مسئله ۰/۸۵، سبک گرایش-اجتناب ۰/۸۴ و کنترل شخصی ۰/۷۲ به دست آمده است. آلفای کرونباخ در تحقیق خسروی، درویزه و رفعتی(۱۳۷۷) ۰/۸۶ و در تحقیق بذل(۱۳۸۳) ۰/۶۶ گزارش شده‌است.

۴-عملکرد تحصیلی: عملکرد تحصیلی از طریق معدل دروس پایان ترم دانش آموزان سنجیده شد.

یافته‌ها

تعداد شرکت کننده در این پژوهش ۱۲۰ نفر بودند که از این تعداد، ۶۰ دانش‌آموز والدین‌شان معتاد و ۶۰ دانش‌آموز والدین-شان غیرمعتاد بودند. از این ۶۰ نفر در هر گروه ۱۵ نفر کلاس اول، ۱۵ نفر کلاس دوم، ۱۵ نفر کلاس سوم و ۱۵ نفر کلاس چهارم بودند، که هر دو گروه مورد همتاسازی قرار گرفته بودند.

جدول شماره ۱ عملکرد تحصیلی نوجوانان دو گروه والدین معتاد و غیرمعتاد را نشان می‌دهد. آزمون t-test مستقل برای مقایسه معدل تحصیلی در دو گروه نوجوانان والدین معتاد و غیرمعتاد انجام شد و مشخص شد تفاوت معنی‌داری بین معدل تحصیلی نوجوانان والدین معتاد (SD= ۲/۷۳، M=۱۵/۳۴) و معدل تحصیلی نوجوانان والدین غیرمعتاد (SD= ۲/۴۶، M= ۱۶/۹۳) وجود دارد و این تفاوت (p=۰/۰۰۱،df=۱۱۸، t=۳/۳۵) معنی‌دار است و میانگین بدست آمده نشان می‌دهد که معدل نوجوانان والدین معتاد کمتر از والدین غیرمعتاد است.

جدول شماره ۲ مقایسه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان دو گروه را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج آزمون باکس مقدار به دست آمده p=۰/۰۹ بزرگتر از ۰/۰۰۱ است، که از مفروضه یکسانی ماتریس واریانس-کوواریانس تخطی نکرده است. از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین نوجوانان والدین معتاد و غیرمعتاد در متغیرهای وابسته ترکیبی وجود داشت (F(۱۱۰،۹)= ۴/۸۵ ، p= ۰/۰۰۱، ۰/۷۱۶=لامبدای ویلکز، ۰/۲۸۴=مجذور اتای تفکیکی) با استفاده از سطح آلفای تعدیل شده بن‌فرونی (۰/۰۰۶) ملامت دیگران، دیدگاه‌گیری، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی در دو گروه نوجوانان تفاوت وجود داشت که با توجه به میانگین به دست آمده، نوجوانان والدین غیرمعتاد در سه راهبرد دیدگاه‌گیری، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی نمره‌ی بیشتری نسبت به نوجوانان والدین معتاد کسب کرده‌اند و نوجوانان والدین معتاد در راهبرد ملامت دیگران نسبت به نوجوانان والدین غیرمعتاد نمره بیشتر کسب کرده بودند.

جدول ۳ مقایسه گروه‌ها در سلامت عمومی را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج آزمون باکس مقدار به دست آمده p=۰/۷۰ بزرگتر از ۰/۰۰۱ است، که از مفروضه یکسانی ماتریس واریانس-کوواریانس تخطی نکرده است.

۱ . Heppner and Peterson

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.7.6]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.38]

جدول شماره ۱. عملکرد تحصیلی نوجوانان دو گروه والدین معتاد و غیرمعتاد

گروه	میانگین	انحراف	t-test	سطح معنی داری
فرزندان والدین غیرمعتاد	۱۶/۹۳۶۵	۲/۴۶۵	۵/۳۵۰	۰/۰۰۱
فرزندان والدین معتاد	۱۵/۳۴۴۵	۲/۷۳۳		

جدول شماره ۲. میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل‌های واریانس یک راهه برای مقایسه گروه ها در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان

متغیر	گروه	میانگین	انحراف	F	سطح معنی داری	مجذور اوتا
ملامت خود	فرزندان والدین غیرمعتاد	۹/۳۰	۲/۲۸	۲/۰۸	۰/۱۵۲	۰/۰۱۷
	فرزندان والدین معتاد	۸/۶۲	۲/۸۷			
پذیرش	فرزندان والدین غیرمعتاد	۹/۳۸	۲/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۹۷۳	۰/۰۰۱
	فرزندان والدین معتاد	۹/۳۷	۲/۷۲			
نشخوار فکری	فرزندان والدین غیرمعتاد	۱۱/۶۲	۲/۸۹	۰/۰۰۴	۰/۹۴۹	۰/۰۰۱
	فرزندان والدین معتاد	۱۱/۵۸	۲/۸۱			
تمرکز مجدد مثبت	فرزندان والدین غیرمعتاد	۱۲/۳۵	۲/۵۵	۱۱/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۰۸۸
	فرزندان والدین معتاد	۱۰/۸۵	۲/۳۰			
برنامه ریزی	فرزندان والدین غیرمعتاد	۱۴/۱۷	۲/۲۱	۲۳/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۱۶۹
	فرزندان والدین معتاد	۱۲/۰۷	۲/۴۸			
ارزیابی مجدد مثبت	فرزندان والدین غیرمعتاد	۱۲/۱۵	۲/۶۶	۱۴/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۱۱۰
	فرزندان والدین معتاد	۱۰/۳۲	۲/۶۰			
دیدگاه گیری	فرزندان والدین غیرمعتاد	۱۲/۴۲	۲/۸۷	۹/۷۲	۰/۰۰۲	۰/۰۷۶
	فرزندان والدین معتاد	۱۰/۶۸	۳/۲۰			
فاجعه آمیزی	فرزندان والدین غیرمعتاد	۱۰/۱۳	۲/۳۰	۰/۷۴۴	۰/۳۹۰	۰/۰۰۶
	فرزندان والدین معتاد	۹/۷۷	۲/۳۵			
ملامت دیگران	فرزندان والدین غیرمعتاد	۷/۵۳	۱/۸۷	۱۰/۴۹	۰/۰۰۲	۰/۰۸۲
	فرزندان والدین معتاد	۸/۸۷	۲/۵۸			

جدول شماره۳. میانگین، انحراف استاندارد، نتایج تحلیل های واریانس یک راهه برای مقایسه گروه ها در سلامت عمومی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف	F	سطح معنی داری	مجذور اوتا
جسمانی	فرزندان والدین غیرمعتاد	۵/۴۲	۲/۲۹	۱۱/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۰۹۰
	فرزندان والدین معتاد	۶/۹۲	۲/۵۱			
اضطراب	فرزندان والدین غیرمعتاد	۵/۹۸	۲/۸۴	۱۴/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۱۰۸
	فرزندان والدین معتاد	۸/۰۲	۳/۰۶			
اجتماعی	فرزندان والدین غیرمعتاد	۸/۷۰	۲/۱۵	۶/۴۷	۰/۰۱۲	۰/۰۵۲
	فرزندان والدین معتاد	۷/۷۰	۲/۱۵			
افسردگی	فرزندان والدین غیرمعتاد	۴/۶۰	۲/۵۹	۱۴/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۱۱۲
	فرزندان والدین معتاد	۶/۵۲	۲/۹۲			

جدول شماره ۴. میانگین، انحراف استاندارد، نتایج تحلیل های واریانس یک راهه برای مقایسه گروه ها در شیوه حل مسئله

متغیر	گروه	میانگین	انحراف	F	سطح معنی داری	مجذور اوتا
اجتنابی	فرزندان والدین غیرمعتاد	۴۷/۹۷	۵/۵۱	۳۷/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۲۴۰
	فرزندان والدین معتاد	۵۵/۷۰	۸/۱۲			
اعتماد	فرزندان والدین غیرمعتاد	۳۵/۶۸	۶/۰۲	۰/۴۲۲	۰/۵۲	۰/۰۰۴
	فرزندان والدین معتاد	۳۶/۴۸	۷/۴۰			
شخصی	فرزندان والدین غیرمعتاد	۱۴/۶۲	۳/۱۰	۵۲/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰۹
	فرزندان والدین معتاد	۱۰/۵۸	۲/۹۷			

از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین نوجوانان والدین معتاد و غیرمعتاد در متغیرهای وابسته ترکیبی وجود داشت (F(۴،۱۱۵)=۵/۴۸، P<۰/۰۰۱، ۰/۸۴۰=لامبدای‌ویلکز، ۰/۱۶۰ =مجذور اتای تفکیکی) با استفاده از سطح آلفای تعدیل شده بن‌فرونی (۰/۰۱۳) در بعد اجتماعی، جسمانی، اضطراب و افسردگی در دو گروه نوجوانان تفاوت وجود داشت که با توجه به میانگین به دست آمده نوجوانان والدین غیرمعتاد در زمینه‌ی اجتماعی نمره بیشتر نسبت به نوجوانان والدین معتاد کسب کرده‌اند و نوجوانان والدین معتاد در زمینه‌ی جسمانی، اضطراب و افسردگی نسبت به نوجوانان والدین غیرمعتاد نمره بیشتر کسب کردند.

جدول شماره ۴ مقایسه گروه‌ها در شیوه‌ی حل مسئله را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج آزمون باکس مقدار به دست آمده p=۰/۰۲ بزرگتر از ۰/۰۰۱ است، که از مفروضه یکسانی ماتریس واریانس-کوواریانس تخطی نکرده است. از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین نوجوانان والدین معتاد و غیرمعتاد در متغیرهای وابسته ترکیبی وجود داشت (F(۱۱۶،۳)=۲۶/۵۵ ، P<۰/۰۰۱، ۰/۶۰=لامبدای ویلکز، ۰/۴۱ =مجذور اتای تفکیکی) با استفاده از سطح آلفای تعدیل شده بن‌فرونی (۰/۰۱۷) در شیوه اجتنابی و کنترل شخصی در دو گروه نوجوانان تفاوت وجود داشت، که با توجه به میانگین به دست آمده، نوجوانان والدین غیرمعتاد در زمینه‌ی کنترل شخصی نمره بیشتری نسبت به نوجوانان والدین معتاد کسب کرده‌اند و نوجوانان والدین معتاد نسبت به نوجوانان والدین غیرمعتاد در زمینه‌ی اجتنابی نمره‌ی بیشتر کسب کردند. اما از نظر اعتماد بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری

اعتیاد بیش از آنچه که به فرد آسیب بزند موجب بر هم خوردن سبک زندگی و مشکلاتی برای اطرافیان شخص معتاد می‌شود و پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی زیادی را برای آنها به همراه خواهد داشت. در این میان فرزندان معتادان با دشواری‌ها و آسیب‌های روانی زیادی روبرو می‌شوند. والدین معتاد فرصت‌هایی برای غنی‌سازی محیط فرزندان‌شان ایجاد نمی‌کنند و فرزندان شان در معرض انواع فشارهای روانی و اقتصادی هستند. هدف این پژوهش مقایسه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، سلامت عمومی، شیوه حل مسئله و عملکرد تحصیلی دو گروه نوجوانان دختر والدین معتاد و غیرمعتاد بود. نتایج این پژوهش نشان داد دانش‌آموزانی که والدین شان معتاد هستند در راهبرد ملامت دیگران و دانش‌آموزان والدین غیرمعتاد در سه راهبرد دیدگاه-گیری، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نمره بیشتر کسب کردند. یعنی؛ نوجوانان والدین معتاد از راهبرد ناسازگارانه در مواجهه با حوادث استفاده می‌کنند و نوجوانان والدین غیرمعتاد از راهبرد سازگارانه استفاده می‌کنند. افرادی که از راهبردهای شناختی ضعیف مانند نشخوارفکری، فاجعه‌سازی و ملامت خویش استفاده می‌کنند، نسبت به سایر افراد، در برابر مشکلات هیجانی، آسیب‌پذیرتر هستند نقص در تنظیم هیجانی افراد با بسیاری از

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.7.6]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.38]

متغیرها ازجمله فرزند پروری ناسالم، کودک آزاری، کاهش پاسخ هیجانی مثبت، افزایش واکنش‌های هیجانی به محرک‌های مهیج، اضطراب و اندوه بالا و تجربه هیجان منفی بیشتر توسط والدین ارتباط دارد (هاین، کوهن، کالدیرا، فلام و وازرمن[۱]، ۲۰۱۰).

نتایج پژوهش نشان داد که از میان شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر نوجوانان والدین معتاد از راهبرد ملامت بیشتر استفاده کردند و بیشتر اضطراب و افسردگی داشتند. همچنین نوجوانان والدین غیرمعتاد در زمینه‌ی اجتماعی و نوجوانان والدین معتاد در زمینه-ی جسمانی، اضطراب و افسردگی از فاکتورهای سلامت عمومی نمره‌ی بیشتر کسب کرده بودند. خانواده، تعیین کننده سلامتی و بیماری اعضای خود است و والدین در شکل‌گیری شخصیت فرزندان، رشد افکار فرزندان یا انحراف فرزندان نقش مهمی دارند. بنابراین، در صورتی که والدین دچار وابستگی یا سوء مصرف مواد شوند فرزندان شان نیز از لحاظ سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آسیب‌پذیر می‌شوند. از همین رو کودکان و نوجوانانی که والدین معتاد دارند از آسیب پذیرترین گروه‌ها به حساب می‌آیند. به طور کلی اعتیاد والدین منجر به کاهش سلامت روان و افزایش اختلالات روانی فرزندان می‌شود (کاپلدی ۲۰۰۸، بارنو و همکاران، ۲۰۰۳، داو[۲] و همکاران، ۲۰۰۰، به نقل از آهنی، ۱۳۸۸). مصرف مواد بر خُلق فرد تاثیر می‌گذارد و افسردگی، اضطراب و بدبینی را افزایش می‌دهد. با توجه به نتایج مشخص شد که فرزندان والدین معتاد از راهبرد تنظیم هیجان ناسازگار استفاده می‌کنند که خود این مسئله تشدید کننده مشکلات سلامت است. همچنین راهبرد تنظیم هیجان ناسازگار نقش مهمی در توسعه و نگهداری از آسیب شناسی روانی بازی می‌کند (اشرایبر، گرنت و ادلوگ،[۳] ۲۰۱۲).

یافته‌های این پژوهش نشان داد نوجوانان والدین غیرمعتاد در زمینه‌ی کنترل شخصی و نوجوانان والدین معتاد در زمینه‌ی اجتنابی که از ابعاد شیوه‌ی حل مسئله هستند، نمره بیشتر کسب کرده بودند. فرزندان معتادان به دلیل شرایط زندگی‌شان در انتخاب شیوه مناسب حل‌مسئله مشکل دارند و بدلیل غیر قابل کنترل و پیش‌بینی بودن شرایط زندگی‌شان به تدریج از شیوه اجتنابی در برخورد با مشکل استفاده می‌کنند. افراد به جای مقابله رو در رو با مشکلات و برنامه‌ریزی برای حل مسئله و در نظر گرفتن راه‌حل‌های متنوع برای حل مشکلات به رفتارهای خطرسازی رو می‌آورند که گاه آسیب‌ها و مشکلات بیشتری را برای‌شان ایجاد می‌کند و در واقع در مواجهه با مشکلات به سبک‌های اجتناب که در آن فرد تمایل دارد به جای مقابله با مشکلات از کنار آنها رد شود رو می‌آورند. حل‌مسئله به شیوه نامطلوب می‌تواند منجر به افزایش مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، ناامیدی و خودکشی شود (بکر ویدمن[۴] و همکاران،۲۰۱۰). افراد معتاد در حل مسئله نسبت به غیرمعتادان ضعیف‌تر عمل می‌کنند و فرزندان نیز با توجه به الگوپذیری از والدین به همین شیوه عمل می‌کنند (محققی، امیری، موسوی ریزی و شفیع‌خانی، ۲۰۱۵). شیوه‌های حل‌مسئله نامناسب و غیرسازنده پیش‌بینی کننده رفتارهای پرخطر است (بال[۵]، ۲۰۰۵). والدین معتاد به علت بی‌ثباتی در روش‌های فرزندپروری باعث ضعف مهارت‌های اجتماعی به ویژه مهارت حل‌مسئله فرزندان‌شان می‌شوند (تایلر و ملاندر[۶]، ۲۰۱۲). همچنین والدین معتاد به دلیل حمایت نکردن و نداشتن ارتباط کافی با فرزندان‌شان باعث می شوند که نوجوانان به سختی با مشکلات‌شان کنار بیایند و خودشان را افرادی ناامید، درمانده و بی‌ارزش در نظر بگیرند (نیومن، هاریسون، داشیف ودیویس، [۷]۲۰۰۸). این مسئله باعث می‌شود در مواجهه با مشکل به شکل اجتنابی عمل کنند و به دنبال حل مشکل نباشند. بنابراین آموزش مهارت حل‌مسئله برای این افراد نیاز هست که باعث بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان از طریق افزایش نگرش مثبت به حل مسأله و ترویج تغییرات

۱ . Hien, Cohen Caldeira, Flom, Wasserman
۲ . Capaldi, Barnow, . Dawe
۳ . Schreiber, Grant and Odlaug
٤ . Becker.Weidman
٥ . Ball
٦ . Tyler, Melander
٧ . Newman, Harrison, Dashiff, Davies

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.7.6]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.38]

مثبت در عملکرد مقابله‌ای می‌شود (چیناوه[1]، ۲۰۱۰). همچنین آموزش مهارت حل‌مسئله باعث افزایش قدرت تصمیم‌گیری، خودگردانی و مسئولیت‌پذیری در چنین دانش‌آموزان می‌گردد (لازاکیدو و ریتالیس[2]، ۲۰۱۰).

با توجه به نتایج این پژوهش نوجوانان والدین معتاد عملکرد تحصیلی ضعیف‌تری نسبت به غیرمعتاد داشتند. در تبین این نتیجه می‌توان گفت دانش‌آموزانی که والدین معتاد دارند به دلیل شرایط خانوادگی پراسترس و بی‌توجهی والدین نسبت به تامین نیازها و بعد آموزشی فرزندان‌شان باعث افت عملکرد تحصیلی می‌شوند. همچنین شاخص هایی که در این پژوهش بررسی شدند (راهبرد شناختی هیجان، سلامت و شیوه حل‌مسئله) نیز در عملکرد تحصیلی دانش آموزان تاثیر دارد. بنابراین والدین معتاد به دلیل شیوه فرزندپروری ناایمن، اختلافات زناشویی، بی‌ثباتی در نظارت فرزندان، تنظیم هیجانی ضعیف و نرخ بالا اضطراب، افسردگی و مشکلات رفتاری، باعث مشکلات تحصیلی، مشکلات سلامت جسمی و روانی و مشکل در استفاده از روش‌های مناسب حل‌مسئله در مواجهه با مسائل زندگی فرزندان‌شان می‌شوند.

این پژوهش با پژوهش تایلر و ملاندر (۲۰۱۲) همسو است. آنها علت افت تحصیلی فرزندان والدین معتاد را به دلیل محرومیت فرزندان از توجه عاطفی و تماس‌های عاشقانه فیزیکی و نظارت والدین می‌دانند. این بچه‌ها نه تنها محرومیت‌های عاطفی دارند بلکه در معرض انواع سوء استفاده‌های رفتاری، عاطفی و ... قرار می‌گیرند. موارد یاد شده افت تحصیلی و رفتارهای ضد اجتماعی را موجب می‌شود و در معرض ابتلا به افسردگی، اختلالات اضطرابی، بیماری‌های جسمی، ترک تحصیل، سوء مصرف مواد و مشکلات قانونی قرار می‌گیرند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر همکاری نکردن دانش‌آموزان در بیان اعتیاد والدین بود. از طریق پرسشنامه‌ای که این عامل را می‌سنجید، به شکل محرمانه و در پاکتی گذاشته شد و اطمینان داده شد که غیر از محقق کسی متوجه این مسئله نخواهد شد اما مطمناً تعداد زیادی از دانش‌آموزان از بیان آن خودداری کرده‌اند. از طرفی، با توجه به نتایج پژوهش که نشان دهنده آسیب‌های روانی، هیجانی، اجتماعی و تحصیلی است پیشنهاد می‌گردد که در درجه اول، نوجوانان در معرض خطر، شناسایی شوند تا اقدامات پیشگیرانه (قبل از ابتلا به اختلالات روانی، رفتاری، افت تحصیلی، ترک تحصیل و...) برای آنها انجام شود. دوم، منابع حمایت اجتماعی خارج از بافت خانواده مانند دوستان، اقوام، مراقبین سلامت و مشاورین مدارس مهیا شود. سوم، در جهت کمک به درمان والدین معتاد اقدام شود. چهارم، کلاس‌هایی برای فرزندان والدین معتاد در زمینه‌های (مدیریت استرس، آموزش مهارت‌های زندگی، مهارت‌های سازگاری مناسب در موقعیت‌های جدید و آموزش حل‌مسئله، تنظیم هیجانی و افزایش خود کارآمدی) در نظر گرفته شود و پنجم، برای افراد دچار مشکل، خدمات رایگان درمانی ارائه گردد.

منابع

Ahani, R. (۲۰۰۹). *Assessment of behavioral problems in children of drug users.* . (Master's thesis in clinical psychology), Tarbiat Moallem University of Tehran.

Arria, A.M., Mericle, A.A., Meyers, K., & Winters, K.C. (۲۰۱۲). Parental substance use impairment, parenting and substance use disorder risk. *Journal of Substance Abuse Treatment*, ٤٣(۱), ۱۱٤-۱۲۲.

Arria, A.M., Mericle, A.A., Rallo, D., Moe, J., White, W.L., Winters, K.C., & O'Connor, G. (۲۰۱۳). Integration of parenting skills education and interventions in addiction treatment. *Journal of addiction medicine*, ۷(۱), ۱-۷.

Ball, S.A. (۲۰۰۵). Personality traits, problems, and disorders: Clinical applications to substance use disorders. *Journal of Research in Personality*, ۳۹(۱), ۸٤-۱۰۲. Becker-Weidman, E.G., Jacobs, R.H., Reinecke, M.A., Silva, S.G., & March, J.S. (۲۰۱۰). Social problem-solving among adolescents treated for depression. *Behaviour Research and Therapy*, ٤۸(۱), ۱۱-۱۸.

Bröning, S., Wiedow, A., Wartberg, L., Ruths, S., Haevelmann, A., Kindermann, S.-S., . . .

۱ . Chinaveh
۲ . Lazakidou ,Retalis

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.7.6]
[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.38]

Hasani, J., Tajodini, E., Ghaedniyaie-Jahromi, A., & Farmani-Shahreza, S. (۲۰۱٤). The assessments of cognitive emotion regulation strategies and emotional schemas in spouses of people with substance abuse and spouses of normal people. *Journal of Clinical Psychology*, ٦(۱), ۹۱-۱۰۱.

Haug, S., Núñez, C.L., Becker, J., Gmel, G., & Schaub, M.P. (۲۰۱٤). Predictors of onset of cannabis and other drug use in male young adults: Results from a longitudinal study. *BMC Public Health*, ۱٤(۱), ۱۲۰۲.

Hien, D., Cohen, L.R., Caldeira, N.A., Flom, P., & Wasserman, G. (۲۰۱۰). Depression and anger as risk factors underlying the relationship between maternal substance involvement and child abuse potential. *Child Abuse & Neglect*, ۳٤(۲), ۱۰۵-۱۱۳.

Hooman, A. (۱۹۸۸). *Standardization of general health questionnaire*. tehran: Tehran University Publications.

Jalalvand, M., Mohammadi, N., & Molazade, J. (۲۰۱٤). Study of effectiveness emotion regulation skills based on gross model with craving, attentional bias in substance in dependent individuals. *rph*, ۸(۲), ۱-۱۰.

Lazakidou, G., & Retalis, S. (۲۰۱۰). Using computer supported collaborative learning strategies for helping students acquire self-regulated problem-solving skills in mathematics. *Computers & Education*, ٥٤(۱), ۳-۱۳.

Lin, Y.-R., Shiah, I.S., Chang, Y.-C., Lai, T.-J., Wang, K.-Y., & Chou, K.-R. (۲۰۰٤). Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students' assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Education Today*, ۲٤(۸), ٦٥٦-٦٦٥.

Luthar, S.S., & Suchman, N.E. (۲۰۰۰). Relational psychotherapy mothers' group: A developmentally informed intervention for at-risk mothers. *Development and Psychopathology*, ۱۲(۲), ۲۳٥-۲٥۳.

Mashhadi, A., Mir Doroghi, F., & Hasani, J. (۲۰۱۱). The role of cognitive emotion regulation strategies in internalizing disorders of children. *JCP*, ۳(۳), ۲۹-۳۹.

Mohagheghi, A., Amiri, S., Mousavi Rizi, S., & Safikhanlou, S. (۲۰۱٥). Emotional intelligence components in alcohol dependent and mentally

Thomasius, R. (۲۰۱۲). Targeting children of substance-using parents with the community-based group intervention trampoline: A randomised controlled trial - design, evaluation, recruitment issues. *BMC Public Health*, ۱۲(۱), ۲۲۳.

Brown, E.J. (۲۰۰٦). Good mother, bad mother: Perception of mothering by rural african-american women who use cocaine. *Journal of Addictions Nursing*, ۱۷(۱), ۲۱-۳۱.

Burns, A.R., Solis, J.M., Shadur, J.M., & Hussong, A.M. (۲۰۱۳). Comparing psychiatric symptoms among children of substance-abusing parents with different treatment histories. *Vulnerable Children and Youth Studies*, ۸(۳), ۲٥۸-۲۷۱.

Chinaveh, M. (۲۰۱۰). Training problem-solving to enhance quality of life: Implication towards diverse learners. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, ۷, ۳۰۲-۳۱۰.

Doran, N., McChargue, D., & Cohen, L. (۲۰۰۷). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, ۳۲(۱), ۹۰-۹۸.

Fuller-Thomson, E., B. Katz, R., T. Phan, V., P.M. Liddycoat, J., & Brennenstuhl, S. (۲۰۱۳). The long arm of parental addictions: The association with adult children's depression in a population-based study. *Psychiatry Research*, ۲۱۰(۱), ۹٥-۱۰۱.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (۲۰۰۲). Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire: A questionnaire measuring cognitive coping strategies *Leiderdorp: The Netherlands: DATEC.*

Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & van den Kommer, T. (۲۰۰٤). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, ۳٦(۲), ۲٦۷-۲۷٦.

Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (۲۰۰۲). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European journal of personality*, ۱٦(٥), ٤۰۳-٤۲۰.

Hasani, J. (۲۰۱۱). The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire [cerq]. *J Clin Psychol*, ۲(۳), ۷۳-۸۳.

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.7.6]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.38]

controlled high-risk study. *European Addiction Research*, ۱۸(۵), ۲۵۳-۲٦٤.

Waldrop, A.E., & Resick, P.A. (۲۰۰٤). Coping among adult female victims of domestic violence. *Journal of Family Violence*, ۱۹(۵), ۲۹۱-۳۰۲

healthy individuals. *The Scientific World Journal*, ۲۰۱۵, ٦.

Myher, S.K., Murphy, J.W., Siyaguna, T., Saxton, B.T., & Rokke, P.D. (۲۰۱۳). Individual differences, attentional contorol and the influence of arousal during positive affect *Poster presented at the* ۲۵. *Annual Cnvention of the Association for Psychological Science*. Washington, D.C.

Newman, K., Harrison, L., Dashiff, C., & Davies, S. (۲۰۰۸). Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: An integrative literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, ۱٦, ۱٤۲-۱۵۰.

Rosen, D., Morse, J.Q., & Reynolds Iii, C.F. (۲۰۱۱). Adapting problem-solving therapy for depressed older adults in methadone maintenance treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, ٤۰(۲), ۱۳۲-۱٤۱.

Schreiber, L.R.N., Grant, J.E., & Odlaug, B.L. (۲۰۱۲). Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal of Psychiatric Research*, ٤٦(۵), ٦۵۱-٦۵۸.

Sinha, R. (۲۰۰۷). The role of stress in addiction relapse. *Current Psychiatry Reports*, ۹(۵), ۳۸۸-۳۹۵.

Solis, J.M., Shadur, J.M., Burns, A.R., & Hussong, A.M. (۲۰۱۲). Understanding the diverse needs of children whose parents abuse substances. *Current drug abuse reviews*, ۵(۲), ۱۳۵-۱٤۷.

Trinidad, D.R., & Johnson, C.A. (۲۰۰۲). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, ۳۲(۱), ۹۵-۱۰۵.

Trinidad, D.R., Unger, J.B., Chou, C.-P., & Anderson Johnson, C. (۲۰۰٤). The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. *Personality and Individual Differences*, ۳٦(٤), ۹٤۵-۹۵٤.

Tyler, K.A., & Melander, L.A. (۲۰۱۲). Poor parenting and antisocial behavior among homeless young adults: Links to dating violence perpetration and victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, ۲۷(۷), ۱۳۵۷-۱۳۷۳.

Vidal, S.I., Vandeleur, C., Rothen, S., Gholam-Rezaee, M., Castelao, E., Halfon, O., . . . Preisig, M. (۲۰۱۲). Risk of mental disorders in children of parents with alcohol or heroin dependence: A

[Downloaded from c4i2016.khu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1395.10.3.7.6]

[DOI: 10.18869/acadpub.rph.10.3.38]