

بررسی رابطه میان سبک‌های مقابله با تنیدگی و سلامت روانی در معنادرین مراکز ترک اعتیاد استان گیلان با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۵/۳۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۴/۲۷

سید سعید پور نقاش تهرانی^۱

بهمن اکبری^۲

زهره تیموری^۳

چکیده:

مقدمه: مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین سبک‌های مقابله با تنیدگی و سلامت روانی در معنادرین مراکز ترک اعتیاد استان گیلان با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی صورت گرفته است. **روش:** روش پژوهش از نوع همبستگی بود. به این منظور، نمونه‌ای متشکل از ۲۵۱ خانواده معنادرین سرپایی (همسران و والدین) واحدهای خودمعرف و خصوصی استان گیلان با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. آزمودنیها به پرسشنامه‌های سبک‌های مقابله (روجر، جارویس و نجاریان، ۱۹۹۳) و سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۹) پاسخ دادند. داده‌ها از طریق ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری مورد تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** یافته‌ها حاکی از آن بود که بین سلامت روانی با راهبردهای مسئله مدار، هیجان مدار و انفصالی رابطه معنی‌داری وجود دارد، اما بین سلامت روانی با راهبرد اجتنابی رابطه معنی دار وجود ندارد. نتایج حاصل از رگرسیون چندمتغیری نشان داد که راهبرد مقابله مسئله مدار و هیجان مدار بیشترین سهم را در پیش بینی وضعیت سلامت روانی دارد. **نتیجه‌گیری:** سبک‌های مقابله‌ای یک عامل کلیدی در ارزیابی استرس و سلامت روانی افراد وابسته به مواد افیونی است که می‌توان با آموزش مهارت‌های زندگی و نیز راهبردهای مقابله‌ای مؤثر به خانواده‌های درگیر اعتیاد، گام مهمی در بهبود وضعیت سلامت روانی آنها برداشت.

^۱ دانشیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

^۲ نویسنده مسئول: استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، Bakbari44@yahoo.com

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه تهران و کارمند دانشگاه علوم پزشکی گیلان

واژه‌های کلیدی: تنیدگی، راهبردهای مقابله با تنیدگی، سلامت روانی.

Assessment of the Relationship Between Coping Styles with Stress and Mental Health based on Demographic Variables in Gilan's Drug Addiction Treatment Centers

Saeed Pournaghash Tehrani, Bahman Akbari, Zohreh Teymori

Abstract:

Introduction: The purpose of the present study was to assess the relation between coping strategies with stress and mental health in outpatient drug addicts.

Method: To do this, 251 individuals referring to self referral and private clinics in Gilan Province of Iran Participated in the study and answered the General Health Questionnaire (GHQ) and the Coping Strategy Questionnaire (C.S.Q).

Results: Descriptive and inferential analysis of the data revealed no significant relationship between mental health and avoidant-focused strategy whereas problem-focused and emotion-focused strategies were significantly related with it. Also, there was a significant relationship between mental health and problem-focused coping strategy with regard to demographic variables.

Conclusion: The relationship between mental health status and coping strategies with stress are discussed in the present article.

Keywords: Stress; Coping strategies with Stress; Mental Health; General Health.

مقدمه

مقوله استرس و راهبردهای مقابله با آن از جمله نخستین موضوعاتی است که در پنجاه سال اخیر به طور تجربی مورد کاوش قرار گرفته و همین امر باعث شده که تحقیقات متعدد و فراوانی در مورد چگونگی مقابله با آن صورت گیرد. نتایج بعضی تحقیقات نشان می‌دهد که روش‌ها یا راهبردهایی که افراد در پاسخ به محرک‌های تنش‌زای مربوط به زندگی نشان می‌دهند، نقش مهمی در احتمال قربانی شدن یا گرفتار آمدن آنها به آسیب روانی خانواده بر عهده دارند (ساعتچی، ۱۳۷۶). افرادی که برای کنترل مشکلات خود از راهبردهای مناسب استفاده می‌کنند، کمتر دچار آسیب روانی می‌شوند، در مقابل کسانی که از راهبردهای هیجانی یا اجتنابی استفاده می‌کنند بیشتر در معرض فرسودگی عاطفی، هیجانی و نگرشی (دگرسان یینی خود) قرار می‌گیرند (موس^۱، ۱۹۸۱؛ به نقل از ساعتچی، ۱۳۷۶).

راهبردهای مقابله با استرس در دو طبقه کلی تقسیم‌بندی می‌شوند، یکی از آنها راهبرد مقابله مسئله مدار (اداره کردن) است که به موجب آن افراد دقیقاً به رویداد استرس زا توجه می‌کنند و می‌کوشند اقدامات مؤثری انجام دهند، روش دیگر مقابله هیجان مدار (کم اثر کردن) است که به موجب آن افراد سعی می‌کنند واکنش هیجانی خود را ضعیف کنند. گفته می‌شود که راهبردهای مسئله مدار مؤثرتر عمل می‌کنند (کالات، ۲۰۰۵، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۶).

روان‌شناسان شناختی به ویژه لازاروس^۲ و همکارانش (۱۹۹۲) بر این باورند که فشارهای روانی به شناخت فرد از خود و محیط بستگی دارد. در این نظریه، فشار روانی هنگامی حاصل می‌شود که فرد دریابد شرایط طوری است که بر او فشار بیش از حد وارد می‌نماید و ممکن است سلامت روانی را در معرض خطر قرار دهد. بدیهی است که رویدادهای فشارزا در پیدایش بیماری نقش مهمی دارند، اما این نقش از تعامل آن با عوامل زیست شناختی (آمادگی برای آسیب پذیری در برابر برخی بیماری‌ها) حاصل می‌شود. هرگاه نخستین تلاش‌های آدمی برای مقابله با مسئله و مشکل به جایی نرسد، در آن صورت اضطراب وی بیشتر شده و تلاش‌های کم انعطاف می‌شود و راه‌حل‌های دیگر مسئله از نظرش دور می‌ماند (اتکینسون و هیلگارد، ۱۹۸۶، ترجمه براهنی و همکاران، ۱۳۷۶).

منابع متعدد فشار روانی در زندگی از حوادث جمعی گرفته تا تغییرات مهم زندگی شخص، مشکلات روزمره و نیز بسیاری از خواسته‌ها و انگیزه‌های متعارض درون فرد و دیگر وضعیت‌های پُرفشار، علاوه بر ایجاد واکنش‌های منفی نظیر اضطراب و خشم، دل‌سردی و نیز بروز اختلالات روان‌تنی^۳ می‌توانند عاملی برای روی آوردن به رفتارهای بهداشتی منفی نظیر سوء مصرف الکل، سیگار و سایر مواد باشند (اتکینسون و همکاران، ۲۰۰۳، ترجمه رفیعی و همکاران، ۱۳۸۲).

مطالعات بر روی خانواده‌های معتادین نشان داده که پدران معتادین به مواد مخدر غالباً دارای رفتارهای اجتنابی، معمولاً غایب و با خلاء عاطفی با فرزندان خویش توصیف می‌شوند و دارای

¹ Mose

² Lazarus et all

³ psychosomatic

رفتارهای انفعالی می‌باشند، در حالیکه مادران آنها دارای رفتارهای مبالغه آمیز فعال و پرتحرک، با گذشت و با نشانه‌های چسبندگی انگلی تشریح شده‌اند و در تمامی مطالعات و تحقیقات که در این مورد صورت گرفته، اعتیاد به مواد مخدر غالباً به عنوان ایجاد توازن کاربردی در راستای استحکام روابط زناشویی تلقی گردیده است. نظر غالب بیانگر این مطلب بود که اعتیاد یک وسیله تنظیم کننده هموستاتیک در زندگی زناشویی والدین است که زن و شوهر را از توجه به مشکلات خویش باز می‌دارد.

استانتون^۱ (۲۰۰۰) نشان داده است که در خانواده والدین معتاد، بیشتر حالت‌های انزواجویی وجود دارد تا پرخاشگری و عصبانیت؛ یعنی سبک مقابله با فشارهای روانی در این افراد بیشتر اجتنابی است تا هیجانی. او معتقد بود که در خانواده افراد معتاد نوعی پردازش ناکافی در مورد موضوع جدایی والدین قابل مشاهده است که آفریننده عوامل دردناک می‌باشد (پیرمردی، ۱۳۷۹).

بین مصرف مواد و بهداشت روانی، انواع اختلالات و ناسازگاری‌ها رابطه وجود دارد. استرس به عنوان یکی از علل گرایش به مصرف مواد مخدر است (کیان پور، ۱۳۸۱)، سوء استفاده از الکل و حبشش بر روی سازگاری به خصوص سازگاری اجتماعی و روانی تأثیر می‌گذارد (لیراد و وردوکس^۲، ۲۰۰۰) و بیشتر معتادین نگرش ناسالمی نسبت به خود دارند (طوفانی و جوان بخت، ۱۳۸۰).

با توجه به مطالب ذکر شده و افزایش ۹۰ درصدی میزان اعتیاد در ایران (وزارت بهداشت، ۱۳۸۱) که نشان می‌دهد هنوز برای شناخت علل گرایش به این معضل و شناخت راه‌های مؤثر درمانی تلاش زیادی باید صورت گیرد، این سؤال مطرح می‌شود که آیا بین راهبردهای مقابله با استرس و وضعیت سلامت روانی خانواده‌های معتادین رابطه وجود دارد یا خیر؟ و آیا بین عوامل جمعیت شناختی مانند سن، جنس، تحصیلات و طبقه اجتماعی - اقتصادی با راهبردهای مقابله با استرس و سلامت روانی رابطه وجود دارد یا خیر؟

روش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه خانواده‌های مراجعه کننده به واحدهای ترک اعتیاد خصوصی و خود معرف استان گیلان بود که به همراه فرزندان و همسران خود جهت ترک مواد مخدر رجوع کرده بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰۰ خانواده معتادین (همسران و والدین) بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

ابزار اندازه‌گیری شامل پرسشنامه‌های زیر بود:

¹ Stanton

² Liraud & Verdoux

پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی: پرسشنامه محقق ساخته بود که در آن ویژگی‌های جمعیت شناسی آزمودنی‌ها شامل سن، جنس، تحصیلات، طبقه اجتماعی، اقتصادی و وضعیت شغلی لحاظ شده است.

پرسشنامه راهبرد مقابله با استرس (C.S.Q¹): توسط روجر، جارویس، نجاریان (۱۹۹۳) در کشور انگلستان تهیه شد که فرم اولیه آنها دارای ۶۰ سؤال در طیف لیکرت بود که چهار راهبرد مسئله مدار، هیجانی، اجتنابی و انفصالی را می‌سنجد که پس از بررسی روان‌سنجی لازم تعداد سؤالات پرسشنامه توسط سازندگان آن به ۵۰ سوال تقلیل یافت. پاکنژاد (۱۳۷۳) این پرسشنامه را بر روی دانشجویان دانشگاه آزاد واحد شمال تهران اعتباریابی نمود و ضریب پایایی آن را ۰/۷۹ گزارش داد. در پژوهش حاضر، مجدداً پرسشنامه فوق بر روی خانواده‌های معتادین اعتباریابی شد که ضریب پایایی آن به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q²): این پرسشنامه که اولین بار توسط گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹) ساخته شد، شامل ۲۸ سؤال می‌باشد که در طیف لیکرت طراحی شده است. ۷ سؤال آن مشکلات جسمانی، ۷ سؤال اضطراب و اختلال خواب، ۷ سؤال دیگر اختلال در عملکرد اجتماعی و ۷ سؤال بعدی افسردگی را می‌سنجد. تقوی (۱۳۸۰) ضریب پایایی پرسشنامه مزبور را به سه روش بازآزمایی، تنصیف و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. همچنین، برای بررسی روایی پرسشنامه از سه روش محاسبه روایی همزمان، محاسبه همبستگی خرده‌آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده کرد که ضرایب همبستگی بین خرده‌آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۲ و ۰/۸۷ به دست آمد. لازم به ذکر است در پژوهش حاضر ضریب پایایی این پرسشنامه ۰/۸۴ به دست آمد.

یافته‌ها

جهت تحلیل داده‌ها، از آزمون معناداری همبستگی استفاده شد و همچنین جهت تعیین رابطه میان راهبردهای مقابله با استرس و سلامت روانی با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی از تحلیل رگرسیون به روش همزمان استفاده شده است.

اطلاعات مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد که میان راهبردهای مقابله مسئله مدار، هیجان مدار و انفصالی با وضعیت سلامت روانی ضریب همبستگی به ترتیب $r = -0/32$ ، $r = 0/498$ و $r = 0/135$ (در سطح معناداری $P < 0/05$ وجود دارد، اما بین راهبرد اجتنابی با سلامت روان همبستگی معناداری وجود ندارد).

¹ Coping Style Questionnaire

² General Health Questionnaire

جدول ۱- نتایج ضرایب همبستگی بین راهبردهای مقابله با استرس و سلامت روانی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
راهبرد مسئله مدار	۱				
راهبرد هیجان مدار	-.۳۲۶**	۱			
راهبرد اجتنابی	.۴۵۴**	.۱۲۸*	۱		
راهبرد انفصالی	.۰۹۰	.۲۰۴۵*	.۴۵۸**	۱	
سلامت روانی	.۳۲۸**	.۴۹۸**	-.۰۲۶	.۱۳۵*	۱

جهت بررسی دقیق‌تر و تعیین نقش این متغیرها در پیش‌بینی سلامت روان، روش آماری تحلیل رگرسیون چند متغیری مورد استفاده قرار گرفت. در این تحلیل، راهبردهای مقابله مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی و انفصالی به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین محسوب شده‌اند. خلاصه نتایج این تحلیل در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲- نتایج تحلیل رگرسیون متغیرها برای پیش‌بینی سلامت روانی

متغیر	R ²	F	P	B	انحراف استاندارد	β	t	P
مدل				۶۵/۲۴۳	۵/۰۶۸		۱۲/۸۷۴	۰/۰۰۰
راهبرد مسئله مدار	۰/۳۰۷	۲۶/۷۱۸*	۰/۰۰۰**	۰/۲۸۲	۰/۰۸۳	۰/۱۹۷	۴۱/۳	۰/۰۰۱
راهبرد هیجانی				۰/۶۱۴	۰/۰۸۶	۰/۴۲۰	۷/۱۳۵	۰/۰۰۰

بر اساس اطلاعات جدول، این متغیرها مدل پیش‌بینی مناسب و معناداری را شکل می‌دهند که ۳۰٪ تغییرات سلامت روانی را به حساب می‌آورد. در این مدل راهبردهای انفصالی و اجتنابی متغیرهای معناداری نبودند اما دو متغیر دیگر پیش‌بینی‌کننده معناداری برای سلامت روانی بودند، بطوری‌که افزایش یک انحراف استاندارد در نمرات راهبرد مسئله مدار منجر به افزایش سلامت روان به اندازه ۰/۱۹۷ انحراف استاندارد و افزایش یک انحراف استاندارد در راهبرد هیجانی منجر به افزایش سلامت روان به اندازه ۰/۴۲ انحراف استاندارد خواهد شد.

اطلاعات حاصل از اجرای آزمون آماری رگرسیون بیان می‌کند که می‌توان معادله رگرسیون سلامت روانی براساس میزان استفاده از راهبردهای مقابله با استرس را به صورت زیر نوشت:

$$۶۵/۲۴۳ + (۰/۶۱۴ \times \text{هیجانی}) + (۰/۲۸۲ \times \text{مسئله مدار}) = \text{سلامت روانی}$$

همچنین معادله رگرسیون استاندارد براساس β ها به شرح زیر می‌باشد:

$$(۰/۴۲ \times \text{هیجانی}) + (۰/۱۹۷ \times \text{مسئله مدار}) = \text{سلامت روانی}$$

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی رابطه میان سبک‌های مقابله با تنیدگی و سلامت روانی در

معتادین مراکز ترک اعتیاد استان گیلان با توجه به متغیرهای جمعیت شناختی بود. یافته‌های این پژوهش در خصوص وجود رابطه همبستگی بین سلامت روانی با راهبردهای مقابله بیانگر این بود که سلامت روانی با راهبرد مسئله مدار، هیجانی و انفصالی رابطه همبستگی مستقیم دارد. در ضمن، رابطه بین سلامت روانی با راهبردهای اجتنابی معنی‌دار نبود.

این نتایج با مطالعات استریکند^۱ (۱۹۷۰) مبنی بر وجود رابطه بین راهبرد مقابله مسئله مدار و سلامت روانی همخوان است. از سوی دیگر، کوران و سیمس (۱۹۶۳) دریافتند که افراد دارای سبک مقابله مسئله مدار از استقلال عمل بیشتری برخوردار هستند (آبرامسون، سلیگمن و فیزدالی^۲، ۱۹۷۸).

وجود رابطه میان راهبرد مقابله هیجان مدار و وضعیت سلامت روانی نیز همسو با نتایج استل و دیورز (۱۹۸۷) است که بیان نمودند افرادی که راهبرد مقابله هیجانی و اجتنابی دارند از سلامت روانی ضعیف تری برخوردارند (کوهن، ایوانز، استوکلز و کرانتز^۳، ۱۹۸۶). تحقیقات فالبرگ^۴ (۱۹۷۹) هم نشان داد که بین سبک مقابله هیجان مدار و اجتنابی و پیشرفت تحصیلی رابطه وجود دارد و کسانی که سبک مقابله هیجانی و اجتنابی دارند در مقایسه با افراد دارای مقابله مسئله مدار از پیشرفت تحصیلی کمتری برخوردار هستند. نتایج تحقیقات پتروسکی و بیرکایم (۱۹۹۲) نیز نشان داد که بین سبک مقابله با استرس و سلامت روانی همبستگی منفی و معکوس وجود دارد و افرادی که دارای سبک مقابله انفصالی هستند، هر موقعیت و شکستی را بر عهده می‌گیرند و در مقیاس سلامت روان و جسمانی و اجتماعی نمرات پایین‌تری کسب می‌کنند.

از آنجا که علائم اختلالات روانی ممکن است در بستری وسیع و مساعد و همکاری بهتر خانواده مورد شناسایی قرار گیرد، بسیار سودمند است که در صورت بروز علائم اختلالات روان شناختی در خانواده‌های معتادین با استفاده از اطلاعات دریافتی که خانواده در اختیار مشاوران و روان‌شناسان قرار می‌دهد، به صورت عمیق‌تر بررسی شود و خانواده‌های معتادین به طور کامل در جریان مسایل و مشکلات فرزندان و همسران خود قرار گیرند.

با توجه به گرایش و آمادگی نوجوانان و جوانان به سوء مصرف مواد مخدر، لزوم توجه به سطوح سنی پایین به ویژه نوجوانان و اجرای برنامه‌های اختصاصی در قالب آموزش مهارت‌های زندگی، آموزش راه‌های پیشگیری از فشار روانی، ایجاد کلاس‌هایی جهت آموزش آرامش روانی و تسکین خاطر، کلاس‌های ورزشی و پُر کردن اوقات فراغت جوانان و نوجوانان می‌تواند نقش مهمی در سلامت روانی آنها ایفا کند.

بنابراین، بایستی در نظر داشت که با تغییر راهبردهای مقابله‌ای غیرمؤثر و جایگزین نمودن راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و آموزش مهارت‌های زندگی شامل کنترل استرس و خشم و مهارت‌های ارتباطی می‌توان به خانواده‌های معتادین کمک مؤثری در بهبود وضعیت سلامت روانی آنها نمود.

¹ Sterikend

² Abramson, Seligman & Feasdaley

³ Cohen, Evans, Stokols & Krantz

⁴ Falberg

منابع

- اتکینسون، رتیال، هیلگارد، ارنست. (۱۹۸۶). *زمینه‌شناسی روان‌شناسی هیلگارد*، جلد دوم، ترجمه براهنی و همکاران (۱۳۷۶)، تهران: رشد.
- اتکینسون، ریتا ال و همکاران. (۲۰۰۳). *زمینه روان‌شناسی هیلگارد*، جلد دوم، ترجمه حسن رفیعی، مرسده سمیعی و محسن ارجمند (۱۳۸۲)، انتشارات ارجمند.
- پیرمرادی، سعید. (۱۳۷۹). *اعتیاد به مواد مخدر در آینه روابط خانوادگی*، تهران. نشرهمام.
- پاک‌نژاد، محسن. (۱۳۷۳). *هنجاریابی پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای بر روی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی تهران شمال*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.
- تقوی، محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز. *مجله روانشناسی*، ۴، ۸۱-۹۸.
- ساعتچی، محمود. (۱۳۷۶). *روانشناسی بهره‌وری*، انتشارات نشر ویرایش تهران.
- طوفانی، حمید؛ جوان بخت، مریم. (۱۳۸۰). مقایسه شیوه‌های مقابله‌ای و نگرش‌های ناسالم در معتادان مواد مخدر با گروه شاهد غیر معتاد. *اسرار، دانشکده علوم پزشکی سبزوار*، ۷(۳)، ۳۸-۴۵.
- کالات، جیمز. (۲۰۰۵). *روانشناسی عمومی*، جلد دوم، ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۶)، نشر روان.
- کیان‌پور، محسن. (۱۳۸۱). مقایسه شیوه‌های مقابله با استرس در معتادان به مواد افیونی، افراد غیر معتاد. *دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد*، ۱۰(۳)، ۱۳-۱۸.
- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی با همکاری دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۸۱). *راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد*. ویرایش دوم، پرشکوه.

Abramson, L. Y., Seligman, M. & Feasdaley, L. (1978). "Learned helplessness In human" Critique and reformulation, *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.

Cohen, S., Evans, G. W., Stokols, M. & Krantz, D. S. (1986). *Behavior, health and Environmental Stress*, New York.

Goldberg, D. P., Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med. Feb;9(1)*, 139-45

Joseph, O., Sharon, A. & Plutchik, R. (1997). "Stress, coping, and suicide risk In Psychiatric In Patients", *Journal of Suicide and Threatening Behavior*; 24(1), 48-57.

Liraud, F., Verdoux, H. (2000). Clinical and prognostic characteristics associated with addictive comorbidity in hospitalized psychiatric patients. *Encephale. May-june, 26 (3)*, 16-23.

Robins, S., Paul, R. T. & Roland, H. (1992). "Stress, coping Techniques, and depressed affect ". *Psychological Reports, Vol. 70 (1)* 147-152.

Roger, D., Jarvis, P., & Najarian, B. (1993). Detachment and coping: the construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences, 15*, 619-626.