

الحمد لله
العزيز العظيم



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد نایین

دانشکده روانشناسی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی اسلامی

گرایش مثبت نگر (M.A)

عنوان

**" بررسی تاثیر سرمایه های روانشناختی (امید، تاب آوری) بر
پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد، تحمل پریشانی و مشکلات بین
فردی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان "**

استاد راهنما

دکتر حسن خوش اخلاق

نگارنده

ام البنین عصمت پناه

دیماه ۱۳۹۵



يَرْفَعُ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ (قرآن کریم)

پایان نامه کارشناسی ارشد خانم ام البنین عصمت پناه با عنوان " بررسی تاثیر سرمایه های روانشناختی (امید، تاب آوری) بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی معنادار بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان " در جلسه مورخ
نام متشکل از استادان زیر بادرجه ونمره مورد تایید قرار گرفت.

- | | |
|-----------|--|
| امضاء | ۱- استاد راهنما: نام و نام خانوادگی |
| امضاء | ۲- استاد مشاور: نام و نام خانوادگی |
| امضاء | ۳- داور داخل گروه : نام و نام خانوادگی |
| داور خارج | ۴- |

امضاء از گروه : نام و نام خانوادگی

معاون پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نایین

امضاء تاریخ

این پایان نامه توسط دفتر تحقیقات و آموزش
ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری
حمایت مالی شده است.



واحد ناین

"تعهدنامه اصالت رساله یاپایان نامه"

اینجناب ام البنین عصمت پناه دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته در رشته مشاوره و راهنمایی که در تاریخ ۱۳۹۵/۱۱/۱۹ از پایان نامه خود تحت عنوان

" بررسی تاثیر سرمایه های روانشناختی (امید، تاب آوری) بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان "

با کسب نمره و درجه دفاع نموده ام بدینوسیله متعهد می شوم :

۱- این پایان نامه حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجناب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب، مقاله و...) استفاده نموده ام، مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در فهرست مربوطه ذکر و درج کرده ام.

۲- این پایان نامه قبلاً برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح، پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی ارائه نشده است.

۳- چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده و هرگونه بهره برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و... از این پایان نامه داشته باشم، از حوزه معاونت پژوهشی واحد مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم.

۴- چنانچه در هر مقطعی زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می پذیرم و واحد دانشگاهی مجاز است با اینجناب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی ام هیچ گونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی : ام البنین عصمت پناه

تاریخ و امضاء

تقدیم بہ خالق بی ہمتا کہ یادش آغازی است برای سبز شدن و سبز ماندن و تقدیم بہ

شانِ عزمم را دہی نمودن مسیروانش اندوزی

استوارتر و پاکجہ بی دروغمان شدون این پرورش مرادری نمودن

باسکرا از استاد بنر لوار جناب آقای دل سر حسن حوتس احلاق که در لرد آوری و بجزیه و سئل

آبادی داد و ده انجام برونش بر لاری نمودند.

در همین راستا از ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری به دلیل حمایت مادی و معنوی از

ایجناب تقدیر و سکر فی لردود.

بایدی از حافظ تیرازی کلام را الو تاه می لرم:

که چه منزل بس خطر نال است و مقصد ناپید

بیچ راهی میست کان را میست پایان عم مخور

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

۱	چکیده:.....
۲	فصل اول: کلیات پژوهش.....
۲	۱-۱ مقدمه:.....
۳	۲-۱ بیان مسئله.....
۷	۳-۱ اهمیت و ضرورت پژوهش:.....
۸	۴-۱ اهداف پژوهش.....
۸	۱-۴-۱ هدف اصلی.....
۸	۲-۴-۱ اهداف فرعی.....
۹	۵-۱ فرضیه های پژوهش.....
۹	۱-۵-۱ فرضیه اصلی پژوهش.....
۹	۲-۵-۱ فرضیه های فرعی پژوهش.....
۱۰	۶-۱ تعریف واژه ها و متغیر های پژوهش.....
۱۰	۱-۶-۱ تعریف مفهومی.....
۱۱	۲-۶-۱ تعریف عملیاتی.....
۱۳	فصل دوم: ادبیات پژوهش.....
۱۳	۲-۱-۱ بخش اول: مقدمه.....

- ۱۳ ۲-۲- بخش دوم: اعتیاد
- ۱۴ ۱-۲-۲- تعریف اعتیاد
- ۱۵ ۲-۲-۲- تاریخچه‌ی مصرف مواد
- ۱۶ ۳-۲-۲- مفهوم سوء مصرف مواد
- ۱۶ ۴-۲-۲- ملاک‌های سوء مصرف ماده
- ۱۷ ۵-۲-۲- عوامل خطر ساز و محافظت کننده
- ۱۹ ۶-۲-۲- عوامل دخیل در مصرف مواد
- ۱۹ ۱-۶-۲-۲- عوامل شخصی
- ۱۹ ۲-۶-۲-۲- عوامل اجتماعی
- ۱۹ ۳-۶-۲-۲- عوامل خانوادگی
- ۲۱ ۷-۲-۲- بازگشت اعتیاد
- ۲۲ ۸-۲-۲- سبب شناسی بازگشت اعتیاد
- ۲۲ ۱-۸-۲-۲- عوامل درون فردی
- ۲۳ ۲-۸-۲-۲- نظریه های ژنتیک و عود
- ۲۳ ۳-۸-۲-۲- نظریه های متابولیکی
- ۲۴ ۴-۸-۲-۲- نظریه های یادگیری
- ۲۴ ۵-۸-۲-۲- شرطی سازی کلاسیک
- ۲۵ ۶-۸-۲-۲- شرطی سازی عامل
- ۲۵ ۷-۸-۲-۲- نظریه یادگیری اجتماعی
- ۲۸ ۸-۸-۲-۲- عوامل اجتماعی و بین فردی
- ۲۹ ۹-۲-۲- مواد مخدر
- ۲۹ ۱-۹-۲-۲- مواد مخدر سنتی
- ۲۹ ۲-۹-۲-۲- مواد مخدر صنعتی
- ۳۰ ۳-۲- بخش سوم: تحمل پریشانی

- ۳۰ ۱-۳-۲ علائم و نشانه های استرس یا پریشانی
- ۳۱ ۲-۳-۲ سازگاری با استرس و پریشانی
- ۳۱ ۳-۳-۲ انواع استرس
- ۳۱ ۴-۳-۲ پاسخ به پریشانی
- ۳۲ ۵-۳-۲ منابع عمده پریشانی
- ۳۵ ۶-۳-۲ منابع لازم برای مقابله با پریشانی
- ۳۷ ۷-۳-۲ عوامل موثر در تشدید پریشانی
- ۳۹ ۸-۳-۲ افراد مقاوم در برابر پریشانی
- ۳۹ ۹-۳-۲ انطباق (سازگاری) کلی
- ۴۰ ۱۰-۳-۲ روش های کاهش پریشانی
- ۴۲ ۱۱-۳-۲ تحمل پریشانی و اعتیاد
- ۴۳ ۴-۲- بخش چهارم: مشکلات بین فردی
- ۴۴ ۱-۴-۲ مفهوم ارتباط
- ۴۵ ۲-۴-۲ روابط بین فردی
- ۴۶ ۳-۴-۲ انواع ارتباطات میان فردی
- ۴۷ ۴-۴-۲ الگوهای چهارگانه ارتباطات میانفردی
- ۴۹ ۵-۴-۲ عوامل تاثیرگذار در روابط بینفردی
- ۵۰ ۶-۴-۲ مشکلات بین فردی و پیامدهای آن
- ۵۳ ۷-۴-۲ مشکلات بین فردی و اعتیاد
- ۵۴ ۵-۲- بخش پنجم: امید
- ۵۵ ۱-۵-۲ مفهوم امید
- ۵۸ ۲-۵-۲ نظریه های امید
- ۶۰ ۱-۲-۵-۲ نظریه امید آوریل
- ۶۱ ۲-۲-۵-۲ نظریه امید استاتلند

۶۲	..... نظریه ی امید اسنایدر..... ۳-۲-۵-۲
۶۵	..... امید و اعتیاد ۳-۵-۲
۶۶	..... بخش ششم: تاب آوری ۶-۲
۶۶	..... مفهوم تاب آوری ۱-۶-۲
۶۸	..... تاب آوری بعنوان متغیر میانجی گر..... ۲-۶-۲
۶۸	..... تاب آوری، نماد تغییر رویکرد پژوهشی ۳-۶-۲
۷۱	..... تاب آوری، بعنوان سازه ای در سطح فردی..... ۴-۶-۲
۷۲	..... دیدگاه سیستم ها و مفهوم علیت دوسویه..... ۵-۶-۲
۷۳	..... بخش هفتم: پیشینه ی تحقیق ۷-۲
۷۳	..... تحقیقات انجام شده در داخل کشور..... ۱-۷-۲
۸۰	..... تحقیقات انجام شده در خارج کشور..... ۲-۷-۲
۸۳	..... خلاصه فصل ۸-۲
۸۵	..... فصل سوم: روش پژوهش فصل سوم: روش پژوهش
۸۵	..... مقدمه: ۱-۳
۸۵	..... روش پژوهش: ۲-۳
۸۶	..... جامعه و آزمودنی های پژوهش..... ۳-۳
۸۶	..... روش نمونه گیری ۴-۳
۸۷	..... معیارهای ورود ۱-۴-۳
۸۷	..... معیارهای خروج ۲-۴-۳
۸۷	..... روش گردآوری داده ها ۵-۳
۸۷	..... ابزار گردآوری اطلاعات : ۶-۳
۸۹	..... شیوه اجرای پژوهش..... ۷-۳
۹۱	..... روش ها و ابزار تجزیه و تحلیل داده ها: ۸-۳
۹۲	..... فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها

۹۲	..... ۱-۴ مقدمه
۹۵	..... ۲-۴ یافته های توصیفی
۹۷	..... ۳-۴ آمار استنباطی
۱۲۹	..... فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۱۲۹	..... ۱-۵ مقدمه
۱۲۹	..... ۲-۵ بحث و نتیجه گیری
۱۴۷	..... ۳-۵ محدودیت های پژوهش
۱۴۷	..... ۴-۵ پیشنهاد های پژوهش
۱۴۷	..... ۱-۴-۵ پیشنهادات پژوهشی
۱۴۸	..... ۲-۴-۵ پیشنهاد های کاربردی
۱۵۰	..... منابع فارسی
۱۵۸	..... منابع انگلیسی
۱۶۴	..... ضمائم
۱۶۴	..... الف) پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته
۱۶۵	..... ب) پرسشنامه گرایش به مواد مخدر در معتادین درمان شده
۱۶۸	..... ج) پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی (DTS)
۱۶۹	..... د) پرسشنامه مشکلات بین فردی (IIP-۳۲)
۱۷۲	..... چکیده انگلیسی

فهرست جداول

<u>صفحه</u>	<u>عنوان</u>
۸۵.....	جدول ۱-۳ سیمای کلی طرح پژوهش.....
۸۹.....	جدول ۲-۳ محتوای جلسات آموزش امید (لوپزوهمکاران، ۲۰۰۴).....
۹۰.....	جدول ۳-۳ محتوای جلسات تاب آوری (کروگر، ۲۰۰۶).....
۹۲.....	جدول ۱-۴ توزیع فراوانی سن به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل.....
۹۲.....	جدول ۲-۴ توزیع فراوانی تحصیلات به تفکیک گروه آزمایش و کنترل.....
۹۳.....	جدول ۳-۴ توزیع فراوانی مدت اعتیاد به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل.....
۹۳.....	جدول ۴-۴ توزیع فراوانی مدت ترک به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل.....
۹۴.....	جدول ۵-۴ توزیع فراوانی وجود معتاد در نزدیکان به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل.....
۹۵.....	جدول ۶-۴ یافته‌های توصیفی مقیاس‌های گرایش به مواد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی.....
۹۷.....	جدول ۷-۴ آزمون کولموگراف اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن پیش‌آزمون - پس‌آزمون مقیاس‌های مورد مطالعه.....
۹۷.....	جدول ۸-۴ ضرایب همبستگی پیرسون و اسپیرمن متغیرهای همپراش و متغیرهای جمعیت شناختی.....
۹۸.....	جدول ۹-۴ آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس گروه‌های همپراش و وابسته.....
۹۸.....	جدول ۱۰-۴ آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس واریانس مقیاس‌های مورد مطالعه.....
۹۹.....	جدول ۱۱-۴ آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت میانگین‌های گروه‌ها.....

- جدول ۴-۱۲ آزمون کرویت موچلی برای بررسی اعتبار مدل ۹۹
- جدول ۴-۱۳ تحلیل واریانس بین آزمودنی ها و درون آزمودنی ها با سه اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۱۰۰
- جدول ۴-۱۴ آزمون تعقیبی **LSD** برای مقایسه ی گروه های آزمایش و کنترل به صورت زوجی ۱۰۱
- جدول ۴-۱۵ آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس واریانس اثربخشی امید بر گرایش به مواد ۱۰۲
- جدول ۴-۱۶ آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی اثربخشی امید بر گرایش به مواد ۱۰۲
- جدول ۴-۱۷ آزمون کرویت موچلی برای بررسی اعتبار مدل اثربخشی امید به گرایش به مواد ۱۰۲
- جدول ۴-۱۸ تحلیل واریانس امید برگرایش به مواد با سه اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۱۰۳
- جدول ۴-۱۹ آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه ی اثربخشی امید بر گرایش به مواد در سری زمانی ۱۰۳
- جدول ۴-۲۰ آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس واریانس اثربخشی تاب آوری بر گرایش به مواد ۱۰۴
- جدول ۴-۲۱ آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی اثربخشی تاب آوری بر گرایش به مواد ۱۰۴
- جدول ۴-۲۲ آزمون کرویت موچلی برای بررسی اعتبار مدل اثربخشی تاب آوری به گرایش به مواد ۱۰۴
- جدول ۴-۲۳ تحلیل واریانس تاب آوری برگرایش مواد با اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۱۰۵
- جدول ۴-۲۴ آزمون بونفرونی برای مقایسه ی اثربخشی تاب آوری بر گرایش به مواد در سری زمانی ۱۰۶
- جدول ۴-۲۵ آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس واریانس اثربخشی امید بر تحمل پریشانی ۱۰۶
- جدول ۴-۲۶ آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت میانگین اثربخشی امید بر تحمل پریشانی ۱۰۶
- جدول ۴-۲۷ آزمون کرویت موچلی برای بررسی اعتبار مدل اثربخشی امید بر تحمل پریشانی ۱۰۷
- جدول ۴-۲۸ تحلیل واریانس پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اثربخشی امید بر تحمل پریشانی و ابعاد آن ۱۰۷
- جدول ۴-۲۹ آزمون بونفرونی برای اثربخشی امید بر تحمل پریشانی به صورت زوجی در سری زمانی ۱۰۸
- جدول ۴-۳۰ آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس واریانس تاب آوری بر تحمل پریشانی ۱۰۹
- جدول ۴-۳۱ آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت میانگین اثربخشی تاب آوری بر تحمل پریشانی ۱۱۰
- جدول ۴-۳۲ آزمون کرویت موچلی برای بررسی اعتبار مدل اثربخشی تاب آوری بر تحمل پریشانی ۱۱۰
- جدول ۴-۳۳ تحلیل واریانس پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اثر تاب آوری بر تحمل پریشانی و ابعاد آن ۱۱۰
- جدول ۴-۳۴ آزمون بونفرونی اثربخشی تاب آوری بر تحمل پریشانی به صورت زوجی در سری زمانی ۱۱۲
- جدول ۴-۳۵ آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس واریانس اثربخشی امید بر مشکلات بین فردی ۱۱۳
- جدول ۴-۳۶ آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت میانگین اثربخشی مشکلات بین فردی ۱۱۳
- جدول ۴-۳۷ آزمون کرویت موچلی برای بررسی اعتبار مدل اثربخشی امید بر مشکلات بین فردی ۱۱۳

- جدول ۴-۳۸ واریانس پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اثربخشی امید مشکلات بین فردی و ابعاد آن... ۱۱۴
- جدول ۴-۳۹ آزمون تعقیبی بونفرونی اثربخشی امید بر مشکلات بین فردی به صورت زوجی در سری زمانی ۱۱۵
- جدول ۴-۴۰ آزمون باکس همگنی ماتریس واریانس اثربخشی تاب آوری بر مشکلات بین فردی.....ark not defined.
- جدول ۴-۴۱ آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت میانگین اثربخشی تاب آوری بر مشکلات بین فردی ۱۱۶
- جدول ۴-۴۲ آزمون کرویت موچلی برای بررسی اعتبار مدل اثربخشی تاب آوری بر مشکلات بین فردی. ۱۱۷
- جدول ۴-۴۳ تحلیل واریانس پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اثربخشی تاب آوری بر مشکلات بین فردی و ابعاد آن ۱۱۷
- جدول ۴-۴۴ آزمون تعقیبی بونفرونی اثربخشی تاب آوری بر مشکلات بین فردی به صورت زوجی در سری زمانی ۱۱۹
- جدول ۴-۴۵ آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس واریانس تفاوت اثربخشی امید و تاب آوری بر گرایش به مواد ۱۲۰
- جدول ۴-۴۶ آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت اثربخشی امید و تاب آوری بر گرایش به مواد ۱۲۰
- جدول ۴-۴۷ آزمون کرویت موچلی برای بررسی اعتبار مدل تفاوت اثربخشی امید و تاب آوری به گرایش به مواد ۱۲۱
- جدول ۴-۴۸ تحلیل واریانس تفاوت اثربخشی امید و تاب آوری بر گرایش مواد با اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۱۲۱
- جدول ۴-۴۹ آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس واریانس تفاوت اثربخشی امید و تاب آوری بر تحمل پریشانی ۱۲۲
- جدول ۴-۵۰ آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت اثربخشی امید و تاب آوری بر تحمل پریشانی ۱۲۲
- جدول ۴-۵۱ آزمون کرویت موچلی برای بررسی اعتبار مدل تفاوت اثربخشی امید و تاب آوری بر تحمل پریشانی ۱۲۳
- جدول ۴-۵۲ تحلیل واریانس پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت اثربخشی امید و تاب آوری بر تحمل پریشانی و ابعاد آن ۱۲۳
- جدول ۴-۵۳ آزمون باکس همگنی ماتریس واریانس تفاوت اثربخشی امید و تاب آوری بر مشکلات بین فردی ۱۲۴
- جدول ۴-۵۴ آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت اثربخشی تاب آوری و امید بر مشکلات بین فردی ۱۲۵

جدول ۴-۵۵ آزمون کرویت موچلی برای بررسی اعتبار مدل تفاوت اثربخشی امید و تاب آوری بر

مشکلات بین فردی ۱۲۵

جدول ۴-۵۶ تحلیل واریانس پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت اثربخشی امید و تاب آوری بر

مشکلات بین فردی و ابعاد آن ۱۲۶

چکیده:

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش سرمایه های روانشناختی (امید، تاب آوری) بر پیشگیری از بازگشت مجدد به اعتیاد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان بود. در این تحقیق از روش نیمه آزمایشی استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه معتادان بهبود یافته شهر اصفهان بودند که به صورت در دسترس تعداد ۹۰ نفر از آنها انتخاب و در سه گروه امید درمانی (۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای)، آموزش های تاب آوری (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای) و کنترل (در انتظار درمان) جایگزین شدند و در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه به پرسشنامه های پژوهش شامل پرسشنامه ی گرایش نسبت به مواد مخدر عسکری (۱۳۸۶)، تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) و مشکلات بین فردی بارخام و همکاران (۱۹۹۶) پاسخ دادند. داده های پژوهش توسط نرم افزار SPSS-۲۲ با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد آموزش سرمایه های روانشناختی امید و تاب آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان موثر است ($P < 0/05$). ولی بین دو درمان ارائه شده تفاوت معناداری ملاحظه نشد ($P < 0/05$). در نتیجه می توان بیان داشت استفاده از سرمایه های روانشناختی رویکردی نوین و موثر در پیشگیری از بازگشت و دیگر مشکلات افراد دارای سابقه سوء مصرف مواد می باشد و به درمانگران حیطه اعتیاد پیشنهاد می شود از این درمان ها برای درمان و کاهش علائم سوء مصرف مواد استفاده گردد.

کلید واژه ها: سرمایه های روانشناختی، امید، تاب آوری، پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد، تحمل پریشانی، مشکلات بین فردی، معتادان بهبود یافته.

فصل اول:

کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه:

مصرف مواد مخدر، جنبه‌های مختلف زیستی، روانی و اجتماعی بسیاری از انسان‌ها را متأثر می‌سازد. مصرف طولانی‌مدت مواد مخدر با ایجاد وابستگی نه‌تنها تأثیر سوء در وضعیت اقتصادی و اجتماعی شخص مصرف‌کننده مواد دارد، بلکه نقش تعیین‌کننده‌ای نیز بر روان و هیجان‌های این افراد دارد (زاهد، قلیل، ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۹). در واقع می‌توان گفت سوء مصرف مواد یک بیماری مزمن است که عوامل گوناگون زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی در آن تأثیر دارند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در درمان و پیشگیری از بازگشت مصرف مواد، حالت‌های هیجانی منفی و مثبت، نارسایی مدیریت هیجان‌ها و وسوسه^۱ از مهم‌ترین عوامل خطر بازگشت^۲ است (ویگوتز، مارلات و وال کر^۳، ۲۰۰۵).

اختلال سوء مصرف مواد یک اختلال عودکننده مزمن است و با مسائل زیادی در حوزه‌های پزشکی، روان‌پزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، مالی و معنوی همراه است. این اختلال نه‌تنها زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه نواقص و ناراحتی‌های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد کرده و بار زیادی به

^۱- Craving

^۲- Relapse

^۳- Witkiewitz, Mralatt & Walkers

آن‌ها تحمیل می‌کند. سوء مصرف مواد مانند هر اختلال مزمن دیگری نیاز به مدیریت درمان در طی زمان دارد (دالی، مارلات، لوینسون، رویز، میلمن و لانگروود^۱، ۲۰۰۵)

بر اساس گزارش سازمان‌های مختلف، ایران درصد بالایی از سوء مصرف کنندگانه هروئین و تریاک را در جهان دارد (صرامی، قربانی و مینوئی، ۱۳۹۲). آمارهای رسمی حکایت از شیوع فزاینده سوء مصرف مواد در دو دهه اخیر دارد. طبق آخرین تحقیقاتی که توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی با همکاری نهادهای بین‌المللی صورت گرفته است، حدود سه میلیون نفر مصرف‌کننده مواد افیونی به‌ویژه تریاک، هروئین، شیره و مرفین در کشور وجود دارد. همچنین بر اساس ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران مشخص شده است که در سال‌های اخیر رشد متوسط سالانه سوء مصرف در کشور ۸ درصد بوده است (آقایی، ۱۳۹۳).

خوشبختانه عده‌ای از سوء مصرف کنندگان به این نتیجه می‌رسند که باید درمان شوند و در پی درمان برمی‌آیند و به مراکز درمان وابستگی به مواد مراجعه می‌کنند. ولی متأسفانه برخی از این افراد منصرف می‌شوند و فرآیند درمان را رها می‌کنند. برخی نیز به‌طور جدی می‌کوشند که خود را تغییر دهند، اما پس از مدتی عهد و پیمان خویش را می‌شکنند و مصرف مواد را از سر می‌گیرند (آقایی ۱۳۹۳).

پژوهشگران در پژوهش‌های علل بازگشت به مواد را سهولت دسترسی به این مواد، عدم مراقبت، کنترل و پیگیری در مورد مبتلایان به سوء مصرف مواد معالجه شده، وجود شرایط منفی در اطراف فرد، ناراحتی‌های عصبی و ضعف فرد در مقابل آنها، بیکاری و عدم پذیرش افراد از سوی جامعه، وجود دیگر مبتلایان به مصرف مواد در بین دوستان سابق، ناتمام ماندن یا اجرای ناقص برنامه ترک، وجود مراکز همچون قهوه‌خانه‌ها و نظایر آنها، ضعف قوای جسمانی و بی‌خوابی شدید و دیگر شرایط فردی، روان و اجتماعی می‌دانند. بنابراین یک پژوهش روان‌شناختی که بتواند راهکارهای موثری را برای مقابله به بازگشت و مشکلات مرتبط با گرایش مجدد مصرف مواد در افراد ترک‌کننده ارائه دهد، می‌تواند در پایداری به درمان و عدم سوء مصرف دوباره مواد تأثیر بگذارد؛ لذا پژوهش حاضر با این هدف اجرا گردید. در این فصل نخست مسئله اصلی پژوهش مطرح می‌شود، سپس اهمیت و ضرورت موضوع و آنگاه اهداف و فرضیه‌ها و در نهایت تعریف مفاهیم و واژه‌ها تحقیق بیان شده است.

۱-۲ بیان مسئله

سوء مصرف مواد^۱ یک بیماری جسمی و روانی به شمار می‌آید که به دلیل ماهیت پیشرونده اش در همه ابعاد زندگی، سلامتی فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد و اولین پایگاهی که در این خصوص تأثیر

^۱ Daley, Marlatt, Lewinson, Ruiz, Millman, & Langrod

می‌پذیرد، سیستم حمایتی خانواده است که در این سیستم نیز تأثیرات منفی سوءمصرف به‌طور ویژه روی همسر، والدین و فرزندان فرد سوءمصرف کننده مواد می‌باشد (آرسیدیاکانا، پونتکوروو و گریکو ماراسو^۱، ۲۰۰۹). آثار مصرف مواد بر روی خانواده افراد سوءمصرف کننده مواد به‌صورت استرس با علائم روانی و جسمی تجربه می‌شود که عبارت‌اند از نگرانی در مورد بار تحمیل شده در اثر مصرف مواد، نگرانی از رفتار و وضعیت سلامت جسمی و روانی فرد سوءمصرف کننده مواد، کاهش ارتباطات و حمایت‌های اجتماعی خانواده^۲، تأثیرات منفی روی ارتباطات بین اعضای خانواده (حساسیت در روابط بین فردی) و علائم خلقی یا عاطفی شامل اضطراب، نگرانی، افسردگی، احساس بیچارگی، خشم و احساس گناه می‌باشد (بوتلر و بالد^۳، ۲۰۰۵).

یکی از مواردی که در پژوهش‌های جدید به نقش آن در گرایش به مصرف مواد پرداخته شده است تحمل پریشانی می‌باشد. تحمل پریشانی یک عامل در تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و تحمل پریشانی هیجانی اشاره دارد (کلیشادی و یزدخواستی، ۱۳۹۵). سیمنز و گاهر (۲۰۰۵) تحمل پریشانی را به عنوان یک سازه فراهیجانی توصیف می‌کنند. افراد با تحمل پریشانی پایین (۱) تجربه آشفتگی هیجانی را غیر قابل تحمل توصیف می‌کنند، (۲) آشفتگی هیجانی را غیر قابل پذیرش ارزیابی می‌کنند، (۳) برای تسکین حالت‌های هیجانی منفی تلاش می‌کنند و (۴) قادر به تمرکز توجه خود به موضوعی غیر از احساس پریشانی‌شان نیستند (اکلیریک، ارونسون و اسمیت، ۲۰۰۷). بنابراین برای کاهش سطح پریشانی ممکن است از پاسخ‌های ناسازگارانه نسبت به تنش، شامل به دنبال فرصت بودن برای فرار از عاطفه منفی یا اجتناب از آن به رفتارهایی مانند سوء مصرف مواد گرفتار شوند (راترفورد، ۲۰۱۳).

تحمل پریشانی به طور فزاینده‌ای، به عنوان یک ساختار مهم در رشد بینشی جدید درباره شروع و ابقاء آسیب‌های روانی و همچنین پیشگیری و درمان مشاهده شده است (وُلن اسکای، برنستین و وِجانویک، ۲۰۱۱).

افراد با تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند (کیوک، ریکاردی، تیمپانو، میتچل و اسمیت، ۲۰۱۰) و با پرداختن به برخی رفتارهای مخرب مانند مصرف مواد در صدد تسکین درد هیجانی خود برمی‌آیند. یک راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور از قبیل مصرف الکل و سایر مواد ممکن است منتج به خلاصی سریع افراد از هیجانات منفی شود. این راهبرد، خصوصاً برای کسانی که تحمل پریشانی پایینی دارند، شیوه‌های مناسب به شمار می‌رود (عزیزی و همکاران، ۱۳۸۹). به عنوان مثال نتایج پژوهش پوترا، وِجانویک، مارشال برنز، برن استیند و برن

^۱ drug abuse

^۲ Arcidiacono, Pontecorvo & Greco Morasso

^۳ family social support

^۴ Butler & Bauld

استیند(۲۰۱۱) نشان داد که تحمل پریشانی واسطه ای در رابطه بین شدت علائم استرس پس از ضربه و استفاده از ماری جوانا به عنوان یک روش مقابله است.

همانطو که در ابتدا بیان شد از دلایل اعتیاد می توان فقدان یا پایین بودن مهارت های بین فردی را موثر دانست. تحقیقات متعددی در زمینه ارتباط بین سوء مصرف مواد و رفتارهای بین فردی معتادین انجام شده است که حکایتگر ارتباط مشکلات بین فردی و گرایش به سوء مصرف مواد برای پر کردن خلاء ناشی از فقدان مهارت های بین شخصی بوده است(چانگ، دنیز و فانگ، ۲۰۰۸).

تجربه مشکلات بین فردی در افراد، به فقدان تعامل های بین فردی موفقیت آمیز با اعضاء خانواده و جامعه و نیز عدم وجود جرئت ورزی در آنها اطلاق می شود (نگلس، هیدالگو و مندز، ۲۰۰۵). شواهد پژوهشی متعدد نشان داده اند که تجربه مشکلات بین فردی نتایج منفی مانند افت عملکرد شغلی، احساس تنهایی، خودکشی، بیکاری، روابط ناکارآمد با دیگران و سوء مصرف مواد را در پی دارد (انگلس و همکاران، ۲۰۰۵). افراد در مواجهه با تغییرات و چالش های زندگی، مشکلات متنوعی را تجربه میکنند که بر توانایی سازگاری و روابط افراد تأثیر میگذارد و منجر به افزایش سطح تنیدگی و مشکلات سازگاری می شود. این مشکلات میتواند به صورت انزوای اجتماعی، غمگینی، افسردگی و کاهش عزت نفس آشکار شود که این عوامل باعث عدم تمرکز فررد بر روی مسئولیت های زندگی می شود و در نتیجه فرد را به سمت سوء مصرف مواد سوق می دهد (هدتیک و همکاران، ۲۰۰۸).

مشکلات بین شخصی، مشکلاتی هستند که در رابطه با دیگران تجربه می شوند و آشفتگی روانی ایجاد میکنند یا با این دسته از ناراحتی ها (آشفتگی های روانی) در ارتباط قرار می گیرند (اریکسون و همکاران، ۲۰۱۵). تحلیل دقیق مشکلات گزارش شده در مصاحبه های بالینی توانستند مجموعه ای از مشکلات بین شخصی، شامل مشکلات افراد در زمینه قاطعیت، مردم آمیزی، اطاعت پذیری، صمیمیت، مسئولیت پذیری و مهارگری را شناسایی، تلخیص و فهرست کنند. این مشکلات با دو دسته یافته های تجربی و رویکردهای نظری مطابقت می کند (بشارت و همکاران، ۱۳۹۳).

از جمله موارد حائز اهمیت دیگر در این زمینه، تاب آوری^۱ افراد مبتلا هست. پیشگیری از بازگشت به سوء مصرف مواد مستلزم شناسایی عوامل خطر و عوامل محافظت در برابر وابستگی به مواد است. امروزه انتقالی از دیدگاه خطر نگر به سمت دیدگاه تاب آوری در حوزه پژوهشی و بالینی صورت گرفته است. در این دیدگاه جدید به جای کاهش عوامل خطر در افراد پرخطر، بر تقویت عوامل تاب آوری در جمعیت پرخطر و نیز سالم تأکید می شود. منظور از تاب آوری آن است که فرد علی رغم مواجهه با عامل خطر دچار عارضه این مواجهه نشده و حتی قوی تر هم بشود (ورنر^۲ و همکاران، ۲۰۰۹).

^۱ - Resiliency

^۲ - Werner

در رویکردهای جدید پیشگیری و درمان مصرف مواد، شناسایی و ارتقاء عوامل محافظت‌کننده از جمله عوامل تاب‌آوری و شناسایی و کاهش عوامل خطر ساز از جایگاه پراهمیت و ویژه‌ای برخوردار است. تاب‌آوری یکی از مفاهیمی است که اخیراً در حوزه اعتیاد و سایر اختلالات روانی و آسیب‌ها مطرح شده و می‌تواند مؤثر باشد. تاب‌آوری توانایی بازگشت به عقب، بهبود یا انطباق موفق در مواجهه با آسیب یا مانع، تاب‌آوری برای توانمندی و غلبه بر عوامل فشارزای زندگی نقش محافظتی را ایفا می‌کند (گارمزی و ماستن^۱، ۲۰۰۶).

عامل مهم دیگری که در پژوهش حاضر به نقش آن در رفتارهای ناشی از ارتباط پرداخته می‌شود آموزش امید است. امید "توانایی طراحی گذرگاه‌هایی به سوی اهداف مطلوب به رغم موانع موجود و کارگزار یا عامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه‌ها" است (اشنایدر، ۲۰۰۰). بنابراین، امید یک توانایی است که به فرد کمک می‌کند تا علیرغم مشکلاتی که در راه رسیدن به هدف وجود دارد، انگیزه خود را حفظ نماید. امید شامل مجموعه‌ای از شرایط می‌شود که عبارتند از: الف) داشتن اهداف یا معناهای ارزشمند شخصی و ب) ادراک توانایی برای تولید راهبردها در دنبال کردن این معناها، یعنی فرد با توجه به توانایی‌های خود، معناهای ارزشمندی برای خود در نظر بگیرد (اشنایدر و همکاران، ۲۰۰۰). امیدواری هر فرد برای رسیدن به هر هدف یا معنا به این دو عامل بستگی دارد. تفاوت در ارزیابی این دو مورد در افراد گوناگون موجب می‌شود که افراد سطح بالا و یا پایینی از میزان امیدواری را از خود نشان دهند و در نتیجه رفتارهای متفاوتی را نیز از خود بروز دهند (برون، ۲۰۰۴). لیکن نقش مفید امید، هم قبل از بروز مشکل (نقش اولیه) و هم پس از بروز آن (نقش ثانویه) مشخص شده است (اشنایدر و همکاران، ۲۰۰۰).

افراد امیدوارتر، معناهای موردنظر خود را به شکل موفقیت آمیزی دنبال می‌کنند و در نتیجه هیجان‌های مثبت بیشتری را نیز تجربه می‌کنند. افراد دارای سطح امید پایین در رویارویی با مشکلات برای رسیدن به معناهای موردنظر خود مشکل دارند و در نتیجه هیجان‌های منفی بیشتری را تجربه می‌کنند. نداشتن امید به زندگی و یا پایین بودن آن، موجب می‌شود که فرد احساس کارآیی و خودکارآمدی پایینی داشته باشد، عزت نفسش کاهش یابد و به این ترتیب تلاش برای پیشرفت در زندگی را بیهوده بداند و در نتیجه موفقیت‌های کمتری به دست آورد (اشنایدر، ۲۰۰۲).

با توجه به شرایط یک فرد معتاد در جامعه، پایتتر بودن میزان امید به زندگی در وی چندان دور از ذهن نیست. بنابراین باید برای افزایش امید به زندگی شرایط زندگی وی را تغییر داد؛ اما فرد معتادی که قصد تغییر وضعیت زندگی خود را دارد تا امید به زندگی اش افزایش یابد، دقیقاً به علت همین پایین بودن

^۱- Garnezy & Masten

امید به زندگی با مشکل روبرو می شود. لذا با توجه به مطالب بیان شده و با توجه به اینکه اعتیاد به مواد مخدر یک بیماری مزمن، پیشرونده و عودکننده است و عوامل و شرایط زیستی- روانی منجر به گرایش مجدد به سوء مصرف مواد مخدر می شود، ضروری است اقدامات پژوهشی در زمینه شناسایی راهکارهای مؤثر در عود و بازگشت و همچنین رفتارهای مرتبط با برای کسانی که دچار این بیماری هستند انجام شود. بنا بر مطالب ذکر شده، فرض محقق این است که آموزش سرمایه های روانشناختی در دو حیطه تاب آوری و امید بر تحمل پریشانی، مشکلات بین فردی و میزان بازگشت معتادان بهبود یافته مراکز درمان و باز توانی شهر اصفهان تا چه مقدار مؤثر واقع می شود؛ بنابراین اساس در این تحقیق، محقق به دنبال پاسخ به سوال های زیر است:

آیا آموزش امید در معتادان بهبود یافته شهر اصفهان باعث افزایش تحمل پریشانی و کاهش مشکلات بین فردی و میزان بازگشت مجدد به سمت مواد می شود؟
آیا آموزش تاب آوری در معتادان بهبود یافته شهر اصفهان باعث افزایش تحمل پریشانی و کاهش مشکلات بین فردی و میزان بازگشت مجدد به سمت مواد می شود؟

۳-۱ اهمیت و ضرورت پژوهش:

اعتیاد مشکلی است که میلیون ها زندگی را ویران می کند و سرمایه های کلان ملی را صرف هزینه ی مبارزه، درمان و صدمات ناشی از آن می نماید. هر روز شمار زیادی از افراد به مصرف مواد روی می آورند و دچار پیامدهای بدنی، روانی، فرهنگی، خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی می شوند. کشور ما به دلایل فرهنگی، برخی باورهای نادرست و شرایط ویژه جغرافیایی (هم جواری با یک کشور بزرگ تولید کننده مواد افیونی) دارای شرایط مناسبی برای روی آوردن جوانان به اعتیاد است (عاشوری، ملازاده، محمدی، ۱۳۸۷).
اعتیاد به مواد مخدر، امروزه یکی از معضلات اساسی زندگی بشری به شمار میرود. افزایش مصرف مواد مخدر طی قرن گذشته، نگرانی روز افزونی را برای همه ی جوامع در پی داشته است. در دهه های اخیر، جهان با آمار تکان دهندهای از شیوع این پدیده در سطح جامعه و خصوصاً در میان جمعیت جوان و نوجوان مواجه بوده است (ملازاده، و عاشوری، ۱۳۸۷). طی یک قرن گذشته بر پیشگیری و کنترل مواد مخدر بطور جدی پرداخته شده است و این اقدام هم چنان ادامه دارد که این امر به نوبه خود بیانگر عمق مسئله اعتیاد و مواد مخدر را در جهان نشان میدهد. مسئله زمانی حائز اهمیت بیشتر میشود که بدانیم ایران از موقعیت ژئوپلیتیکی خاص (مثل هم مرزی با افغانستان و همسایه های غربی به عنوان کانال ورود مواد به اروپا) برخوردار است (نوابخش، ۱۳۸۷).

از طرف دیگر پژوهش‌های انجام‌شده حاکی از آن می‌باشد که بیشتر سوءمصرف کنندگان مواد پس از سم، زدایی و ورود به درمان‌های توانبخشی، طی ۹۰ روز پس از شروع درمان مجدداً به مصرف مواد می‌پردازد (مک کی، فرنکلین، پاتا پیس، لینچ^۱، ۲۰۰۶). به همین علت، امروزه در همه روش‌های درمانی، بر حفظ و نگهداری رفتار بهبودی افراد تحت درمان، یا به عبارتی پیشگیری از عود، تأکید می‌شود ولی متأسفانه پژوهشگران و درمانگران از تاثیر درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در این زمینه غافل شده‌اند.

بر این اساس ارزیابی چنین پژوهشی می‌تواند در موارد زیر سودمند باشد:

- ۱- درک و شناسایی بهتر علائم شناختی افراد مراجعه کننده به مراکز **MMT** توسط متخصصین این حوزه (روانشناس، روان‌پزشک، مددکار)
- ۲- طراحی برنامه‌های آموزشی جهت باز توانی آسیب‌های روان‌شناختی و خانوادگی ناشی از مصرف مواد جهت کاهش علائم شناختی، علائم بالینی و کیفیت زندگی بیماران.
- ۳- قرار دادن نتایج در اختیار سازمان‌های مربوطه در جهت کاهش در هزینه‌های درمانی.
- ۴- ایجاد زمینه جهت پژوهش‌های جدید.

۴-۱ اهداف پژوهش

۱-۴-۱ هدف اصلی

تعیین اثربخشی آموزش سرمایه‌های روانشناختی (امید، تاب‌آوری) برپیشگیری از بازگشت مجدداعتیاد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی معتادان بهبودیافته مراکزدرمان و بازتوانی شهراصفهان

۱-۴-۲ اهداف فرعی

۱. تعیین اثربخشی آموزش سرمایه‌های روانشناختی امید برپیشگیری از بازگشت مجدداعتیاد معتادان بهبودیافته مراکزدرمان و بازتوانی شهراصفهان.
۲. تعیین اثربخشی آموزش سرمایه‌های روانشناختی تاب‌آوری برپیشگیری از بازگشت مجدداعتیاد معتادان بهبودیافته مراکزدرمان و بازتوانی شهراصفهان.
۳. تعیین اثربخشی آموزش سرمایه‌های روانشناختی امید بر تحمل پریشانی معتادان بهبودیافته مراکزدرمان و بازتوانی شهراصفهان.

^۱- McKay, Franklin, Patapis & Lynch

۴. تعیین اثربخشی آموزش سرمایه های روانشناختی تاب آوری بر تحمل پریشانی معتادان بهبودیافته مراکزدرمان و بازتوانی شهراصفهان.
۵. تعیین اثربخشی آموزش سرمایه های روانشناختی امید بر مشکلات بین فردی معتادان بهبودیافته مراکزدرمان و بازتوانی شهراصفهان.
۶. تعیین اثربخشی آموزش سرمایه های روانشناختی تاب آوری بر مشکلات بین فردی معتادان بهبودیافته مراکزدرمان و بازتوانی شهراصفهان.
۷. بررسی و مقایسه اثر بخشی آموزش سرمایه روانشناختی امید با آموزش تاب آوری برپیشگیری ازبازگشت مجدداعتیاد معتادان بهبودیافته مراکزدرمان و بازتوانی شهراصفهان.
۸. بررسی و مقایسه اثر بخشی آموزش سرمایه روانشناختی امید با آموزش تاب آوری بر تحمل پریشانی معتادان بهبودیافته مراکزدرمان و بازتوانی شهراصفهان.
۹. بررسی و مقایسه اثر بخشی آموزش سرمایه روانشناختی امید با آموزش تاب آوری بر مشکلات بین فردی معتادان بهبودیافته مراکزدرمان و بازتوانی شهراصفهان.

۱-۵-۵ فرضیه های پژوهش

۱-۵-۱ فرضیه اصلی پژوهش

آموزش سرمایه های روانشناختی (امید، تاب آوری) برپیشگیری ازبازگشت مجدداعتیاد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی معتادان بهبودیافته مراکزدرمان و بازتوانی شهراصفهان موثر است.

۱-۵-۲ فرضیه های فرعی پژوهش

۱. آموزش سرمایه روانشناختی امید برپیشگیری ازبازگشت مجدداعتیاد معتادان بهبودیافته مراکزدرمان و بازتوانی شهراصفهان موثر است.
۲. آموزش سرمایه روانشناختی تاب آوری برپیشگیری ازبازگشت مجدداعتیاد معتادان بهبودیافته مراکزدرمان و بازتوانی شهراصفهان موثر است.

۳. آموزش سرمایه روانشناختی امید بر تحمل پریشانی معتادان بهبودیافته مراکزدرمان و بازتوانی شهراصفهان موثر است.
۴. آموزش سرمایه روانشناختی تاب آوری بر تحمل پریشانی معتادان بهبودیافته مراکزدرمان و بازتوانی شهراصفهان موثر است.
۵. آموزش سرمایه روانشناختی امید بر مشکلات بین فردی معتادان بهبودیافته مراکزدرمان و بازتوانی شهراصفهان موثر است.
۶. آموزش سرمایه روانشناختی تاب آوری بر مشکلات بین فردی معتادان بهبودیافته مراکزدرمان و بازتوانی شهراصفهان موثر است.
۷. آموزش سرمایه روانشناختی امید نسبت به آموزش تاب آوری برپیشگیری ازبازگشت مجدداعتیاد معتادان بهبودیافته مراکزدرمان و بازتوانی شهراصفهان اثر بخشی متفاوت دارد.
۸. آموزش سرمایه روانشناختی امید نسبت به آموزش تاب آوری بر تحمل پریشانی معتادان بهبودیافته مراکزدرمان و بازتوانی شهراصفهان اثر بخشی متفاوت دارد.
۹. آموزش سرمایه روانشناختی امید نسبت به آموزش تاب آوری بر مشکلات بین فردی معتادان بهبودیافته مراکزدرمان و بازتوانی شهراصفهان اثر بخشی متفاوت دارد.

۱-۶-۱ تعریف واژه ها و متغیر های پژوهش

۱-۶-۱-۱ تعریف مفهومی

امید: به عقیده اسنایدر (۲۰۰۰)، امید نوعی روند فکری و دارای دو جزء تفکر عامل (اراده‌های هدفمند) و مسیرها (طرح‌های هدفمند) است و هر دو بعد از طریق رفتارهای هدفمند در تشکیل و تعیین میزان امید ضروری و موجب سازگاری و سلامت جسمی و روانی است. مسیرها جزء شناختی امید و نشان‌دهنده توان فرد در خلق راه‌ای معقول برای دستیابی به اهداف است. تفکر عامل، جزء انگیزشی امید و نشان‌دهنده برداشت شخصی در مورد توانایی برای رسیدن به اهداف گذشته، حال و آینده است. تفکر عامل، یعنی اعتقاد به این مطلب که فرد می‌تواند از طریق راه‌های فرضی به‌سوی هدفی مشخص حرکت کند و بدان دست یابد. به‌ویژه در زمان رویارویی با موانع وجود تفکر عامل، درراه اندازی انگیزه لازم برای قدم گذاشتن در مسیرهای دیگر حائز اهمیت است (قاسمی، عابدی و باغبان؛ ۱۳۸۸: ۱۹).

تاب‌آوری: تاب‌آوری را یک فرایند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط استرس‌زا و چالش‌انگیز می‌دانند. به بیان دیگر تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط دشوار است. محققان تاب‌آوری توانایی بازگشت به عقب، بهبود یا انطباق موفق در مواجهه با آسیب یا مانع است و عوامل محافظتی نقش بلوک‌های ساختاری تاب‌آوری برای توانمند کردن فرد جهت غلبه بر عوامل فشارزای زندگی را ایفا می‌کنند (گارمزی، ۱۹۹۱؛ به نقل اعتصامی پور و امیر پور، ۱۳۹۳: ۷۴).

تحمل پریشانی: از سازه‌های معمول برای پژوهش در زمینه بی‌نظمی عاطفی است. تحمل پریشانی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف کرده‌اند (سیمسون و کاهر، ۲۰۰۵: ۸۲). در حقیقت، تحمل پریشانی یک متغیر تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند (اکلیریک، ارونسون و اسمیت، ۲۰۰۷: ۳۱۴).

عود و بازگشت به اعتیاد: بازگشت یا عود به معنای برگشت معتاد به الگوهای رفتاری و باورهای مخرب و ناسالم قبل است. عود یعنی توقف کامل بهبودی در صورتی که لغزش اغلب یک توقف کوتاه و یا درجا زدن در بهبودی می‌باشد. لغزش معمولاً «یک نشانه است که نشان می‌دهد برنامه بهبودی به صورت کامل اجرا نشده و یا این که هنوز دست‌آویزها و بهانه‌های مصرف در ذهن باقی مانده و ریشه کن نشده است. تفاوت عود و لغزش در این است که در لغزش فقط پاکی فرد از بین می‌رود و به اطلاع صفر است. ولی بهبودی به نقطه آغاز این برگشت و فقط متوقف شده در صورتی که در عود تمام افکار و باورهای مخرب زمان مصرف باز می‌گردد. لغزش را می‌توان به سر خوردن یا زمین خوردن تشبیه کرد و عود را سقوط. لغزش‌های متعدد یا باقی ماندن طولانی مدت در لغزش باعث تبدیل به لغزش به عود می‌باشد (چاوویوت^۱، ۲۰۱۵: ۹).

مشکلات بین فردی: مشکلاتی هستند که در رابطه با دیگران تجربه می‌شوند و آشفتگی روانی ایجاد می‌کنند یا با این دسته از ناراحتی‌ها (آشفتگی‌های روانی) در ارتباط قرار می‌گیرند و شامل مجموعه‌ای از مشکلات بین شخصی از قبیل قاطعیت، مردم‌آمیزی، اطاعت‌پذیری، صمیمیت، مسئولیت‌پذیری و مهارگری می‌باشد (بشارت و همکاران، ۱۳۹۳: ۴).

۱-۶-۲ تعریف عملیاتی

برنامه آموزش سرمایه روان‌شناختی امید: در پژوهش حاضر منظور ۱۲ جلسه درمانی است که بر اساس برنامه درمانی لویز و همکاران (۲۰۰۴) که به صورت هفتگی و به مدت ۹۰ دقیقه در مرکز درمان وابستگی به مواد برگزار می‌گردد.

^۱ Chauvet

برنامه آموزش سرمایه روان شناختی تاب‌آوری: در پژوهش حاضر منظور ۱۲ جلسه درمانی است که بر اساس برنامه درمانی کروگر (۲۰۰۶) که به صورت هفتگی و به مدت ۶۰ دقیقه در مرکز درمان وابستگی به مواد برگزار می‌گردد.

تحمل پریشانی: منظور از تحمل پریشانی نمره ای است که آزمودنی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) کسب می‌کند.

عود و بازگشت به اعتیاد: منظور از بازگشت نمره ای است که آزمودنی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از پرسشنامه گرایش نسبت به مواد مخدر عسگری (۱۳۸۶) کسب می‌کند.

مشکلات بین فردی: منظور از مشکلات بین فردی نمره ای است که آزمودنی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از پرسشنامه مشکلات بین فردی (۳۲-III) سوالی کسب می‌کند.

فصل دوم:

ادبیات پژوهش

۲-۱- بخش اول: مقدمه

در این فصل با توجه به موضوع پژوهش که بررسی اثربخشی آموزش سرمایه های روانشناختی (امید و تاب آوری) بر پیشگیری از بازگشت مجدد به اعتیاد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان است، ابتدا به مبانی نظری و سپس به پیشینه پژوهشی تحقیق پرداخته شده است. در قسمت مبانی نظری، دیدگاه‌های مختلف نسبت به سوء مصرف مواد بازگشت مجدد، تحمل پریشانی، مشکلات بین فردی، امید و تاب آوری آورده شده است و در بخش پیشینه پژوهشی به تحقیقات انجام شده داخلی و خارجی در مورد تاثیرات امید و تاب آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد، تحمل پریشانی، مشکلات بین فردی پرداخته شده است.

۲-۲- بخش دوم: اعتیاد

در عصر حاضر به ندرت می توان کشوری را پیدا کرد که با مشکل سوء مصرف مواد درگیر نباشد. این مشکل از اواسط دهه هفتاد تا شروع دهه هشتاد به گسترده ترین وجه در کشورهای غربی به خصوص

آمریکا شیوع پیدا کرد. این مشکل در ایران نیز بسیار قابل تامل شده است (نورانی پور، ۱۳۸۳). مصرف مواد مخدر، جنبه های مختلف زیستی، روانی و اجتماعی بسیاری از انسان ها را متأثر می سازد. مصرف طولانی مدت مواد مخدر با ایجاد اعتیاد نه تنها تأثیر سوء در وضعیت اقتصادی و اجتماعی شخص مصرف کننده مواد دارد، بلکه نقش تعیین کننده ای نیز بر روان و هیجان افراد دارد (زاهد، قلیلو، ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۹). به عبارت دیگر مصرف مواد مخدر و وابستگی به آنها صرف نظر از اینکه آن را بیماری یا آسیب روانی یا معضل اجتماعی بدانیم پدیده ای است مزمن و عود کننده که باصدمات جدی جسمانی، مالی، خانوادگی و اجتماعی همراه است. شخص معتاد متعاقب وابستگی؛ دچار افت جدی در کارکردهای فردی و اجتماعی می گردد (زاهد و همکاران، ۱۳۸۹).

در برخی از مصرف کنندگان مواد، استفاده تفننی و تفریحی از مواد مخدر؛ تبدیل به اعتیاد می شود که دلیل اصلی آن هنوز ناشناخته است. تخمین زده می شود که در سال ۲۰۱۰، دویست و سی میلیون نفر، حداقل یک بار، مواد غیر قانونی مصرف کرده اند و در طول همین زمان بیست و هفت میلیون نفر دچار مشکلات جدی ناشی از سوء مصرف^۱ شده اند. کشور ما نیز در راس مصرف کنندگان مواد قرار دارد. به دلیل چند وجهی بودن آن، سازمان ها، نهادها و ارگان های مختلفی را درگیر برطرف نمودن این معضل اجتماعی کرده و با در نظر گرفتن سابقه طولانی مصرف مواد افیونی در ایران می توان به شدت آسیب پذیری جامعه پی برد (صرامی، ۱۳۸۲).

اعتیاد قابل پیشگیری و قابل درمان است، اما درمان آن ساده نیست، زیرا اعتیاد ابعاد گوناگون دارد و جنبه های مختلف زندگی فرد را مختل می کند. هدف از هر نوع درمان این است که فرد بتواند مصرف مواد خود را قطع نموده، به سبک زندگی عاری از مواد بازگشته و کارکرد خود را در خانواده، محل کار و اجتماع بدست آورد. برنامه های مؤثر در درمان اعتیاد نوعاً از اجزای مختلفی تشکیل یافته که هر کدام به یکی از جنبه های بیماری اعتیاد یا عوارض آن می پردازد. بهترین نتایج درمانی زمانی بدست می آید که رویکردی چند رشته ای و جامع شامل مداخلات متنوع دارویی و روان شناختی برای پاسخ به نیازهای گوناگون، بویژه کاهش علائم ناشی از ترک مواد به کار گرفته شود (زاهد و همکاران، ۱۳۸۹).

۲-۲-۱- تعریف اعتیاد

در مورد اعتیاد تا کنون تعاریف مختلفی توسط صاحب نظران و پژوهشگران ارائه شده است اما هیچکدام به تنهایی نمی تواند اعتیاد را آنطور که باید به طور جامع تعریف کند. چرا که اعتیاد در بر گیرنده جنبه های

^۱ - Substance Abuse

مختلفی از زندگی بشر است که تعاریف مذکور هر کدام ممکن است بخشی از آن را بیان نماید. در هر صورت اعتیاد یک فرایند چند عاملی است که بسته به شرایط و موقعیت های مختلف اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، روانی و فیزیولوژیکی باید مورد ارزیابی قرار گیرد (رستمی، ۱۳۸۸؛ به نقل از رفیع پور، ۱۳۹۰).

واژه اعتیاد از نظر لغوی کلمه ای است عربی از ریشه عادت و معنای چیزی را به عادت پذیرفتن و به چیزی خو گرفتن است. سازمان جهانی بهداشت اعتیاد را عبارت از مسومیت مزمن و ادواری یا مخرب برای فرد و جامعه می داند که به واسطه استعمال مکرر یک داروی طبیعی یا مصنوعی ایجاد می شود (رفیع پور، ۱۳۹۰). آذر و نوحی (۱۳۹۴) در کتاب دایره المعارف اعتیاد و مواد مخدر اعتیاد را به عادت کردن، خو گرفتن و خود را وقف عادت نكوهیده کردن معنی کرده اند به عبارت دیگر ابتدای اسارت آمیز به ماده مخدر که از نظر جسمی و یا اجتماعی زیان آور باشد اعتیاد نام دارد. همچنین طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی اعتیاد حالتی است که در فرد در اثر استفاده مکرر و مداوم باعث متکی شدن به دارو، مواد مخدر و سایر مواد می شود. این حالت عادت روانی به وجود می آورد که در حد وسواس باعث ترغیب به مصرف ماده می شود و برای نگهداری تأثیری که دارو ایجاد می کند فرد را وادرا می کند مقدار ماده مصرفی را افزایش دهد (عرفانی، بهرام آبادی و مشایخی پور، ۱۳۹۲).

۲-۲-۲- تاریخچه مصرف مواد

مطالعاتی که بر روی آثار باقی مانده از پیشینیان صورت گرفته نشان می دهد انسان از دیرباز به خصوصیت چنین موادی آشنا بوده است. قرن هاست که انسان به دلایل مختلف مواد مصرف کرده است. در ایران مصرف تریاک قرن ها عادی و رایج بوده و حتی اغلب خانواده ها مقدار زیادی را با آب حل می کردند و به کودکان خود می خوراندند تا شب راحت بخوابند به حدی که کودکان نیز به آن مواد نیاز پیدا کرده و معتاد می شدند. تریاک قدیمی ترین و مشهورترین مادهی مخدری است که از کلمه ی یونانی تریاکا^۱ و از گیاه خشخاش به دست می آید. این گیاه ۲۵۰۰ سال قبل در مدیترانه کشت می شده است. سابقه ی این ماده را تا ۵۰۰۰ سال قبل از میلاد هم ذکر می کنند. یکی از قدیمی ترین مواد مخدری است که در اغلب جوامع به ویژه کشورهای آسیایی به وسیله ی افراد مسن مصرف می شده است (فرجاد، ۱۳۷۰). اولین بار در سال ۱۸۰۴ مرفین برای رهایی از درد عملیات جراحی و دردهای بعد از عمل مورد استفاده قرار گرفت. هروئین در سال ۱۹۸۶ برای اولین بار به صورت گرد سفید رنگ مورد استفاده قرار گرفت و توسط مسافران ایرانی از خارج وارد ایران گردید و گسترش یافت. اشاعه ی این ماده به قدری سریع صورت گرفت که در اندک مدتی کشور در رديف مبتلایان قرار گرفت (شعبانی و مرادی، ۱۳۹۴).

^۱ - Thrika

۲-۲-۳- مفهوم سوء مصرف مواد

اختلال سوء مصرف مواد یک اختلال عود کننده مزمن است و با مسایل زیادی در حوزه‌های پزشکی، روانپزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، مالی و معنوی همراه است. این اختلال نه تنها زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد، بلکه نواقص و ناراحتی‌های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد کرده و بار زیادی به آنها تحمیل می کند. سوء مصرف مواد مانند هر اختلال مزمن دیگری نیاز به مدیریت درمان در طی زمان دارد. سوء مصرف مواد موضوعی است که مورد توجه روانشناسان بالینی و روانپزشکان قرار گرفته است؛ چرا که این مسئله دارای عواقب سوء و منفی بلندمدت در اقشار مختلف جامعه است (رستمی، نصرت آبادی و محمدی، ۱۳۸۷).

سوء مصرف مواد به مواردی گفته می شود که فرد بدون نیاز و بدون مجوز پزشکی اقدام به مصرف مواد می کند ولی شدت مصرف به حدی نیست که وابسته و معتاد تلقی شود. این افراد با وجود دردها و مشکل‌هایی که برای خود و یا خانواده به وجود می آورند همچنان مصرف مواد را ادامه می دهند (کاپلان و سادوک^۱، ۱۳۹۲).

اصطلاح سوء مصرف مواد به الگوی کلی مصرف مواد توسط فرد که به امری حیاتی و مسلط در زندگی وی مبدل شده اطلاق می شود. چنین افرادی برای به دست آوردن و مصرف ماده برنامه‌ریزی نموده و زمان زیادی را صرف می کنند. اعتیاد اصطلاحی تحقیرآمیز است که به طور کلی در مورد الگوی ناسازگارانه رفتاری به کار برده می شود (هالجین و کراس و بیتورن^۲، ۱۳۸۵).

در حقیقت اصطلاح رسمی برای اعتیاد، وابستگی به مواد است که دارای همان مفهوم ولی صحیح تر است. مفهوم این کلمه این است که انسان بر اثر کاربرد نوعی ماده‌ی شیمیایی از نظر جسمی و روانی به آن وابستگی پیدا می کند به طوری که در اثر دستیابی و مصرف دارو احساس آرامش و لذت می نماید (کوچکی، ۱۳۹۰).

۲-۲-۴- ملاک‌های سوء مصرف ماده

۱- وابستگی به مواد^۳

^۱- Sadock & Sadock

^۲- Halgin & Vitborn

^۳- Substance Dependency

به مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک اطلاق می‌شود که نشانگر تداوم مصرف مواد از سوی فرد علی‌رغم مشکلات قابل توجه وابسته به مواد است.

الگوی خود تجویزی مکرر ممکن است به تحمل^۱، رفتار ناشی از ترک و رفتار تکانشی مصرف مواد منجر شود (سادوک و سادوک، ۱۳۸۹).

۲- سوء مصرف مواد

سوء مصرف مواد به هر نوع مصرف مواد به طوری که تأثیر ناخواسته‌ای روی مصرف‌کننده داشته باشد اطلاق می‌شود. میزان ماده مصرف‌شده تعیین‌کننده سوء مصرف نیست بلکه میزان تأثیری که مواد برجای می‌گذارد نشان‌دهنده‌ی سوء مصرف خواهد بود. برای این که شخصی مشمول ملاک‌های سوء مصرف مواد شود، علائمش نباید در گذشته یا حال واجد ملاک‌های وابستگی به این گروه از مواد باشد (آهنی و همکاران، ۱۳۸۸).

۳- مسمومیت^۲ با مواد

به پیدایش سندرمی برگشت‌پذیر و مختص مواد اطلاق می‌شود که بر اثر مصرف زیاد مواد ایجاد می‌شود. ممکن است رفتارهای غیر انطباقی فراوان بالینی یا تغییرات روان‌شناختی وجود داشته باشد. مسمومیت با مواد سندرم اختصاصی مواد است که بر اثر قطع یا کاهش مصرف طولانی‌مدت مواد ایجاد می‌شود. این سندرم اختصاصی مواد موجب ناراحتی فراوان بالینی در عملکرد اجتماعی یا شغلی می‌شود (سادوک و سادوک، ۱۳۸۹).

۲-۲-۵- عوامل خطر ساز^۳ و محافظت‌کننده^۴

عوامل خطر ساز، احتمال مصرف مواد رادر فرد افزایش می‌دهند. در حالی که عوامل محافظت‌کننده می‌توانند آن را کمتر کنند. همچنین عامل خطر ساز برای شخصی، ممکن است برای فرد دیگری عامل خطر به حساب نیاید. بسیاری از عوامل خطر ساز و محافظت‌کننده بر سن شروع و شدت مصرف مواد در نوجوانان تأثیر می‌گذارد.

از دیدگاه بهبودی و سلطانی (۱۳۹۴) عوامل خطر ساز روانی - اجتماعی بروز اختلالات مصرف مواد عبارتند از:

- الگوپذیری از والد مصرف‌کننده در خصوص مصرف مواد

^۱ - Tolerance
^۲ - Intoxication
^۳ - Risk Factor
^۴ - Protective

- تعارض خانوادگی
 - فقدان نظارت والدین
 - مصرف مواد همسالان
 - رویدادهای فشارزای زندگی افراد
 - اعتقاد والدین به بی خطر بودن مواد
 - تکانشگری و اختلالات روانی نظیر اختلال سلوک و افسردگی.
- هرچه تعداد عوامل خطر ساز بیشتر باشد احتمال مصرف مواد بیشتر است. عوامل محافظتی که احتمال مصرف مواد را در نوجوانان کمتر می کنند عبارتند از:

- ثبات زندگی خانوادگی
- پیوند قوی والد-کودک
- رفتارهای خانوادگی و تحصیلی مناسب.

مداخلاتی که سبب کاهش عوامل خطر ساز شوند احتمال مصرف مواد را کاهش می دهند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۹). عوامل خطر ساز و محافظت کننده می توانند در نتیجه ی مراحل مختلف رشد زندگی فرد به وجود آیند. عوامل خطر ساز از راه های مختلفی می توانند برسومصرف مواد تاثیر بگذارند. بیشترین خطر این که در آینده یک فرد سوء مصرف کننده شود، بی پناه بودن او است. بعضی عوامل خطر در دوره های خاصی از رشد فرد ممکن است خطرناک تر از عوامل دیگر باشد، مانند فشار همسالان در دوره های نوجوانی. در این راستا بعضی از عوامل محافظت کننده از قبیل پیوستگی در رابطه قوی والد – فرزند در سال های اولیه دوران خطر می تواند اثر زیادی بر کاهش خطرها داشته باشد.

بین مصرف مواد و انواعی از رفتارهای پرخطر از جمله استفاده از اسلحه، رفتارهای انتحاری، تجارب جنسی زودرس، رانندگی خطرناک و گاهی اشتغال خاطر با کیش ها یا فرقه های شیطان پرستی ارتباط وجود دارد. هرچند هیچ یک از این عوامل الزاما پیش بینی کننده مصرف مواد نیست؛ اما در صورت بروز باید به مصرف مواد فکر کنند. نوجوانانی که فاقد مهارت های اجتماعی کافی هستند ممکن است برای همرنگی با گروه همسالان به مصرف مواد بپردازند. در برخی موارد نوجوان در خانه و همراه با والدین و به منظور تقویت تعاملات اجتماعی مصرف مواد را شروع می کند. هرچند شواهد، وجود خصوصیات مشخصی را در نوجوانان مصرف کننده مواد نشان نمی دهد؛ اما به نظر می رسد اکثر مصرف کنندگان مواد، نقایصی در مهارت های اجتماعی دارند و روابطشان با همسالان مطلوب نیست (اله وردی پور و همکاران، ۱۳۸۴).

۲-۲-۶- عوامل دخیل در مصرف مواد

۲-۲-۶-۱- عوامل شخصی

از نظر روان شناسی عقیده بر این است که اعتیاد به مواد مخدر به گونه ای غیر مستقیم پاسخ مخربی درمقابل کنش های غیرقابل تحمل بیرونی و درونی است. بدین وسیله فرد سعی می کند آرام و مشکلات درونی خود، مانند اضطراب، افسردگی و محرومیت ها را کاهش داده و یا تسکین بخشد. در واقع انتخاب شیوه ی ناسالمی برای فرار از واقعیت های موجود است (زینالی، ۱۳۸۷).

۲-۲-۶-۲- عوامل اجتماعی

نوجوانان و جوانان معمولاً در معرض تغییرات شدید شرایط اجتماعی می باشند. این تغییرات می تواند تاثیر عمیقی بر رفتارهای پرخطر و آسیب زا داشته باشند. تغییر در معیارهای اجتماعی، ارتباطی، جنسی و خطر انجام رفتارهای پرخطر و غیرسالم را افزایش می دهد (رضایی و همکاران، ۱۳۹۳). شرایط زیر احتمال مصرف مواد را بیشتر می کند:

-بازار مصرف مواد

-کمبود امکانات تفریحی، ورزشی و حمایتی

-محرومیت اقتصادی

-بیکاری

-عدم وجود برنامه های پیشگیرانه

-کمبود خدمات بهداشتی، درمانی و مشاوره ای

-تبعیض

-دسترسی آسان

- فقر و حاشیه نشینی.

۲-۲-۶-۳- عوامل خانوادگی

خانواده اولین مکان رشد شخصیت، تشکیل باورها و الگوهای رفتاری فرد است. خانواده علاوه بر این که محل حفظ و رشد افراد و کمک به حل استرس و پاتولوژی است منبعی برای تنش، مشکل و اختلال نیز می باشد. نا آگاهی والدین، ارتباط ضعیف والدو کودک، فقدان انضباط در خانواده، خانواده متشنج یا آشفته،

احتمال ارتکاب به انواع بزه کاری ها مانند سومصرف مواد را افزایش می دهد. همچنین فرزندان والدین سومصرف کننده مواد با الگوبرداری از رفتار آنان، مصرف مواد را یک رفتار بهنجار تلقی کرده و رفتار مشابهی پیشه می کنند (نادری و همکاران، ۱۳۸۷).

در خانواده های دارای شرایط زیر احتمال رفتارهای پرخطر افزایش می یابد:

-فقدان تربیت و دلبستگی والدین و مراقبان

-والدین و مراقبان مصرف کننده مواد (نوزامی، گوردون و بارنز^۱، ۲۰۱۵).

آثار مصرف مواد بر روی خانواده افراد سوءمصرف کننده مواد به صورت استرس با علائم روانی و جسمی تجربه می شود که عبارت اند از نگرانی در مورد بار تحمیل شده در اثر مصرف مواد، نگرانی از رفتار و وضعیت سلامت جسمی و روانی فرد سوءمصرف کننده مواد، کاهش ارتباطات و حمایت های اجتماعی خانواده^۲، تأثیرات منفی روی ارتباطات بین اعضای خانواده (حساسیت در روابط بین فردی) و علائم خلقی یا عاطفی شامل اضطراب، نگرانی، افسردگی، احساس بیچارگی، خشم و احساس گناه می باشد (بوتلر و بالد^۳، ۲۰۰۵).

۱- تأثیر اعتیاد والدین بر ساختار خانواده

مشکلات ذاتی یک نظام خانواده ی مبتلا به سومصرف مواد برای رشد کودکانی که باید سال های کودکی و نوجوانی خود را در تلاش برای مقابله با مجموعه ی دشوار منحصر به فردی صرف کنند، مشکلات مهمی به بار می آورد. اگرچه خانواده های مبتلا به سومصرف مواد، به یقین متفاوتند اما همه ی آن ها تا جایی که به پرورش فرزندان مربوط می شود تابع الگوهای مشترکی هستند (پور شهبازی و همکاران، ۱۳۸۴).

ممکن است در خانواده های مبتلاء، مرز بین نظام های فرعی ضعیف باشد، وحدت نظام های فرعی سرپرستی، خدشه دار شده باشد و کودکان عهده دار امری شوند که وظیفه بزرگسالان است. این خانواده ها آشفته تر از خانواده های عادی هستند و تفاوت های ساختاری و کارکردی با خانواده های معمولی دارند. تعاملات چنین خانواد هایی بسیار در هم رفته^۴ است. این خانواده ها در دو بعد اساسی کنترل و عواطف دارای مشکل هستند (استرمن و گرابیک^۵، ۲۰۰۰؛ به نقل از آهنی و همکاران، ۱۳۸۸).

^۱ - Novozymes, Gordon and Barnes

^۲ -Family Social Support

^۳ - Butler & Bauld

^۴ - Enmeshment

^۵ - Esterman & Grubic

۲- تاثیرات اعتیاد والدین بر فرزندان

سومصرف مواد والدین تاثیر پایداری بر فرزندان دارد. این وضعیت دشواری را برای هرکس که با آن سروکار دارد به وجود می آورد. مشکل زمانی جدی می شود که کودکان در آن درگیر شوند. والدینی که سومصرف مواد دارند آگاهانه یا نا آگاهانه باعث به وجود آمدن تعدادی از مشکلات فرزندان خود می باشند. این پدیده آزار کودکان و غفلت از آن ها را به همراه دارد. این کودکان علائم اضطراب مانند بیش آموزی^۱، نیاز به راضی کردن همیشگی دیگران، ترس از به موقع نرسیدن به خانه و همچنین نشانه های افسردگی را تجربه کرده و احتمال بیشتری دارد از بیماری های روان تنی و عدم بهزیستی شکایت کنند. عزت نفس پایین ودوری گزینی اجتماعی از دیگر مشکلات این کودکان است (حسین خان زاده و همکاران، ۱۳۹۲).

سومصرف مواد والدین، بر روی والد موثر بودن آنها تاثیر گذار می باشد؛ به نحوی که آنان نمی توانند فرزندپروری کارآمدی داشته باشند یا در مراحل آموزش کودکان خود مشارکت کنند. این عوارض مخصوصا روی مادران سومصرف کننده مواد بیشتر است به علاوه محیط زندگی و اجتماعی والدین سومصرف کننده مواد، نا ایمن و آشفته بوده و اثرات کاملا منفی بر آنان دارد. بنابراین این والدین نمی توانند رشد اجتماعی مناسب و دوران کودکی باثباتی را برای فرزندان خود فراهم نمایند. والدین سومصرف کننده مواد به گونه ای رفتار می کنند که در طی زمان حمایت خود را از دست داده یا این حمایت به تدریج کم می شود. مشکلات تحصیلی، بهداشتی، عزت نفس پایین، انزوای اجتماعی و خطر سوء مصرف در فرزندان والدین مصرف کننده مواد بیشتر دیده می شود (آهنی و همکاران، ۱۳۸۸).

۲-۲-۷ بازگشت اعتیاد

نکته اصلی که در ارتباط با مدل های اعتیاد وجود دارد، این است که درمان اعتیاد می تواند شکست بخورد و اینکه اعتیاد یک بیماری مزمن و عود کننده است. این قسمت روی یکی از موانع اولیه و اصلی در مقابل بهبودی از اعتیاد، یعنی فرایند عود تمرکز دارد. عود شاید سخت ترین مسئله تمام موضوعات مرتبط با اعتیاد باشد (هافمن و فرومک^۲، ۲۰۰۷) یک فهم از اینکه عود چگونه تعریف شده است و چه عواملی با آن مرتبط است، اساس مهمی برای فهم این مدل هاست. عود اعتیاد، بازگشت به مصرف مواد به دنبال یک دوره دور بودن از مصرف می باشد (کانورز و مایستو^۳، ۱۹۹۶) یک تعریفی که بیشتر از همه خاص و ویژه است، در مورد عود توسط ویسون و همکاران ارائه شده است، اتفاقی ناپیوسته، که لحظه ای اتفاق می افتد که شخص مصرف را از سر میگیرد و همچنین یک فرایندی که در طول زمان اتفاق می افتد. برای مثال، عود می تواند در

^۱- Overachievement

^۲- Hoffman & Fromic

^۳-Connors & Maisto

امتداد یک طیفی از لغزش (یک بازگشت کوتاه به مصرف که به دنبال آن فرد سریع دوباره به پرهیز از مواد بر میگردد) تا عود کامل (یک مرحله از وابستگی دوباره به مواد) که مبتنی بر مقدار زمان برگشت و مقدار مادهای مصرفی می باشد، قرار گیرد (مارلات و گوردون، ۱۹۸۵ به نقل از کرومباگ، بوسرت، کویا و شهام^۱، ۲۰۰۸).

گروه های خودیاری دوازده گامی از قبیل الکلی های گمنام، هر مصرف موادی را به عنوان یک عود تلقی می کنند (فیجانی، ۱۳۹۱). عود می تواند یک تجربه ناکام کننده باشد و پیامدهای مضر و منفی زیادی برای بیماران، مراقبان و درمانگران داشته باشد.

عود یک فرایند چرخه ای و تکرار شونده برای تعداد زیادی از سوء مصرف کنندگان مواد می باشد و لذا برای کسی که تصمیم گرفته است که دور از مصرف باشد، غیر معمول نیست که، دچار عود شود (اسکات، فوس و دنیس^۲، ۲۰۰۵). در حقیقت، نتایج مطالعات مختلف نشان میدهد که حدود ۴۰ تا ۶۰ درصد از کسانی که وارد درمان می شوند، دچار عود می شوند (فیشر و هریسون^۳، ۲۰۰۵).

۲-۲-۸ سبب شناسی بازگشت اعتیاد

۲-۲-۸-۱ عوامل درون فردی

پژوهش ها بیانگر آن است که عوامل روانشناختی، شامل مؤلفه ها و ویژگی های شخصیتی به عنوان عوامل زمینه ساز و تعدیل کننده، نقش برجسته ای را در شروع، ادامه و بازگشت به مصرف مواد مخدر ایفا می کنند. این ارتباط در بین سنین، جنسیت و فرهنگ های مختلف یافت شده است (طارمیان، ۱۳۷۸). از نظر روان شناسی عقیده براین است که اعتیاد به مواد مخدر به گونه ای غیر مستقیم پاسخ مخربی درمقابل کنش های غیرقابل تحمل بیرونی و درونی است. بدین وسیله فرد سعی می کند آلام و مشکلات درونی خود، مانند اضطراب، افسردگی و محرومیت ها را کاهش داده و یا تسکین بخشد. در واقع انتخاب شیوه ی ناسالمی برای فرار از واقعیت های موجود است (زینالی، ۱۳۹۱).

بررسی های اخیر درباره ی عوامل شخصیتی و مصرف مواد مخدر بر روی ساختار علی تأکید دارند. برخی مطالعات بر مؤلفه های مزاجی خصوصاً نوجوانی و هیجان خواهی و بعضی دیگر بر نقش ابعاد مزاجی و رابطه ی آنها با مؤلفه های منشی مانند خودگردانی تأکید دارند. پژوهش ها حاکی از آن است که هیجان خواهی بالا در نوجوانان و جوانان، احتمال مصرف اولیه ی مواد مخدر را افزایش می دهد (رحیمی موقر، ۱۳۸۴). برای مثال تحقیقات بسیاری نشان داده که بین شخصیت ضد اجتماعی و اختلال سلوک با

^۱-Crombag, Bossert, Koya, & Shaham

^۲-Scott, Foss & Dennis

^۳-Fisher & Harrison

سوء مصرف مواد مخدر رابطه وجود دارد. بعضی از افراد برون گرا هستند و این عکس العمل ها را نسبت به بیرون نشان می دهند اما شخصیت هایی هستند که جرأت ورزی ندارند و این خشونت به درون بر می گردد و برای مثال فرد، بیماری روان تنی و استرس پیدا می کند و در واقع بدن به استقبال روان رنجور می رود که خود نوعی خشونت بدن است که انواع بیماری ها را به دنبال دارد. اعتیاد نیز علاوه بر اینکه به بیرون آسیب می رساند نوعی خودزنی و خشونت علیه خود هم هست (اله وردی پور و همکاران، ۱۳۸۴).

۲-۲-۸-۲ نظریه های ژنتیک و عود

مطالعات علاوه بر اینکه ژنتیک را به عنوان یک عامل خطر برای وابستگی به مواد نشان می دهند، بین ژنتیک و عود نیز ارتباط نشان می دهند. مطالعات روی دوقلوها، فرزندخوانده ها و حیوانات شواهدی از اهمیت فاکتورهای مربوط به ژنتیک را در الکلیسم نشان می دهد. خطر ایجاد الکلیسم در فرزندان افرادی که خودشان وابستگی به الکل دارند بیشتر است؛ و حتی وقتی که فرزندان این افراد جدا از آنها هم زندگی می کنند نیز این خطر بالاست (کوب^۱، ۲۰۱۳).

گلدستین^۲ (۱۹۷۸) بیان می کند که بعضی افراد مستعد وابستگی به مواد افیونی هستند. فرض او بر این است که این افراد به صورت ژنتیکی دچار یک کمبودی در مواد اندروفین^۳ درونزاد هستند. اگر این افراد مواد افیونی را مصرف کنند، به یک احساسی از نرمال بودن و سرخوشی دست پیدا می کنند، که این احساس توسط افراد عادی و بدون این نابهنجاری تجربه می شود. این تاثیر می تواند آنها را برای وابستگی به مواد افیونی مستعد و مهیا کند و باعث شود که آن را سخت تر کنار بگذارند و دچار عودهای مکرر شوند.

۲-۲-۸-۳ نظریه های متابولیکی

هو^۴ (۱۹۸۰) حمایت های تجربی برای این فرضیه که سطح بتاندروفین^۵ در معتادان به مواد افیونی نابهنجار است فراهم آورد. زالیوسکا^۶ (۲۰۱۳) بیان کرد که بین سطح بتا اندروفین و وابستگی به مواد رابطه وجود دارد؛ و مصرف مواد موجب بازداری در تولید اندروفین می شود (مشابه تنظیم بازخوردی دیگر هورمونها) به علاوه، علائم ترک ناشی از مصرف مداوم مواد افیونی نتیجه این نقص در مواد اندروفینی است که علائم ترک را تداوم می بخشد و به ایجاد عود در معتادان به مواد افیونی کمک می کند. همچنین مطالعات روی

^۱ - Koob

^۲ - Goldstein

^۳ - Endorphin

^۴ - Ho

^۵ - Beta-endorphin

^۶ - Zalewska

مدل های انسانی و حیوانی نقش بد عملکردی های مناطق مغزی و مسیرها را نشان داده است. تغییرات در انتقال دهنده هایی از قبیل دوپامین^۱ یا گابا^۲، اختلال در مسیر هیپوتالاموس^۳، هیپوفیز^۴، ادرنال^۵، و تاثیرات بادوام زیستی ناشی از مصرف مزمن داروها به عنوان یک میانجی برای عود عمل می کنند. در واقع پاسخدهی عصبی تغییر یافته، باعث آسیب و ناتوانی در سیستم عصبی مرکزی، برای پاسخ مناسب به استرس های محیطی میشود و بدین ترتیب احتمال عود را بالا می برد (کووب و لیموال^۶، ۲۰۰۸).

۲-۸-۴ نظریه های یادگیری

تئوری های که از شرطی سازی کلاسیک و عامل و الگوهای یادگیری اجتماعی برای توضیح رفتار اعتیادی (به عنوان یک عادت یادگرفته شده) استفاده می کنند بر این عقیده اند که اعتیاد می تواند مانند سایر عادت های دیگر شناسایی و اصلاح شود. به عنوان مثال مصرف مواد می تواند به عنوان یک پیوستار از مصرف آزمایشی، مصرف تفریحی، سوء مصرف و وابستگی دیده شود. مصرف مکرر و بیش از اندازه و از دست دادن کنترل روی مصرف، نشانه های رسیدن به مرحله وابستگی به مواد است (بلین، جونکمن، دیکینسون، روبینس و اویرت^۷، ۲۰۰۹).

۲-۸-۵ شرطی سازی کلاسیک

تئوری های که اساسشان بر شرطی سازی کلاسیک است، اعتیاد و میل به مصرف (که یک مفهوم مرکزی در اعتیاد است) را به عنوان یک فرایند یادگیری و اکتساب توضیح می دهند. محرک های محیطی با مصرف مواد، از قبیل وسایل مصرف پیوند می خورند؛ که این می تواند یک تاثیر شرطی شده را داشته باشد و در حقیقت باعث ایجاد میل به مصرف شود. بر این اساس، مدل مواجهه با نشانه ها به وجود آمده است که هدفش شکستن تاثیر شرطی شده دارو است. به این اصول شرطی سازی کلاسیک خاموش سازی می گویند؛ که به این صورت است که عدم تقویت در مواجهه با نشانه های که با مصرف مواد شرطی شده اند باعث کاهش تاثیرات شرطی شده مواد می شود (درموند^۸، ۲۰۰۱).

^۱ -Dopamine

^۲ - GABA

^۳ - Hypothalamus

^۴ - Pituitary

^۵ -Adrenal

^۶ -Koob & Le Moal

^۷ - Belin, Jonkman, Dickinson, Robbins, & Everitt

^۸ - Drummond

۲-۸-۶ شرطی سازی عامل

شرطی سازی عامل بیشتر برای توضیح ماهیت خود اعتیاد مورد استفاده قرار گرفته است. یک رفتار اعتیادی یا یک دارو به عنوان یک تقویت کننده در فرایند شرطی سازی، مشابه غذا یا سکس عمل میکند. تقویت کننده چیزی است که احتمال وقوع رفتار را در دفعه های بعدی بالا می برد و به دو نوع مثبت و منفی تقسیم میشود. (تقویت کننده مثبت باعث به وجود آمدن یک حالت جدید و لذت بخش میشود و تقویت کننده منفی باعث کاهش یک حالت آزاردهنده می شود). وابستگی به مواد هر دو نوع تقویت مثبت و منفی را در بر می گیرد. برای مثال مصرف مواد برای کاهش علائم ترک مشابه یک تقویت کننده منفی عمل می کند، و مصرف برای رسیدن به یک حالتی از سرخوشی به عنوان تقویت کننده مثبت عمل می کند. بنابراین هر دو نوع تقویت در ارتباط با هم می توانند یک تبیینی را برای رفتاری اعتیادی به وجود آورند (اورفارد^۱، ۲۰۰۱).

۲-۸-۷ نظریه یادگیری اجتماعی

مدل های یادگیری اجتماعی در مورد اعتیاد و عود آن تا حدی منطبق بر شرطی سازی کلاسیک و عاملی باشند؛ با این حال آنها بر فرایندهای شناختی، به عنوان یک عامل میانجی، در یادگیری، نگهداری و اصلاح رفتار تأکید می کنند. در واقع نظریه های مختلف یادگیری اجتماعی با تمرکز بر روی فرایندهای شناختی به عنوان عاملی که بین محرک و رفتار قرار دارند، مکمل نظریه شرطی سازی هستند (وانی گراتن^۲، ۲۰۰۶).

یک مدل کلی از عود در نظریه یادگیری اجتماعی شامل سه مؤلفه می باشد: اول، بیمار در طول مدتی که از مواد دور است با یک موقعیت پرخطر روبرو می شود؛ دوم، بیمار یک سری انتظارات در مورد این که آیا می تواند موقعیت را بدون استفاده از دارو کنترل کند، دارد؛ و سوم، اینکه بیمار یک سری محدودیت ها نیز در رفتارها و مهارت هایی که با استفاده از آنها بتواند با موقعیت پرخطر مقابله کند دارد؛ که این وضعیت می تواند منجر به عود و مصرف دوباره مواد شود. این مدل همچنین بیان می کند که اجتناب از مصرف مواد در موقعیت پرخطر منجر به ایجاد یک انتظار بالا در مورد کنترل شخصی و تسلط در فرد می شود که در نتیجه آن پرهیز از مواد ادامه پیدا می کند. اما مصرف مواد در پاسخ به موقعیت پرخطر می تواند باعث به وجود آمدن احساس شکست و گناه در فرد شود، که خود این احساسها مصرف مجدد را بیشتر تسهیل می کنند (نیارا^۳، ۲۰۰۰). مارلات و گوردون^۴ (۱۹۸۰) لغزش و تخطی از پرهیز را مشابه یک سازه می دانند که دارای دو مؤلفه است:

^۱- Orford

^۲- Van Grutten

^۳- Niaura

^۴- Marlatt & Gordon

نا هماهنگی شناختی (داشتن یک تصور از خود به عنوان کسی که مصرف نمی‌کند، که این تصور در تعارض با رفتار واقعی مصرف دارو قرار می‌گیرد و یک ناهماهنگی شناختی ایجاد می‌کند) و اسناد دادن درونی لغزش به عنوان یک نشانه از ضعیف بودن و شکست. اگرچه لغزش در شدت متفاوت است، اما یک اتفاقی است که احتمال تکرار مصرف مواد را افزایش می‌دهد. زیرا ناهماهنگی شناختی و اسناد به ضعیف بودن رفتار را برای کاهش این ناهماهنگی و مصرف مواد تحرک می‌کند.

فاکتورها یا فرایندهای شناختی از قبیل انتظار، برنامه ریزی، پیش بینی ها، اسنادها، خودکارآمدی و تصمیم گیری همه در فرایند یادگیری نقش بازی می‌کنند. چندین عامل درون فردی که در تحقیقات مربوط به عود و مداخلات عود مورد بررسی قرار گرفته اند شامل راهبردهای مقابله ای (موس و موس^۱، ۲۰۰۷)، خودکارآمدی (ماتو، چاکرابارتی و آنجایا، ۲۰۰۹) وانگیزش (هیلر^۲ و همکاران، ۲۰۰۹) می‌شود. همچنین تحقیقات پیشنهاد می‌کنند که عوامل هیجانی، از قبیل وضعیت خلقی، ولع، استرس و اضطراب به طور قوی در فرایند عود نقش دارند (راما و براون^۳، ۲۰۰۸) عوامل عاطفی مرتبط با عود شامل هر هیجانی می‌شود که سبب عود می‌شود و شامل سازه های از قبیل وضعیت خلقی (اضطراب و افسردگی) ولع و استرس می‌شود. چندین مطالعه نشان داده‌اند که هیجان منفی به طور معمول مقدم بر عود بوده است. این مطالعات که هم فرایند و هم وضعیت شیمیایی اعتیاد را مورد آزمایش قرار داده اند، گزارش کردند که حدود ۳۵٪ از عودهای مرتبط با عوامل درونفردی ناشی از تجربه هیجان ناخوشایند یا وضعیت خلقی است و ۸۲٪ از عودهای مرتبط با عوامل بین فردی ناشی از هیجان منفی است که توسط موقعیت های اجتماعی به وجود می‌آیند (مارلات و گوردون، ۱۹۸۰). ولع یک میل یا کشش به سوی مصرف مواد است (پریستون^۴ و همکاران، ۲۰۰۹) و چندین مطالعه ارتباط هایی را بین ولع و عود پیدا کرده اند (لاومن، هانت، لیتن و دروموند^۵، ۲۰۰۰؛ مارلات و گوردون، ۱۹۸۰).

مطالعات همچنین از حالت‌های خلقی به عنوان یک آغازگر برای عود حمایت نشان داده اند (راما و براون، ۲۰۰۸؛ وانجلی، استاپلتون و وست^۶، ۲۰۱۰). استرس: استرس که در نتیجه وقایع منفی زندگی به جود می‌آید، در شکست خوردن درمان و به وجود آمدن عود، موثر است (مارلات و گوردون، ۱۹۸۰). تحقیقات پیشنهاد می‌کنند که استرس می‌تواند زمینه را برای سوء مصرف مواد و شروع آن مهیا کند. سینها^۷ (۲۰۰۸) بیان می‌کند که استرس های ناشی از وقایع گذشته از قبیل ضربه های دوران بچگی و استرس های مزمن می‌توانند فرد را برای سوء مصرف مواد آسیب پذیر کنند. از طرف دیگر مصرف مواد ممکن است روی

^۱ - Moos & Moos

^۲ - Hiller

^۳ - Ramo & Brown

^۴ - Preston

^۵ - Lowman, Hunt, Litten & Drummond

^۶ - Vangeli, Stapleton & West

^۷ - Sinha

پاسخ در برابر استرس تأثیر بگذارد و از این رو حساسیت فرد را در برابر استرس افزایش دهد و گرایش به مصرف را در زمان دور بودن از مواد افزایش دهد.

موس و فینی (۱۹۸۳ به نقل از کلارک، ۲۰۱۲) گزارش دادند که وقایع منفی زندگی در میان افرادی که دچار عود شده اند، نسبت به افراد الکلی که بهبود یافته اند و یا افرادی که الکلی نبوده اند، بیشتر وجود داشته است.

در مطالعه دیگری که بعد از درمان وابستگی به مواد انجام شد، نتایج نشان داد که افرادی که استرس مزمن بیشتری را تجربه کرده بودند به طور مشخصی بیشتر دچار عود می شدند و با دستیابی به مواد و الکل در زمان کوتاهی به مصرف دوباره مواد روی می آوردند (تایت^۱ و همکاران، ۲۰۰۶).

در مرور بالا نشان داده شد که تعدادی از عوامل درون فردی می توانند به عنوان شروع کننده، منجر به عود شوند؛ و تحقیقات از چندین عامل عاطفی شامل ولع، وضعیت خلقی و استرس در عود حمایت می کنند. با این حال، عوامل دوربرد نیز به طور مشخصی در فرایند عود نقش دارند. عوامل دوربرد، صفات مداوم (درازمدت) یک شخص هستند که به طور زیادی غیرقابل تغییر هستند و فرد را در برابر بازگشت دوباره به مصرف مواد آسیب پذیر می کنند. تحقیقات انجام شده روی چندتا از این عوامل دوربرد در پایین آمده است. عوامل دوربرد عود، متغیرهای دموگرافیک - اجتماعی هستند که با شخص معتاد پیوند خورده اند و اغلب ویژگی های برجسته ای هستند که آسیب پذیری در مقابل عود را افزایش می دهند (ویتک ویتز^۲ و مارلات، ۲۰۰۴).

چندین مطالعه نشان داده اند که فراوانی، شدت و مقدار مصرف مواد خط پایه، وقتی که فرد وارد درمان می شود عود را در اندازه گیری های پیگیرانه پیش بینی می کند (احمدی و همکاران، ۲۰۰۹). برای مثال تایت، لگن^۳، بیرنز^۴، هریس^۵ و فینی (۲۰۰۷) رابطه اثر درمان و شدت مصرف مواد را در ۱۲۷۷ فرد که خدمات درمانی به صورت بستری یا سرپایی برای سوء مصرف مواد دریافت کرده بودند را مورد مطالعه قرار دادند؛ این محققان مقیاس شدت اعتیاد را اجرا کردند و وضعیت افراد را از شروع درمان تا ۶ ماه بعد از آن را اندازه گیری کردند. نتایج نشان داد که شدت مصرف الکل و مواد قبل از درمان، شدت بازگشت به مصرف را بعد از ۶ ماه از درمان پیش بینی می کند. همراه بودن سوء مصرف مواد با یک اختلال روانپزشکی دیگر میتواند روی فرایند عود تأثیر بگذارد (برادیزا^۶، استاسیویکز^۷ و پاس^۸، ۲۰۰۶) افسردگی در

^۱ - Tate
^۲ - Witkiewitz
^۳ - Ilgen
^۴ - Byrnes
^۵ - Harris
^۶ - Bradizza
^۷ - Stasiewicz
^۸ - Paas

مطالعات مختلف هم افزایش و هم کاهش در عود را نشان داده است. کودل^۱ و همکاران (۲۰۰۸) ارتباط بین افسردگی و عود را در مدت زمانی ۶ ماهه مورد ارزیابی قرار دادند و نتیجه گرفتند که ۶۵٪ از افرادی که نمره افسردگی آنها در تست بازنگری شده افسردگی بک^۲ متوسط تا شدید بود دچار عود شده بودند و در مقابل ۲۳٪ از افرادی که دارای افسردگی ملایم یا بدون علائم افسردگی بودند، دچار عود شده بودند.

۲-۲-۸-۸ عوامل اجتماعی و بین فردی

عوامل بین فردی مربوط به عود دربرگیرنده سازه های از قبیل حمایت اجتماعی و تعارض اجتماعی و اینکه چگونه ارتباط با دیگران منجر به عود می شود است. تحقیقاتی وجود دارند که از تاثیر حمایت اجتماعی و تعارض اجتماعی روی عود و بهبودی پس از درمان حمایت می کنند (موس و موس، ۲۰۰۷).

چانگ^۳ و لوپز^۴ (۲۰۰۸) دریافتند که جنبه های مختلف حمایت اجتماعی و تعارض اجتماعی عود را ۶ ماه و یک سال پس از درمان پیش بینی می کنند. عواملی از قبیل داشتن والدی که فرد معتاد را از مشکلات مربوط به مواد و الکل، موقعه ی که تحت فشار است آگاه می کند. تعارضات خانوادگی در شروع درمان و داشتن مصرف کننده مواد در شبکه اجتماعی، احتمال مصرف مواد را در یک پیگیری یک ساله افزایش داد است (چانگ و لوپز، ۲۰۰۸).

بروم^۵، سیمپسان^۶ و جو^۷ (۲۰۰۲) گزارش دادند که بیمارانی که تحت درمان بودند و بعد از کامل کردن کردن درمان در یک محیط اجتماعی منفی قرار داشتند یا با سوء مصرف کنندگان مواد زندگی می کردند، ۲/۵ برابر بیشتر احتمال بازگشت به مصرف الکل و ۳ برابر بیشتر احتمال بازگشت به مصرف کوکائین را داشتند. همچنین برخی از پژوهشگران گزارش دادند که حدود ۱۶ درصد از عود ها ناشی از عوامل اجتماعی است. شواهدی وجود دارد که نشان می دهد، حمایت اجتماعی به عنوان یک محافظت کننده عمل می کند و با بالا بردن رضایتمندی از زندگی بهبودی را به وجود می آورد و حمایت خاص یا ویژه با دوری از مواد ارتباط دارد (لاودت^۸، مورگان^۹ و وایت^{۱۰}، ۲۰۰۶).

مطالعاتی از قبیل مطالعه لاودت و همکاران (۲۰۰۶) در این زمینه نوید بخش هستند، زیرا نقش حمایت اجتماعی را در ارتباط با سایر عوامل مورد آزمایش قرار می دهند و سپس یک مدل از عود ایجاد می کنند. به طور خلاصه، عوامل بین فردی از قبیل حمایت اجتماعی و تعارض اجتماعی به تنهایی برای

^۱ - Kodl
^۲ - BDI-II
^۳ - Chong
^۴ - Lopez
^۵ - Broome
^۶ - Simpson
^۷ - Joe
^۸ - Laudet
^۹ - Morgen
^{۱۰} - White

پیش بینی عودکافی نیستند، اما می توانند به عنوان یک ضربه گیر در مقابل عود عمل کنند؛ با این حال مطالعات پیشنهاد می کنند که ترکیبی از عوامل مختلف و در ارتباط با هم منجر به عود می شوند (لاودت و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین یک مجموعه از عوامل زیستی، بین فردی، درون فردی و عوامل دور برد با عود مرتبط هستند.

۲-۲-۹- مواد مخدر

به هر چیزی جزء غذا گفته می شود که وقتی وارد جریان خون می شود ساختار یا کارکرد ارگانسیم زنده را تغییر دهد. جامعه شناسان، واژه مواد مخدر را در مورد موادی شیمیایی به کار میبرند که: (۱) تاثیر مستقیم بر کارکرد جسمی، روانی و فکری مصرف کننده دارد (۲) قابلیت سوء مصرف دارد و (۳) پیامدهای نامطلوب برای فرد و جامعه دارد (صدیق سروستانی، ۱۳۸۶).

۲-۲-۹-۱- مواد مخدر سنتی

به مواد مخدوری اطلاق می شود که منشاء گیاهی دارند مانند تریاک و مورفین که از گیاه خشخاش گرفته شده یا هروئین که یکی از مشتقات نیمه مصنوعی مورفین است و یا کانابیس (حشیش و ماری جوانا) که از گونه مونث گیاه شاهدانه به دست می آیند و کوکائین که از برگ کوکا تهیه می شود (زکریایی، ۱۳۸۸).

۲-۲-۹-۲- مواد مخدر صنعتی

به دسته بزرگی از مخدرها اطلاق می شود که منشاء طبیعی ندارند و طی فرایندهای پیچیده شیمیایی در لابراتوارهای صنعتی ساخته می شوند. تقسیم بندی های گوناگون و متنوعی از این مواد وجود دارد، اما به طور کلی این مواد را می توان در شش گروه طبقه بندی کرد:

توهم زاها، محرک ها، نارکوتیک ها، کراک، کریستال یا شیشه، اکستاسی و ال اس دی.

۲-۳ بخش سوم: تحمل پریشانی

تحمل پریشانی، از سازه های معمول برای پژوهش در زمینه بی نظمی عاطفی است. تحمل پریشانی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالت هیجانی منفی تعریف کرده اند (سیمونز و گاهر^۱، ۲۰۰۵). در حقیقت، تحمل پریشانی یک متغیر تفاوت های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می کند (اسلیریگ، آیرونسون و اسمیتز^۲، ۲۰۰۷). تحمل پریشانی به طور فزاینده ای، به عنوان یک ساختار مهم در رشد بینشی جدید، درباره شروع و ابقاء آسیب های روانی و همچنین پیشگیری و درمان مشاهده شده است (ولن اسکای، برنستیم و جانویک^۳، ۲۰۱۱).

۲-۳-۱ علائم و نشانه های استرس یا پریشانی

مردم اغلب چنان به استرس عادت کرده اند که از وجود آن در خود بی خبرند. بسیاری از ما به رغم این که عصبی و هیجان زده نمی شویم از تأثیرات و عوارض ضعیف کننده و مخرب استرس در امان نیستیم حتی در صورتی که احساس یأس و اضطراب نکنیم استرس کنشگری فرد را در قلمرو اجتماعی، روانشناختی، جسمانی و خانوادگی دچار اختلال می کند به دلیل تغییرات روانشناختی مانند تحریک پذیری، اضطراب، تنش، حالت عصبی و ناتوانی در مهار خود، روابط اجتماعی و خانوادگی مختل می شود و فرد در ابقاء نقش پدر و مادری دچار ضعف و سستی می شود. چهار مورد از شایعترین علائم و نشانگان در هنگام بروز استرس شامل موارد زیر می باشد:

الف) واکنش هیجانی: احساس هایی شامل تحریک پذیری، خشم و خشونت، اضطراب، احساس ناامیدی و افسردگی، نوسان خلق، سرخوشی و افسردگی.

ب) اختلال در فرآیند فکر: ناتوانی در فکر کردن به طور واضح، که نمود آن در فرآیندهای دریافت اطلاعات حل مسئله و تصمیم گیری، خلاقیت و بازیابی اطلاعات شخص آشکار می شود.

ج) نشانگان رفتاری: در رفتارهایی از قبیل اختلال در خواب، پرنوشی الکل، افراط یا تفریط در خوردن، اجتناب از تماس با مردم، تغییر در وضع زندگی خود را نشان می دهد.

د) واکنش های جسمانی: شامل زخم دهان، کلیت، اسهال، یبوست، سوء هاضمه، احساس فشار در ناحیه قلب، زخم معده، دیابت، تنش پیش از قاعدگی ناتوانی و... (دوئل^۴، ۲۰۰۳؛ به نقل از زهراکار، ۱۳۸۷).

^۱ - Simons & Gaher

^۲ - O' Cleirigh, Ironson & Smits

^۳ - Valensky, Bernsteim and John Wick

^۴ - Duel

۲-۳-۲ سازگاری با استرس و پریشانی

استرس اگر خارج از سطح تحمل باشد سلامت موجود زنده را به مخاطره می‌اندازد. بنابراین، حل آن مستلزم کوشش‌های خود به خود و مصرا نه بوده، فرد را برای انجام دادن کارهایی دربار ه آن تحت فشار قرار می‌دهد. آنچه را که فرد انجام می‌دهد، به عوامل بسیاری بستگی دارد که عبارتند از: چهارچوب، مراجعه، انگیزه‌ها شایستگی ها، تاب تحمل استرس، محدودیت‌ها یا پشتیبانی های محیطی شرایط آنی و زودگذر مانند خستگی یا حالت روانی قبلی. البته هر واکنش استرسی پاسخی است به ترکیبی از این تعیین کننده‌ها که ممکن است بعضی از مؤثرتر باشند، ولی همگی با هم به صورتی که فرد واکنش نشان می‌دهد، عمل می‌کنند (دان و همکاران^۱، ۲۰۰۱).

۲-۳-۳ انواع استرس

زهراکار (۱۳۸۷) در کتاب خود با عنوان مشاوره استرس در تقسیم بندی انواع استرس به نقل از بلاک و هرسن (۱۹۸۶)، سه نوع استرس اشاره می‌نماید:

یوسترس^۲ یا استرس مثبت و خوب: این استرس به افراد جنب و جوش می‌دهد و عملکرد آن را بهبود می‌بخشد. این استرس زمانی است که فرد میزان مناسبی تحت فشار قرار می‌گیرد و به عملکرد بهینه دست پیدا می‌کند.

نئواسترس^۳: این نوع استرس نه خوب است و نه بد: مثل استرس ناشی از شنیدن خبر وقوع زلزله در یک نقطه دور افتاده جهان .

دیسترس^۴ یا استرس منفی و بد: این نوع استرس وقتی رخ می‌دهد که بین ساخت‌های فرد و منابع موجود در دسترس او منابع شخصی یا منابعی که به وسیله سازمان مهیا می‌شوند برابر نباشد و یا نیازها و انگیزه های فرد ارضا نشود.

۲-۳-۴ پاسخ به پریشانی

پاسخ پریشانی واکنشی است که در مقابل محرک های فشارزا ارائه می‌شود. پاسخ های گوناگون فرد به پریشانی به سه گروه پاسخ های روان شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی تقسیم می‌شوند. همچنین رابطه میان عوامل پریشانی و پاسخ های فردی به صورت تعاملی و چند عاملی^۵ هستند.

^۱ - Dunn

^۲ - Eustress

^۳ - Neostress

^۴ - Distress

^۵ . Multicausal

۱) پاسخ های روان شناختی به پریشانی: بعضی از پاسخ های روان شناختی به پریشانی عبارتند از: تغییر در عملکرد های شناختی (شامل محدودیت ادراکات، کاهش توانایی تمرکز، عملکردهای مغشوش حافظه، خلاقیت پایین، تغییر در محتوای فکری، تردید در تصمیم گیری)، تغییر در خود پنداره، تغییر در واکنش های هیجانی شامل احساس محرومیت، ملامت، گناه، اضطراب، تنش، تحریک پذیری، بدبینی و ناامیدی نسبت به آینده.

پیش بینی بلاخیزی و بلا انگیزی حادثه، یکی از پاسخ های شناختی معمولی در مواجهه با پریشانی است که به معنی تمرکز در ارزیابی پیش از پیامدهای بالقوه رویدادهای منفی است. برای مثال در حین امتحانات، دانشجویان دارای اضطراب ممکن است به خود بگویند که «من دارم امتحان را خراب می کنم» یا اینکه «افراد دیگر دارند بهتر از من کار می کنند». این واکنش ها به ویژه در افرادی که از توانایی متوسط برخوردارند یا درباره توانایی و استعداد های خود دچار بی اعتمادی و عدم اطمینان می باشند پدیدار می شود. همچنین واکنش های شناختی به پریشانی خود ممکن است باعث بروز پاسخ های اضافی شود. برای نمونه اشتغال ذهنی به افکار مربوط به شکست خود ممکن است باعث شکست دیگری شود.

۲) پاسخ های فیزیولوژیکی به پریشانی: عمده ترین آنها عبارتند از تغییرات بیوشیمیایی در عملکرد عصبی غدد مترشحه داخلی، تغییر در مکانیسم داخلی، تغییر در فعالیت سیستم های بدنی.

۳) پاسخ های رفتاری به پریشانی: شامل پاسخ های آشکار و واضح به فشارزهاست مانند پرخاشگری، حالت های عصبی و پرفشار، خواب آشفته، گرفتگی عضلات و صدای لرزان (احمدوند، ۱۳۸۸).

۲-۳-۵ منابع عمده پریشانی

علاوه بر رویدادهای منفی، وقایع و رویدادهای خوشایند نیز قادر است استرس ایجاد نماید. به عنوان مثال، ارتقاء شغلی و بدست آوردن پست و منصب جدید خوشایند و شادی بخش است، اما چنین موقعیتی خود مستلزم یافتن راههایی برای کنترل فشارهای ناشی از مسئولیت های جدید است. احساس دلتنگی زیاد پس از مسافرتی شاد و همراه با خوشی و یا افسردگی و خستگی که به دنبال پایان یک مراسم عروسی همراه با رقص و پایکوبی به وجود می آید، همگی نمونه هایی در این زمینه به حساب می آیند. در هر حال رویدادهایی نیز وجود دارند که به خودی خود ناخوشایند هستند که می توان به ناکامی، احساس فشار، ملامت، ضربه های عاطفی، تعارض ها، تغییر و دگرگونی ها اشاره کرد (باچر^۱ و همکاران، ۱۳۸۹).

۱) ناکامی ها: دامنه وسیعی از موانع بیرونی و درونی، می توانند به ناکامی منجر شوند. تعصب و تبعیض، نارضایتی شغلی و مرگ فردی عزیز، ناکامی های رایجی هستند که از محیط ناشی می شوند. معلولیت های

^۱ - Butcher

جسمانی، توانایی محدود برای انجام دادن بعضی تکالیف، تنهایی، احساس گناه و کنترل شخصی ناکافی، منابع ناکامی مبتنی بر محدودیت شخصی هستند. کنار آمدن با ناکامی ها برای شخص بسیار دشوار است، زیرا اغلب به خودخوارشماری منجر شده و باعث می شود که فرد احساس کند به گونه ای شکست خورده و یا بی کفایت است.

۲) تعارض ها: در خیلی از موارد استرس از وقوع همزمان دو یا چند نیاز یا انگیزه متضاد ناشی می شود. ضرورت یکی از ارضای دیگری جلوگیری می کند. تعارض هایی که هرکسی مجبور است با آنها کنار بیاید به صورت گرایش - اجتنابی، گرایش - گرایش و اجتناب - اجتناب، طبقه بندی می شوند. در تعارض گرایش - اجتناب، گرایش های نیرومندی به نزدیک شدن و اجتناب کردن از هدفی واحد را در بر دارند. در تعارض گرایش - گرایش انتخاب کردن بین دو یا چند هدف مطلوب را شامل می شود. اگرچه این تجربه بیشتر ممکن است باعث استرس مثبت شود تا استرس منفی، اما این استرس باز هم واقعی و انتخاب را دشوار می کند. در هر دو صورت فرد چیزی را از دست می دهد. در تعارض های اجتناب - اجتناب، انتخاب در آنها بین گزینه های نامطلوب است که هیچ کدام از انتخاب ها موجب رضایت نخواهد شد و تکلیف تصمیم گیری در این مورد است که کدام یک کمتر از همه استرس زا است. طبقه بندی تعارض ها به این صورت تا اندازه ای دلخواهی است. بنابراین تعارض گرایش - گرایش بین شغل های مختلف، به خاطر مسئولیت هایی که هر شغل تحمیل می کند، ممکن است جنبه گرایش - اجتنابی هم داشته باشد. صرفنظر از اینکه چگونه تعارض ها را طبقه بندی کنیم، آنها منبع عمده ای برای استرس هستند که اغلب می توانند بسیار شدید شوند.

۳) احساس فشار^۲: استرس نه تنها از ناکامی ها و تعارض ها بلکه از فشارهای رسیدن به هدف های خاص یا رفتار کردن به شیوه ای خاص نیز ناشی می شود. فشارها ما را وادار می کنند سریع تر باشیم، تلاش مضاعف به خرج دهیم، یا مسیر رفتار هدف گرای خود را عوض کنیم که به طور جدی به توانایی کنار آمدن ما فشار می آوردند یا حتی به رفتارهای ناسازگار منجر می شود. فشارها می توانند از منابع بیرونی و درونی ناشی شوند. چنانچه شما قصد دارید که یک شام نذری را برای ۵۰ نفر آماده کنید، یا اگر تلاش زیاد می کنید که دو پرسش پایانی از یک امتحان تستی ۲۰ دقیقه ای را پاسخ دهید در هر دو صورت شما احساس فشار خواهید کرد. بیشتر کارکنان برج مراقبت پرواز، پزشکان، پرستاران، و افراد پلیس به طور پیوسته و مدام تحت فشارهای شدید، زمانی ناچار هستند تصمیماتی اتخاذ کنند که به مرگ و زندگی افراد منتهی می شود. در چنین حالت (احساس فشار)، برخی افراد راهبردهایی پیش می گیرند که باعث اعتیاد، افزایش اضطراب و بیماری های جسمانی و روانی در آنها می شود.

^۱. Conflicts

^۲. Feeling of stress

۴) ملامت و دلتنگی^۱: برعکس فشار است ولی از منابع فشار زا به حساب می آید، به ویژه اگر برای مدت زمان زیادی ادامه یابد. درد و رنج، حبس در زندان، انجام خدمت وظیفه در یک نقطه پرت و دور افتاده نمونه هایی از این نوع است.

۵) ضربه عاطفی^۲: چنین حالت تجربه هیجانی یا جسمانی شوک آور است. جنگ ها، قحطی ها، آتش سوزی ها، شکنجه ها، طوفان ها، سیل ها، طلاق یا مرگ ناگهانی یکی از نزدیکان همگی نمونه هایی از ضربه های عاطفی به حساب می آیند.

۶) تغییر و دگرگونی^۳: تغییر ممکن است یک منبع استرس قلمداد گردد. طلاق، بیماری در اعضای خانواده، بیکاری، مهاجرت به شهرهای دیگر، افزایش قیمت ها، همگی نمونه هایی هستند که مشکلات مالی، اجتماعی، روانی، و جسمانی در پی داشته و فرد را وادار به سازگاری و انطباق می نمایند.

۷) باورهای غیرمنطقی^۴: آلبرت ایس (۱۹۸۷) معتقد است که باورهای ما درباره رویدادها می تواند به اندازه خود رویدادها منبع استرس باشند. مورد فردی را در نظر می گیریم که از شغل خود اخراج شده است، در نتیجه نگران و افسرده است. از نظر منطق می توان پذیرفت که از دست دادن شغل علت همه رنج های این فرد می باشد، اما ایس معتقد است که باورهای غیر منطقی افراد در مورد از دست دادن شغل، می تواند رنج های او را تشدید کند. بر طبق دیدگاه A-B-C ایس از دست دادن شغل رویداد فعال کننده ای^۵ است (A) یعنی موجب می شود فرد از حالت خمودی، بی حالی و بی اعتنایی بیرون بیاید. پیامد^۶ احتمالی از دست دادن شغل (C) فقر و بدبختی است. اما این رویداد فعال کننده (A) و پیامد (C) تعدادی باور^۷ (B) وجود دارد، مثل: «این شغل بهترین چیزی بود که در زندگی داشتم». «شکست بزرگی خوردم»، «بچه هایم از گرسنگی خواهند مرد»، «هرگز چنین شغلی پیدا نخواهم کرد»، «هیچ کاری از دستم بر نمی آید». این نوع باورها و نگرش ها، بینوایی را تشدید می کنند، به ناتوانی فرد برای تصمیم گیری برای آینده دامن می زنند و برنامه ریزی های او را از مسیر صحیح منحرف می کنند (راتوس^۸، ۱۳۸۹).

۸) رفتار تیپ A: در حالی که برخی اشخاص، به کمک باورهای غیر منطقی، برای خود استرس می آفرینند یا استرس های خود را تشدید می کنند، برخی دیگر استرس را به وسیله رفتار تیپ A به وجود می آورند. افراد تیپ A خیلی مبارزه جو، رقابت پیشه، بی حوصله، و پرخاشگرند. این افراد احساس می کنند که هل داده می شوند، زیر فشارند و یک چشمشان همیشه به ساعت است. آنها نه تنها وقت شناس هستند، بلکه در

^۱. Dysphoria

^۲. Affective shock

^۳. Change

^۴. Dislogical beliefs

^۵. Activator

^۶. Consequence

^۷. Belief

^۸ - Rattus

اغلب موارد، زودتر از موقع بر سر قرار حاضر می شوند، خیلی سریع غذا می خورند، راه می روند و حرف می زنند و اگر دیگران کند کار کنند، حوصله آنها سر می رود. آنها سعی می کنند بحث های گروهی را در اختیار بگیرند. افراد تیپ A در تقسیم قدرت دشواری دارند. در نتیجه کمتر آمادگی مشورت کردن در مورد مسئولیت های کاری دارند و در نتیجه بر سنگینی کار خود می افزایند. همین افراد هستند که جنبه منفی را نیز پررنگ تر نشان می دهند: وقتی در کاری شکست می خورند، در انتقاد از خود تسکین ناپذیرند و به دنبال انتقادهای منفی می گردند تا خود را اصلاح کنند.

۲-۳-۶ منابع لازم برای مقابله با پریشانی

لازاروس و فولکمن^۱ (۱۹۸۴؛ به نقل از احمدوند، ۱۳۸۸) برای مبارزه با پریشانی تعدادی منابع را معرفی کرده اند که عبارتند از:

(۱) سلامتی و توانایی: عامل تنش زا موجب تغییرات فیزیولوژیک می شود و در نتیجه سلامتی فرد و ناتوانی سازگاری او با عامل استرس زا مستقیماً تحت تاثیر قرار می گیرد. همانطور که در نشانگان کلی سازگاری مطرح خواهد شد، در مرحله مقاومت که مرحله سازگاری تلقی می شود، توانایی مقاومت و سازگاری فرد تابع نیرومندی و زنده بودن است. فرد می تواند بدون اینکه وارد مرحله فرسودگی شود، تا زمانی که سلامتی اجازه می دهد، با پریشانی به مقابله برخیزد.

(۲) افکار مثبت: نگرش و تصویر ذهنی مثبت از خود، سودمندی بالایی دارد. افزایش موقتی اعتماد به نفس نیز می تواند اضطراب ناشی از موقعیت های استرس زا را کم کند. داشتن امید به هنگام گرفتاری، به فرد کمک می کند از آرامش نسبی برخوردار گردد. از نظر لازاروس و فولکمن، امیدواری باعث می شود تا فرد: (۱) به خود اعتماد داشته باشد و با این اعتماد راهبردهای سازگاری خاص خود را به کار گیرد، (۲) به دیگران اعتماد کند، همچنان که بیماران به پزشک معالج خود اعتماد می کنند، و (۳) به خدا توجه کند و بر اثر این توجه، قوت قلب به دست آورد. فردی که به بیماری لاعلاجی مبتلا شده بود در کتاب اراده و بهبود، نجات خود را به نگرش خوب و عوامل مثبت، مثل خنده، امیدواری، اعتماد و اراده برای زندگی کردن و زنده ماندن، نسبت می دهد. نویسنده کتاب به این فکر می افتد که از هیجانات مثبت خود چگونه می تواند بهره بگیرد. او پس از بهبود اعلام می کند: «خنده دوی همه دردهاست». او واقعاً تصمیم گرفته بود زنده بماند. از این رو درمان های عادی بیماری را کنار گذاشته بود و در عوض، شوخ طبعی بیش از اندازه، مشاهده فیلم

^۱ Lazarus & Folkman

های کم‌دی، خنده انفجاری، فیلم‌های بسیار شاد، سربه‌سر گذاشتن‌ها و گاهی هم به بازی گرفتن زندگی را برگزیده بود (جاین^۱ و همکاران، ۲۰۰۷).

۴) جایگاه مهار یا منبع کنترل: اگر شخص جایگاه مهار یا منبع کنترل درونی داشته باشد، یعنی شانس و تصادف را قبول نکند و معتقد باشد سرنوشت انسان به دست خودش است، می‌تواند رویدادهای موثر بر زندگی را تحت اداره خود در آورد و بهتر با پریشانی کنار آید. کسی که جایگاه مهار بیرونی دارد، خود را ناتوان احساس می‌کند و بر این باور است که نمی‌تواند جریان رویدادها را عوض کند. کسی که جایگاه مهار درونی دارد، درباره بیماری‌ها مدارک و اطلاعات علمی دقیقی فراهم می‌آورد و رژیم سالمی اتخاذ می‌کند و در نتیجه نسبت به فردی که جایگاه مهار بیرونی دارد، از بهداشت روانی بالاتری بهره‌مند می‌شود. متخصصان بهداشت روانی معتقدند که جایگاه مهار درونی یکی از مطمئن‌ترین ابزارهای مبارزه با استرس و پریشانی است (لیفکورت^۲، ۲۰۱۳).

۵) توانایی اجتماعی شدن: دور هم جمع شدن‌ها، تشکیل کانون‌های بحث، ملاقات‌های دوستانه، قرارهای محبت‌آمیز و شرکت در مراسم و جشن‌ها اغلب به عنوان منبع شادی بخش محسوب می‌گردند و در عین حال می‌توانند استرس‌هایی نیز ایجاد کنند مثلاً اولین برخورد با افراد ناآشنا، اجبار در بحث با افراد ناآشنا و گاهی هم بحث با دوستان قدیمی می‌توانند استرس آور باشند. اشخاصی که می‌دانند در اجتماع چگونه رفتار کنند، چگونه با موقعیت‌سازگار شوند، چگونه بحث‌ها را اداره کنند و به گونه‌ای حرف بزنند که شنونده را تحت تاثیر قرار دهند در مقایسه با دیگران کمتر احساس پریشانی می‌کنند. کسانی که با دشواری روابط اجتماعی برقرار می‌کنند، بیشتر در معرض خطر بیماری قرار می‌گیرند. توانایی اجتماعی شدن به فرد اجازه می‌دهد تا آرزوها، تمایلات و نیازهای خود را به راحتی انتقال دهد، در صورت نیاز درخواست کمک کند یا به کمک دیگران بشتابد و بدین وسیله دشمنی را کاهش دهد (ایزنبرگ^۳، ۲۰۰۲).

۶) حمایت اطرافیان: دوستان، پدر و مادر و سازمان‌های اجتماعی، از جمله نهادهای مذهبی، می‌توانند برای مواجه شدن با پریشانی کمک‌های خوبی باشند. حمایت اطرافیان می‌تواند آثار طلاق، از دست دادن یکی از عزیزان، بیماری مزمن، حاملگی، سقط جنین، بدهکاری، و بسیاری از گرفتاری‌ها را کاهش دهد. وقتی شخص در موقعیت تنش‌زا قرار می‌گیرد، خانواده و دوستان به او کمک می‌کنند، مواظب سلامتی او هستند و به این فکر می‌افتند که شخصی تحت فشار خوب استراحت کند، خوب بخورد و بیاشامد و روحیه خوبی داشته باشد. آنها به حرف‌های او گوش می‌دهند، دست‌هایش را در دست می‌گیرند و این احساس را در او به وجود می‌آورند که می‌تواند بر آنها متکی باشد. آنها نمی‌گذارند که فرد دست به

^۱ - John

^۲ - Lefcourt

^۳ - Eisenberg

کارهای ناشایست و نادرست بزند و به این وسیله تعادل و بهداشت روانی خود را بیش از پیش برهم زند. امروزه در کشورهای پیشرفته سازمان هایی وجود دارند که به کمک افراد افسرده می شتابند، آنها را از تنهایی نجات می دهند، سرگرم می کنند و توصیه هایی ارائه می دهند (کومبر و کینگ^۱، ۲۰۱۲).

۷) امکانات مالی: وقتی فرد می خواهد با پریشانی مقابله کند، پول و امکانات مالی این شرایط را برای او فراهم می سازد که بتواند بهتر با محرک های تنش زا به ستیز برخیزد و همچنین مانع پدیدار شدن آنها گردد. هراندازه بیشتر پول داشته باشیم به همان اندازه بیشتر امکان خواهیم داشت که راه های مبارزه با پریشانی را در اختیار خود بگیریم و وسایل لازم و راحت تر را فراهم آوریم. اشخاص متمکن و مرفه بیشتر می توانند غذای مناسب تهیه کنند و بخورند. اگر محل کار یا موقعیت کاری موجب ناراحتی آنها شود خیلی راحت می توانند آنها را عوض کنند یا کنار بگذارند. این افراد راحت می توانند به کلاس های بدن سازی، ژیمناستیک، ورزش، شنا و سونا بروند و در مناطق آرام سکونت کنند. گرفتاری های روزانه، رویدادهای زندگی و بسیاری از عوامل استرس زای دیگر به کمک پول در صورتی که توان استفاده از آن را یاد گرفته باشیم، خیلی راحت کنار گذاشته می شود (سومر، کارنسی، برومنت و گانس^۲، ۲۰۰۵).

۲-۳-۷ عوامل موثر در تشدید پریشانی

اثرات پریشانی مانند میزان اضطرابی که پدید می آورد و میزان اخلاص آن در توانایی های فرد برای کار و کوشش به عوامل متعددی بستگی دارد و به تعدادی از آنها اشاره می شود.

۱) پیش بینی پذیری: حتی هنگامی که فرد قادر نیست کنترلی روی پریشانی خود داشته باشد اگر بتواند آن را پیش بینی کند از شدت آن کاسته می شود. به نظر می رسد که توانایی پیش بینی ظهور عامل استرس زا اثر آن را تعدیل می کند. قابلیت پیش بینی به ما اجازه می دهد تا نیروهای خود را در مقابل رویدادی که در بسیاری از موارد غیرقابل اجتناب است، بسیج کنیم و وسایل لازم برای غلبه بر آنها را فراهم آوریم. آزمایش های آزمایشگاهی نشان داده اند که هم آدمیان و هم حیوانات رویدادهای آزارنده پیش بینی پذیر را به رویدادهای آزارنده پیش بینی ناپذیر ترجیح می دهند (بریکلند، نیلسن، کانرداهل و هیر^۳، ۲۰۱۵).

۲) امکان کنترل طول دوره پریشانی: کنترل داشتن بر طول دوره یک رویداد استرس زا نیز از شدت پریشانی می کاهد. در یک پژوهش به آزمودنی ها عکس های رنگی صحنه های فجیع مرگ آدمیان نشان داده شد، افراد گروه آزمایشی می توانستند با فشار دادن به یک تکمه به نمایش عکس ها پایان دهند. آزمودنی های گروه گواه می بایستی همان عکس ها را برای مدت زمانی که افراد گروه آزمایش به اختیار خود تماشا می

^۱ -Coomber & King

^۲ -Sumer, Karanci, Berument, & Gunes

^۳ - Birkeland, Nielsen, Knardahl, & Heir

کردند تماشا کنند، اما خودشان نمی توانستند به نمایش عکس ها پایان دهند. از راه اندازه گیری پاسخ گالوانیکی پوست^۱ (GSR) معلوم شد که میزان اضطراب گروه آزمایش بسیار کمتر از اضطراب گروهی بود که هیچ کنترلی بر طول دوره تماشای عکس ها نداشت (رینولدز^۲، ۲۰۰۰).

۳) ارزیابی شناختی: یک رویداد استرس آور معین را دو آدم متفاوت ممکن است به دو صورت کاملاً متفاوت ادراک کنند و این امر به معنایی بستگی دارد که آن موقعیت در نظر هریک از آنان دارد. اهمیت خود واقعیت های عینی یک موقعیت، کمتر از اهمیت برآوردی است که افراد از آن موقعیت ها می کنند. برای مثال ناراحتی ناشی از زایمان برای زنی که با اشتیاق در انتظار تولد فرزندش است به مراتب کمتر فشارزاست تا برای زنی که هیچ میلی به مادر شدن ندارد. ادراک شخص از یک رویداد استرس آور، به برآورد او از درجه تهدید آمیز بودن آن رویداد نیز بستگی دارد. موقعیت هایی که شخص آنها را به صورت تهدیدی برای زنده ماندن خود (اطلاع از ابتلا به سرطان) یا به صورت تهدیدی برای اعتبار و ارزش خود (شکست در شغلی که خودش برگزیده) ادراک می کند، بیشترین پریشانی را ایجاد می کند (گلاسمن^۳، ۲۰۱۶).

۴) احساس کارایی: اطمینان خاطر فرد به اینکه قادر است یک موقعیت استرس آور را به خوبی کنترل کند نیز عامل عمده ای در تعیین شدت پریشانی به شمار می رود. برای بیشتر مردم سخنرانی در برابر یک جمعیت، رویداد فاجعه آمیزی به شمار می آید. اما افرادی که در این کار مهارتی به دست آورده اند به توانایی خود اطمینان دارند و در چنین وضعیتی اضطراب ناچیزی را تجربه می کنند. موقعیت های اضطراری تنش زا هستند، چون در این موقع است که شیوه های معمول آدمی برای کنار آمدن با رویدادها کارایی ندارد. این که فرد نداند در یک موقعیت چه کاری باید انجام دهد خود چیز بسیار مایوس کننده ای است. از آنجا که وقتی افراد دچار پریشانی می شوند به پاسخ هایی رو می کنند که آنها را به خوبی یادگرفته اند، بنابراین باید به کسانی که در کارشان با موقعیت های اضطراری مواجه می شوند یک رشته پاسخ های مناسب یاد داد تا بتوانند با موقعیت های گوناگون مقابله کنند.

۵) حمایت های اجتماعی: امکان دارد که حمایت عاطفی و توجه مردم، پریشانی را قابل تحمل تر کند. معمولاً اگر فرد مجبور شود بدون یاری های دیگران و به تنهایی با رویدادهایی مانند طلاق، مرگ یک دوست محبوب یا بیماری سختی مواجه شود، این رویدادها آسیب زا می شوند در عین حال، دوستان و افراد گاهی پریشانی را دامن می زنند. ممکن است دست کم گرفتن و ناچیز جلوه دادن یک مسئله دشوار با اطمینان خاطرهای کورکورانه مانند «همه چیز درست می شود» بیشتر اضطراب زا باشد تا فقدان هر نوع

^۱ - Galvanic Skin Response

^۲ - Reynolds

^۳ - Glassman

پشتیبانی و پشت گرمی. افرادی که پیوند های اجتماعی گسترده تری دارند بیشتر از کسانی که از پشتیبانی اجتماعی کمتری برخوردارند، عمر می کنند و کمتر از آنان گرفتار بیماری های ناشی از پریشانی می باشند. تحمل پریشانی وقتی آسان تر است که عامل تنش زا به زندگی افراد دیگر هم اثر گذاشته باشد (باچر و همکاران، ۱۳۸۹).

۲-۳-۸ افراد مقاوم در برابر پریشانی

ویژگی های شخصیتی مردمان مقاوم در برابر پریشانی، در قالب سه واژه تعهد، کنترل و مبارزه جویی خلاصه شده است. این ویژگی ها با عوامل تعیین کننده شدت پریشانی از چندین جهت رابطه های دوسویه دارند. برای نمونه، احساس تعهد، شخص در رابطه هایش با مردم موجب می شود که وی در مواقع پریشانی از حمایت اجتماعی برخوردار باشد. به همین ترتیب در کنترل خود مواجهه با رویدادهای زندگی بازتابی است از احساس کارایی که بر جریان ارزیابی رویدادهای فشارزا نیز اثر می گذارد. کسانی که در برابر موقعیت های فشارزا به جای احساس درماندگی، موقعیت را در اختیار خود می بینند بیشتر احتمال دارد که برای تغییر موقعیت اقدام کنند. در مفهوم مبارزه جویی نیز ارزیابی شناختی نهفته است - یعنی باور به اینکه دگرگونی در زندگی یک امر عادی است و بایستی آن را بیشتر به عنوان فرصتی برای رشد به شمار آورد تا تهدیدی برای احساس ایمنی. آشکار است که رویدادهای فشارزای زندگی در پدیدآیی بیماری نقش دارند. اما این نقش از تعامل آنها با عوامل زیست شناختی (آمادگی برای آسیب پذیری در برابر برخی بیماری ها)، عادت هایی که بر سلامت اثر می گذارند و نشانگان ویژگی های شخصیتی آدمی پیدا می شود (اتکینسون^۱ و همکاران، ۱۳۸۹).

۲-۳-۹ انطباق (سازگاری) کلی

هانس سلیه پاسخ بدن به محرک های تنش زا را با اصطلاح نشانگان انطباق کلی^۲ بیان کرد. این نشانگان شامل سه مرحله است. این سه مرحله عبارتند از: (۱) واکنش اعلام خطر^۳: واکنش اعلام خطر اساساً یک پاسخ اضطراری بدن است. در این مرحله پاسخ های فوری بدن، که بسیاری از آنها با میانجی گری دستگاه عصبی سمپاتیک انجام می گیرند، فرد را آماده می کنند تا با محرک های تنش زا حاضر مقابله کنند.

^۱ - Atkinson

^۲ . General Adaptation Syndrome (GAS)

^۳ . Alarm reaction

۲) مرحله مقاومت^۱: اگر واکنش های محرک های تنش زای حاضر ادامه داشته باشند مرحله مقاومت آغاز می شوند که در این حال بدن در برابر محرک های تنش زا پیاپی مقاومت می کند. در این مرحله، درجه فعالیت دستگاه غدد درون ریز و سمپاتیک، به اندازه مرحله واکنش اعلام خطر بالا نیست، اما بالاتر از حالت طبیعی است. در طول این مرحله بدن سعی می کند، انرژی از دست رفته را بازیابد و خسارت وارده را جبران کند.

۳) مرحله فرسودگی^۲: اگر عامل استرس زا به طور مناسب کنترل نشود، ممکن است فرد به مرحله ضعف و ناتوانی سندرم کلی سازگاری وارد شود. ظرفیت فردی اشخاص برای مقاومت در برابر استرس تغییر می کند، اما وقتی استرس به طور نامحدودی دوام می یابد، فرد مجبور می شود ضعف و ناتوانی کامل نشان دهد. ماهیچه ها خسته می شوند و ارگانسیم منابع لازم برای مبارزه با استرس را از دست می دهد. همراه با فرسودگی شاخه پاراسمپاتیک دستگاه عصبی خودکار تسلط پیدا می کند. نتیجه اینکه، ضربان قلب و آهنگ تنفس کاهش می یابد و تعداد زیادی از واکنش های ارگانسیم، که از فعالیت های عصبی سمپاتیک ناشی شده بودند، وارونه می شوند. ممکن است این طور به نظر برسد که از فرصت استفاده می شود، اما شخص هنوز در مرحله استرس و شاید هم تهدید از خارج است. استرسی که در دوره فرسودگی دوام داشته باشد، می تواند حساسیت ها، کهیر، زخم معده، بیماری قلبی، و شاید هم مرگ به دنبال آورد (راتوس، ۱۳۸۹).

۲-۳-۱۰ روش های کاهش پریشانی

برای کنار آمدن با پریشانی و حفظ بهداشت روانی، شیوه های زیادی ذکر شده است. می توان با ارزشیابی منطقی واقعیت و واقعیت گرایی، اعتقاد به اینکه می توان بر خود مسلط شد و با پریشانی مقابله کرد، توجه به جنبه های مثبت موقعیت استرس زا به جای جنبه های منفی آن، یادگیری حل دشواری ها و پایان دادن به تعارض ها، پریشانی را کاهش داد. علاوه بر سازگاری شناختی، روش های فعال دیگری نیز وجود دارند که می توانند برای کاهش آثار پریشانی، راه های مستقیم تری در اختیار افراد بگذارند. این روش ها عبارتند از:

۱) پسخوراند زیستی و آموزش آرمیدگی: در کمک به افراد برای کنترل واکنش هایشان در برابر پریشانی، دو شیوه پسخوراند زیستی^۳ و آرمیدگی^۴ (تن آرامی) چشم انداز امید بخشی گشوده اند. در شیوه آموزش به کمک پسخوراند زیستی (بیوفیدبک)، شخص درباره برخی جنبه های حالت فیزیولوژیایی خود اطلاعاتی (پسخوراند) دریافت نموده و بعد تلاش می کند آن حالت را تغییر دهد. هنوز کاربرد پسخوراند زیستی و آرام سازی برای درمان بیماری هایی که با پریشانی رابطه دارند در

^۱ . Stage of Resistance

^۲ . Stage of Exhaustion

^۳ . Biofeedback

^۴ . Relaxation training

دوره آزمایشی است و هنوز زود است که برآوردی از کارآیی این شیوه ها به دست داد. به نظر می رسد که میزان اثربخشی تن آرامی به ویژگی های افراد بستگی داشته باشد. جالب توجه این است که شیوه های پسخوراند زیستی و تن آرامی بیشتر از همه در مورد افرادی ثمربخش است که نسبت به پریشانی بسیار حساس هستند و این خود نشان می دهد که هیجان ها نقش مهمی در بیماری آنان دارد.

۲) شیوه آرمیدگی: برای آرمیدگی شیوه های گوناگونی مطرح شده است در اینجا شیوه آرمیدگی جاکوبسن^۱ توضیح داده می شود. در شیوه جاکوبسن شانزده گروه ماهیچه ی بدن مانند بازوی راست، بازوی چپ، پیشانی، گردن، شکم، پای راست، پای چپ، و غیره، سفت و شل می شود. آرمیدگی نوعی یادگیری است. تمرین آرمیدگی دو نوبت در روز ظرفیت آرام گرفتن را بیشتر می کند. بنابراین، در موقعیت های استرس زا تنها یک کلمه خواهید گفت: «آرام، آرام...» و بیشتر احساس آرامش خواهید کرد.

۳) ورزش: اگر ورزش کنید و وضعیت جسمی خود را به حالت طبیعی و مناسب نگه دارید، نسبت به زمانی که از نظر جسمی وضعیت خوبی ندارید، کمتر مضطرب و افسرده خواهید شد. ورزش جسمی آثار منفی پریشانی را به شیوه های مختلف کاهش می دهد. هورمون های وارد شده در جریان خون را به هنگام پریشانی مصرف می کند و خطر آنها را تحت تاثیر قرار دادن دستگاه ایمنی بدن کاهش می دهد و تنش متراکم شده در ماهیچه ها را آزاد می سازد و بالاخره ورزش، نیرو، نرمی و قدرت بدنی را افزایش می دهد و مقاومت دستگاه قلبی - عروقی را زیادتر می کند. ورزش هایی که در هوای آزاد انجام می گیرند، موثرتر از ورزش های داخل سالن است. در بین ورزش های مفید پیاده روی، دوچرخه سواری و شنا را می توان نام برد.

۴) اعتماد کردن: اضطراب ها، تعارض ها و کسالت های خود را با اعضای خانواده و دوستان صمیمی در میان بگذارید. گاهی دیگران موفق می شوند درباره موقعیت شما نظر خاصی داشته باشند، مسائل را روشن تر کنند و راه حل هایی ارائه دهند که به فکر شما نرسیده بوده است. اگر مسائل حاد باشد بهتر است به روان شناس، مشاور یا متخصص بهداشت روانی مراجعه کنید.

۵) ارزشیابی موقعیت: علت پریشانی خود را به روشنی تعیین کنید، آیا علاقه دارید از مکانیسم های سازگاری با حل مسئله کمک بگیرید یا ترجیح می دهید از مکانیسم های سازگاری با هیجان پریشانی بهره بگیرید.

۶) انجام یک کار در هر بار: وقتی بر اثر کار، مطالعه، خانواده و مزاحمت های دیگران خسته می شوید، کارهای مهم خود را یادداشت کنید و در هر نوبت فقط یکی از آنها را انجام دهید.

^۱ . Jacobson

۷) پیدا کردن فرصت زندگی: برای خود زمان آزاد در نظر بگیرید و باید بین کار و اوقات فراغت تعادل به وجود آورید، زیرا این کار به سلامت جسمی و روانی و مبارزه با بیماری کمک می کند. دست کم هفته ای یک روز به خود اختصاص دهید و با یکی از دوستان صمیمی گردش کنید و از گذشته های خوب حرف بزنید.

۸) خوردن غذای سالم و استراحت کردن: وقتی تغذیه مناسب باشد و ساعت های خواب خوب تنظیم شود، بدن آمادگی بیشتری برای مواجه شدن با پریشانی پیدا خواهد کرد (احمدوند، ۱۳۸۸).

۲-۳-۱۱ تحمل پریشانی و اعتیاد

درخصوص سبب شناسی وابستگی به مواد، عوامل مختلفی طرح شده است که از جمله مسائل زیست شناختی و روان شناختی است، اما به نظر می رسد پاسخ شخص به داروها و مواد مخدر، تلفیقی از این عوامل مربوط است (سادوک، سادوک، ۱۳۹۱). در حیطه روانشناختی مسئله، بررسی های بسیاری در تبیین این پدیده انجام شده است، یکی از آنها این است که سایر اختلالات روانی در افراد مبتلا به اختلالات سوء مصرف مواد، فراوانی بالایی دارند. به عنوان مثال در یک تحقیق زمینه یابی وسیع به این نتیجه رسیده ان که ۷۶ درصد مردها و ۶۵ درصد زنهایی که تشخیص سوء مصرف یا وابستگی به مواد دریافت کرده اند، یک تشخیص روانپزشکی دیگر نیز داشتند (سادوک، سادوک، ۱۳۹۱).

از میان عوامل متعددی که در رابطه با گرایش به سوء مصرف مواد وجود دارد، می توان به نقش برجسته مشکلات هیجانی و ناتوانی در کنترل و تنظیم هیجان به طور کلی نقش ناکنش وری هیجانی اشاره کرد. افرادی که در کنترل مهارتهای هیجانی خود ناتوانند به احتمال زیاد به مصرف مواد اعتیاد روی می آوردند. همچنین افرادی که تنوع طلب و تحرک جو هستند، بیشتر به دنبال این مواد می روند (عزیزی، میرزایی و شمس، ۱۳۸۹).

افراد با تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانات منفی خود، درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند (کیوک، ریکاردی، تیمپانو، میتچل و اسمیت^۱، ۲۰۱۰). و با پرداختن به برخی رفتارهای مخرب مانند مصرف مواد در صدد تسکین درد هیجانی خود برمی‌آیند. یک راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور از قبیل مصرف الکل و سایر مواد ممکن است منتج به خلاصی سریع افراد از هیجانات منفی شود. این راهبرد، خصوصاً برای کسانی که تحمل پریشانی پایینی دارند، شیوه‌های مناسبی به شمار می‌رود (لازاروس^۲، ۱۹۹۱؛ به نقل از عزیززی و همکاران، ۱۳۸۹).

به طور خلاصه می‌توان گفت که افراد معتاد در شناسایی هیجانات خود و دیگران دچار مشکلاتی هستند که باعث می‌شود در برقراری ارتباط عاطفی مثبت، سازنده و هدایت‌گر با دیگران دچار ناهنجاری‌هایی می‌شوند که خود عامل گرایش به مواد مخدر است. در این میان کسانی که از کنترل هیجانات بالاتری برخوردار باشند در زمینه‌هایی مانند فشار همسالان، مصرف ماده مخدر و روی آوردن به دخانیات و سایر مواد اعتیاد آور مقاومت بیشتری نشان می‌دهند و کسب این توانایی عاطفی آنها را در مقابل فشارها و ناملایمات توانا می‌سازد (کریمی، ۱۳۸۹).

۲-۴- بخش چهارم: مشکلات بین فردی

همه انسان‌ها نیازمند برقراری رابطه با دیگران هستند، چرا که انسان اصالتاً موجودی اجتماعی است و حیات و زندگی پویا و مولد آدمی در گرو روابط بین فردی مناسب است، و بدون این روابط انسان نمی‌تواند به رشد مطلوب و در نهایت به شکوفا کردن شخصیت خود برسد. بخش قابل توجهی از تبلور استعدادها و شکوفا شدن توانمندی‌ها و معنا یافتن قابلیت‌ها و مسئولیت‌پذیری‌ها و تحول شخصیت متعادل و متعالی انسان در نتیجه حیات اجتماعی، برداشت‌های مشاهده‌ای، پیوندهای خانوادگی، کتاب‌های آموزشی و تجارب زندگی جمعی فراهم می‌گردد، به طوری که هرگونه محرومیت از روابط منطقی و سازگارانه با دیگران و دور ماندن از زندگی پویای اجتماعی زمینه اضطراب و افسردگی و عقب ماندگی فرهنگی را هموار می‌نماید (افروز، ۱۳۸۶).

افراد بیشتر ساعت‌های زندگی خود را در کنار دیگران می‌گذرانند و پاداش دهنده بودن و موفقیت این تعاملات و روابط شخصی، نه تنها در زندگی خصوصی، که در زندگی حرف‌های افراد نیز از اهمیت بالایی برخوردار است. هر لحظه از بودن با دیگران، می‌تواند فرصتی برای کشف خود و رشد شخصی، و یا فرصتی برای کاهش هویت و تخریب شخصیت انسان باشد. رشد شخصیت و بهداشت روانی و جسمانی افراد با

^۱ - Keough, Riccardi, Timpano, Mitchell, & Schmidt

^۲ - Lazarus

توانایی برقراری ارتباط رابطه دارد. هنگامی که این ارتباط بی پرده، واضح و با احساس روی می دهد، رابطه تقویت می گردد؛ اما زمانی که به صورت تدافعی، پرخاشگرانه و نامؤثر برقرار می شود، رابطه را تضعیف می کند. وقتی جریان ارتباط به شکل وسیعی مسدود می شود، رابطه به سرعت رو به اضمحلال می رود و عشق - میان همسران، عشاق، دوستان، والدین و فرزندان به مقدار زیادی کاهش می یابد (بولتون^۱، ۱۳۸۶).

در گذشته، مردم اغلب در محیطهای اجتماعی کوچکی زندگی می کردند که شخصاً همه را در پیرامون خود می شناختند و عملاً چهره جدید یا غریبه ای وجود نداشت؛ اما امروزه زندگی اجتماعی افراد توسط غریبه هایی تشکیل شده است که آنها را احاطه کرده اند و دیدن چهره های آشنا در یک مکان عمومی، بیشتر یک استثناء است تا یک قاعده. از بین رفتن اجتماعات کوچک و ظهور جوامعی با مقیاس بزرگ، فرایندی بسیار جدید است و فقط چند صد سال قدمت دارد و شاید این مدت برای انطباق با این تغییر شکل گول آسا در روابط اجتماعی، دوره های بسیار کوتاه بوده باشد (فرگاس^۲، ۱۳۹۴).

امروزه بسیاری از افرادی که آرزو می کنند با دیگران رابطه ای صمیمی، مثبت و معنادار داشته باشند، از تجربه آن ناتوان به نظر می رسند. ارتباط نامؤثر و ضعیف، "خود" فرد را از نظر هیجانی و جسمانی تضعیف می کند و منجر به فاصله بین فردی عمیقی می گردد که در همه جنبه های زندگی و همه بخش های جامعه تجربه می شود. پیامد فروپاشی ارتباط در اغلب موارد تنهایی، مشکلات خانوادگی، عدم صلاحیت و نارضایتی شغلی، فشار روانی، بیماریهای جسمی و روانی و حتی مرگ خواهد بود. علاوه بر ناامیدی شخصی و اندوه ناشی از آن، در حال حاضر شکاف بین فردی یکی از مسائل عمده اجتماعی در جامعه غمگین بشری به شمار می رود (بولتون، ۱۳۸۶).

۲-۴-۱ مفهوم ارتباط

ارتباط یکی از قدیمی ترین، پیچیده ترین، و در عین حال حیاتی ترین دستاوردهای بشر است. انسان به عنوان یک موجود اجتماعی همواره در حال برقراری ارتباط با سایر افراد بوده و به واسطه گفتگوهای خود با دیگران است که به بلوغ دست می یابد (ایلماز، کومکاگیز، بالسی-کلیک، و ارن^۳، ۲۰۱۱). به نحوی که کارل یاسپرز^۴ فیلسوف آلمانی، معتقد است: "ارتباط شخصیت با شخصیت، عالی ترین رهاورد انسان در دنیاست" (بولتون، ۱۳۸۶). ارتباط را می توان فرایندی پویا و مستمر تعریف کرد که مستلزم انتقال اطلاعات از یک فرستنده به گیرنده بوده و بر دانش و تاریخچه مشترک طرفین مبتنی است.

^۱ - Bolton

^۲ - Forgas

^۳ - Yilmaz, Kumcagiz, Balci-Celik & Eren

^۴ - Karl Jaspers

در عصر حاضر، اهمیت برقراری رابطه به حدی است که انسان پیوسته در جهت ابداع و ساخت انواع وسایل، ابزارها، روشها و شیوه‌های کارآمدتر ارتباط جمعی و بین‌فردی نالاش می‌کند (فرگاس، ۱۳۹۴). قابلیت شرکت مؤثر در تعامل با دیگران، چه در زندگی خصوصی و چه در زندگی حرفه‌ای، از اهمیت حیاتی برخوردار است و به نظر می‌رسد همه انسان‌ها برای حفظ سازش یافتگی روانشناختی بهنجار، به تماس اجتماعی با هم‌قطاران انسان خود محتاج‌اند. گرچه تفاوت‌های فردی زیادی در مقدار بهینه تماس مورد نیاز هر شخص وجود دارد، اما محرومیت از تماس اجتماعی، تجربه‌ای ناراحت‌کننده برای همگان است؛ به همین جهت، افراد تلاش می‌کنند روابط گرم، نزدیک و محبت‌آمیزی با دیگران برقرار کرده و آن را حفظ کنند (ریو^۱، ۱۳۹۴).

ارتباط ساختار انگیزشی مهمی است، زیرا زمانی که روابط بین فردی^۲ افراد از نیاز آنها به ارتباط حمایت می‌کند، بهتر انجام وظیفه نموده، در برابر تنیدگی انعطاف پذیرتر می‌شوند، و از مشکلات روانشناختی کمتری خبر می‌دهند؛ اما اینکه افراد تا چه حد به سمت همخوانی و سازش یافتگی پیش بروند، تا حد زیادی به کیفیت روابط بین فردی آنان بستگی دارد. روابطی که اهمیت دادن، دوست داشتن، پذیرفتن و ارزش قائل شدن را دربر نداشته باشند، نیاز به ارتباط را ارضاء نمی‌کنند (ریو، ۱۳۹۴).

اسکات (۱۹۹۸)، به نقل از آذربایجانی و همکاران، (۱۳۸۵) ارتباط را فرایندی می‌داند که به موجب آن می‌توانیم پیام‌هایی را به دیگران منتقل کنیم و یا اطلاعات و پیام‌ها را از جانب آنها دریافت کنیم. ارتباط دارای ویژگی‌های متعدد و متفاوتی است (برای مثال هرارتباطی مستلزم حضور دو یا چند واحد اجتماعی است). هدف اصلی ارتباط انتقال پیام و اطلاعات است و هر گونه اشکالی در انتقال پیام موجب اختلال در ارتباط می‌گردد.

۲-۴-۲ روابط بین فردی

روابط بین فردی در بسیاری از گستره‌های زندگی نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. این روابط برای بررسی و درک حالات ذهنی دیگران با استدلال در مورد چرایی این حالت و توانایی پیش‌بینی رفتار آنان مرتبط است و از فرایند استنتاج نظریه ذهن تبعیت می‌کند. اهمیت روابط بین فردی تا حدی است که رویکردها و طبقه‌بندی‌های آسیب‌شناختی و تشخیصی سهم ویژه‌ای برای نقش و تاثیر آنها در شکل‌گیری و یادگیری مهارت‌های ارتباطی با دیگران و تداوم حل مسائل اجتماعی مد نظر دارند (سلیمان زاده، به نقل از حامدی فرد، ۱۳۹۲).

^۱ - Reeve

^۲ - Interpersonal Relations

از میان تعاریف ارائه شده برای ارتباط و روابط بین فردی، سه تعریف بنیان تمام تعاریف را پی می ریزد. در نزد ارسطو، ارتباط جست و جو برای دست یافتن به کلیه وسائل و امکانات موجود برای ترغیب و اقناع دیگران است. از دیدگاه روانشناسی اجتماعی و دانشمندان علوم ارتباطات انسانی، ارتباط میان فردی، فرایندی است که طی آن اطلاعات، معانی و احساسات از طریق پیام های کلامی و غیر کلامی با دیگران در میان گذارده می شود. یعنی همان فرایند ارسال و دریافت پیام را ارتباط گویند. بر طبق تعریف سوم، ارتباط میان فردی، یک تعامل گزینشی نظام مند منحصر به فرد و رو به پیشرفت است که سازنده شناخت طرفین از یکدیگر است و محصول این شناخت، خلق معانی مشترک بین اعضا و طرفین ارتباط است (بولتون، ۱۳۸۶).

مهارت روابط بین فردی مهارتی است که موجب می شود ضمن تقویت روحیه مشارکت، اعتماد واقع بینانه و همکاری با دیگران بتوانیم مرزهای روابط بین خود و کسانی که دوستشان داریم را تشخیص داده و در جهت ایجاد روابط صمیمانه و دوستانه قدم برداریم و هر چه زودتر بتوانیم به دوستی های نامناسب و ناسالم خود خاتمه دهیم؛ پیش از آنکه مورد آسیب جدی قرار گیریم (نیکسون و وست^۱، به نقل از رضایی، ۱۳۸۷). مهارتهای ارتباطی، فردی، میان فردی، مهارتهای گروهی، سازوکار اجتماعی شدن انسان، دیدگاه کنش متقابل نمادی، مهارت ارتباط جهانی نمونه ای از مهارتهای روابط بین فردی به شمار می رود (سلیمان زاده، به نقل از حامدی فرد، ۱۳۹۲).

بر اساس همین قاعده گفته می شود که ارتباط میان فردی، هدفمند است. طرفین ارتباط اهدافی دارند و آن ها می خواهند از این ارتباط خود نتیجه ای مطلوب بگیرند. از جمله نشانه های هدفمند بودن ارتباط های انسانی، تبدیل شدن این ارتباط ها به فعالیت های تنظیم شده است. یعنی ارتباط برقرارکنندگان صحبت ها و اعمال خویش را متناسب با اهداف خود و الزامات پی ریزی می کنند. عملکرد تنظیم شده، متضمن امکان انتخاب اعمال مختلف و تصمیم گیری بر اساس احتمال دستیابی به هدف مورد نظر صورت می گیرد (بولتون، ۱۳۸۶).

۲-۴-۳ انواع ارتباطات میان فردی

ارتباطات میان فردی، برحسب تقسیمات متعدد، به انواع مختلف تقسیم می شوند که یکی از معروف ترین آن ها به شرح ذیل می باشد.

(۱) ارتباط کلامی

^۱ - Nixon & West

ارتباط کلامی، ارتباطی است که محتوا و پیام به کمک کلمات بیان شده منتقل می شود. این قسم شامل تمام جنبه های گفتار یعنی زبان و ابزار های کلامی همراه آن، مانند تن صدا، سرعت و تکیه صدا می شود (ساندرز، هارجی و دیکسون^۱، ۱۳۹۰).

۲) ارتباط غیر کلامی

ارتباط غیر کلامی (غیر صوتی) به سایر فعالیت هایی گفته می شود که کارکرد ارتباطی دارند ولی کلمه نیستند و شامل حالت های چهره، ژست، حرکات بدنی حتی آهنگ ادای کلمات، وقفه ها، بلندی صدا، لهجه و... می شود (بولتون، ۱۳۸۶). ارتباط غیر کلامی وابسته به بافت ارتباط، اهداف مختلفی را برآورده می سازد و حتی گاه به صورت کامل، جایگزین ارتباط کلامی می شود. ارتباط های غیر کلامی، علاوه بر اینکه مکمل کلامی می توانند باشد، حالت عاطفی را نیز بیان می کنند.

در حالی که ارتباط کلامی به عنوان یک نماد، چند پهلو و انتزاعی است، ارتباط غیر کلامی صراحت و قابلیت اعتماد بیشتری دارد. ارتباط های غیر کلامی وابسته به فرهنگ هستند و از اندیشه ها، ارزش ها، آداب و رسوم و پیشینه فرهنگی انسان ها تغذیه می شوند. از جمله مؤلفه های ارتباط غیر کلامی، تماس جسمی، حرکات و وضعیت بدن (حرکات اندام ها، حالات چهره، کیفیت نگاه کردن، ژست ها) می باشد که هر یک بر اساس فرهنگ، زمان و مکان و همچنین مخاطب و دریافت کننده موقعیت، ارائه و مفهوم خاصی پیدا می کنند.

۲-۴-۴ الگوهای چهارگانه ارتباطات میان فردی

مهارت های ارتباطی مجموعه ای از رفتارهاست که کیفیت ارتباط بین شخصی را دربر می گیرد. هر شخصی برای برقراری ارتباط با افراد دیگر، سبک و روش خاصی برای خویش دارد و تعداد این روش ها بسیار متفاوت و متعدد است تا جایی که می توان گفت به تعداد تمام افراد بشر، روش برای ارتباط وجود دارد. اما به طور کلی، این روشها را می توان در چهار الگوی اصلی (چهار سبک رفتاری) خلاصه نمود..

۱- سلطه پذیری: ویژگی افراد این الگو، برقراری ارتباط صادقانه، غیر صریح (غیر مستقیم و مبهم)، توأم با احترام به فرد متقابل است. افراد سلطه پذیر، دل مشغولی پرهیز از برخورد با دیگران را دارند، حتی اگر این کار به قیمت ضایع شدن حق خودشان تمام شود. آنها معمولاً حق را به دیگران می دهند و برای خود، ارزش و احترامی قائل نیستند. چنین افرادی در مقابل انتقاد، بسیار مضطرب می شوند و معمولاً برخلاف میل خود عمل می کنند. این افراد، اغلب سعی می کنند از تعارض فرار کنند. به عبارت دیگر، افراد سلطه پذیر و کم رو، به طور کلی هنگامی که با کسی مشکل پیدا می

^۱ - Saunders, Hargey and Dixon

کنند، به جای حلّ مسئله، سعی در پاک کردن صورت مسئله دارند. معمولاً هنگام صحبت کردن، سعی می کنند در چشم دیگران نگاه نکنند. در جلسات و مهمانی ها معمولاً ساکت هستند و به هنگام ناراحتی، یا این ناراحتی را در خود فرو می برند یا اینکه موفق به فرو بردن ناراحتی نشده، با اخم کردن و حرکات و رفتارهای غیر مستقیم، ناراحتی خود را بروز می دهند. این افراد، اغلب در ایجاد ارتباط، ناموفق اند و مستعد افسردگی هستند. روانشناسان، اینگونه افراد را با صفت «من مدار» توصیف می کنند.

۲- سلطه گری: به برقراری ارتباط صادقانه، غیر صریح (مبهم و غیر مستقیم)، و توأم با احترام ظاهری گفته می شود. فرد سلطه گر، خود و دیگران را به عنوان شیء و نه انسان، مورد بهره کشی قرار می دهد و سعی می کند افراد را در جهت منافع خود فریب دهد و مهار کند. اشخاص سلطه گر به طور معمول به یک سبک از رفتارها خو می کنند و هر گونه رفتار و ارتباطی خارج از این چارچوب ها، آنها را به شدت مضطرب و نگران می کند. برهمین اساس، افراد سلطه گر، سعی در مهار و بهره کشی از دیگران و حتی خود دارند؛ چون این اعمال، منجر به احساس ایمنی در آنها می شود. اریک فروم معتقد است که فرد سلطه گر، دارای جهت گیری استثماری است و این جهت گیری منبع تمام خوبی ها را خارج از خود می داند و با زرنگی سعی می کند آنها را به درون مرزهای خود منتقل کند. چنین افرادی محبت و عاطفه را نیز متاعی خارج از خود در نظر می گیرند، که باید آن را با زیرکی به دست آورد و یا از دست دیگران بود. زندگی فرد سلطه گر، دریایی متلاطم است که باید با نیرنگ به بقای خود در آن ادامه دهد و خود و دیگران را در جهت اهداف قالبی خود به صورت پنهانی مهار و هدایت نماید. این افراد، هر چند ممکن است در کوتاه مدت، موفقیت هایی در روابط به دست بیاورند، اما در دراز مدت، شکست خواهند خورد. این گونه اشخاص، مستعد افسردگی، اختلال، اضطراب و خشم در روابط هستند و روانشناسان به آنها صفت «تو مدار» اطلاق می کنند.

۳- پرخاشگری: برقراری ارتباط صادقانه، نیمه صریح (مستقیم و مبهم) و بدون احترام متقابل است. افراد پرخاشگر، همواره در پی بردن از دیگران و رقابت با دیگران هستند. آنها همیشه فکر می کنند که حق با آنهاست و این دیگران هستند که مشکل درست می کنند و مسئله ساز هستند. خیلی زود خشمگین می شوند و همواره دیگران را مسئول عصبانیت خود می دانند. از واژه هایی مثل «باید» زیاد استفاده می کنند و معمولاً توانایی گوش دادن به طرف دیگر را ندارند. هنگامی که با آنها مخالفت می شود، به شدت برافروخته می شوند. نباید تصور کرد که فرد پرخاشگر یعنی کسی که همیشه داد و بی داد می کند؛ بلکه خیلی از اوقات، این افراد، خشم خود را با زدن برچسب های تحقیرآمیز و توهین به دیگران نشان می دهند. بی حوصلگی، بی قراری و عجول بودن، جزء

خصیصه های این افراد به شمار می رود. این افراد نه برای خودشان احترام قائل اند و نه برای دیگران

۴- قاطعیت: ویژگی افراد دارای این الگو، برقراری ارتباط صادقانه، صریح (مستقیم و روشن) و توأم با احترام متقابل و اصیل (نه ظاهری) است. یک فرد قاطع، هم حق و حقوق خود و هم حق و حقوق دیگران را محترم می شمارد. نکته قابل توجه در مورد افراد قاطع، این است که آنها برخلاف افراد سلطه پذیر (که خود را متهم می کنند)، و برخلاف افراد پرخاشگر (که همواره دیگران را متهم می کنند)، در تبیین و پیدا کردن راه حل، به جای متهم کردن خود و یا دیگران، به مسئله و چگونگی حل آن توجه می کنند. روانشناسان به چنین سبکی از برخورد و ارتباط «مسئله مداری» می گویند. این افراد، نکات مثبت و منفی را هم در خود و هم در دیگران به صورتی منصفانه می بینند و در عین حال هم برای خود و هم برای دیگران احترام قائل اند. بر همین اساس، در حل تعارضات هم قادرند دیدگاه های خود را به وضوح بیان کنند و هم احترام خود و دیگران را حفظ نمایند. بر همین پایه، این افراد در حل تعارضات، بیشتر برگفتگو تأکید می کنند. بنابراین در ایجاد ارتباط، کاملاً موفق عمل می کند (بولتون، ۱۳۸۶).

۲-۴-۵ عوامل تاثیرگذار در روابط بین فردی

داشتن مهارت برقراری ارتباط موثر رمز موفقیت بسیاری از انسانها در جنبه های مختلف اجتماعی، عقلی، زناشویی، تربیت فرزندان، و زندگی شغلی و حرفه ای است. علوم و مهارت های فنی و قابلیت و مهارت در انجام و وظایف شغلی لازمه موفقیت و پیشرفت است اما بدون مهارت های دیگری مانند مهارت اجتماعی، انسانی و ارتباطی، پیشرفت اگر غیرممکن نباشد، مسلماً بسیار دشوار است (هاشمی، ۱۳۸۵). متغیرهای گوناگونی بر توانایی افراد جهت برقراری ارتباط مؤثر و بروز مشکلات بین فردی تأثیر می گذارند. برای نمونه، ادراک، نقش مهمی در تعاملات اجتماعی دارد، اما ماهیت انتخابی و استنباطی آن معمولاً باعث بی دقتی در ادراک و ارتباط نادرست می شود. فرایندها میانجی گوناگونی بر اطلاعات حاصل از ادراک دیگری، وضعیت، و طرف مقابل تأثیر می نهند (هارجی و همکاران، ۱۳۹۰).

عوامل تاثیرگذار در روابط بین فردی عبارتند از:

* گوش دادن فعال^۱: گوش دادن عنصر مهمی در فرآیند ارتباط است. هرچند تاکنون هنوز چیزی تحت عنوان مهارت گوش دادن آموزش داده نشده است. فرد در دوره دبستان می آموزد که چگونه بخواند، بنویسد و بیان کند. اما به فرد آموخته نمی شود که چگونه یک شنونده ماهر باشد. این در حالیکه به سه روش

^۱-Active Listening

دیگر ارتباطی یعنی گفتگو، خواندن و نوشتن اهمیت بیشتری داده می شود و به نظر می رسد که گوش دادن در درجه آخر قرار می گیرد (نیکسون و وست^۱، به نقل از رضایی، ۱۳۸۷). گوش دادن فعال مهارتی است که به فرد کمک می کند به پیام های کلامی و غیر کلامی گوینده توجه نماید تا درک معانی و فهم احساسات دقیقتر حاصل شود.

* ابراز وجود^۲ و توانایی نه گفتن: ابراز وجود به عنوان موثرترین شیوه و تکنیک در روابط انسانی است. با این تاکید توسعه رفتار شجاعانه در خود، معادل نگرش مثبت در مورد خود و دیگران است. آموزش رفتار شجاعانه شامل کمک کردن به افراد در درک نظریه ابراز وجود و تمرین کردن مهارت های رفتار شجاعانه می باشد. از طریق درک و آگاهی از انواع مختلف رفتار، افراد می توانند پذیرش مسئولیت درقبال انتخاب رفتارشان در هر موقعیتی را فراگیرند. به این معنی که شخص ممکن است برای مثال تصمیم بگیرد در یک موقعیت غیرشجاعانه یا پرخاشگرانه رفتار کند، ممکن است این کار را از روی آگاهی انجام دهد ولی مسئولیت این انتخاب را می پذیرد. رفتار وقتی شجاعانه یا خود ابرازانه است که افراد بدون تجاوز به حقوق دیگران، در دفاع از حقوق خود، پایدار باشند. اینگونه رفتار کردن، فرد را به سوی صادق بودن و باز و صریح اظهار نظر کردن، هدایت می کند و درعین حال نشان می دهد که توانایی درک موقعیت دیگران را دارد (ساجدی، ۱۳۸۷، به نقل از لادانی، ۱۳۸۹). به طور کلی ابراز وجود متشکل از هفت مفهوم است که عبارتند از:

- ۱- ابراز عقاید متفاوت.
- ۲- تقاضای تغییر رفتارهای نامطلوب از دیگران.
- ۳- رد درخواست های نامعقول دیگران.
- ۴- پذیرش کاستی های خود.
- ۵- آغاز و ادامه تعاملات با دیگران
- ۶- ابراز احساسات مثبت.
- ۷- ادای جملات متعارف در هنگام مواجهه با جدا شدن از دیگران. (جوزدانی، ۱۳۸۸).

۲-۴-۶- مشکلات بین فردی و پیامدهای آن

بخش عمده ای از زندگی هر فرد در ارتباط با دیگران سپری می شود. در این راستا، نظریه های بین فردی بر نقش روابط بین فردی در شکل گیری و نگهداشت آسیب شناسی روانی تأکید دارد. سوال اساسی مطرح

^۱ - Nixon & West

^۲ - Assertiveness

شده درگستره مذکور، این است که انگیزه‌های مبتنی بر ناامیدی و متعارض چگونگی منجر به بروز مشکلات بین فردی، علائم آسیب شناختی روانی و صفات شخصیتی ناسازگار و پایدار می‌شوند (هورویتز^۱، ۲۰۰۴). فقدان مهارت در برقراری ارتباط موثر، مشکل بزرگ زمانه، عامل شکست‌ها و ناکامی‌های بسیاری از مردم است. چه بسیار جوانانی که فاقد مهارت‌های ارتباطی هستند و به سمت مصرف مواد سوق داده می‌شوند. کارکنان زیادی در سازمان‌ها به جهت توانایی در برقراری ارتباط موثر همه روزه با مشکلات متعددی با همکاران، مدیران و سرپرستان خود روبه‌رو می‌شوند. از دیدگاهی دیگر، روانشناسان برجسته‌ای چون اریک فرام^۲، کارن هورنای^۳ و سالیوان^۴ معتقدند که عدم توانایی برقراری ارتباط موثر، یکی از مهمترین علل، حالت‌های عصبی و اختلالات روانی و رفتاری است. بسیاری از ما چون نمی‌دانیم در برخورد با دیگران چگونه رفتار کنیم و مهارت‌های روابط انسانی و ارتباط موثر را نمی‌شناسیم دچار عصبیت، افسردگی و کینه‌توزی نسبت به خود و دیگران می‌شویم (هاشمی، به نقل از اقدسی، گل محمد نژاد و برمکی، ۱۳۹۰).

اخیراً این باور که مشکلات بین‌فردی و سبک‌های ارتباطی^۵، آسیب‌پذیری افراد نسبت به آسیب‌های روانی را تعدیل می‌کنند، به‌طور فزاینده‌ای مورد توجه قرار گرفته است (گیلبرت^۶ و همکاران، ۲۰۰۳). گرچه شناسایی ماهیت بین‌فردی مشکلات روانشناختی سابقه‌ای طولانی دارد، تا پیش از کار هرویتز^۷ جهت بررسی و سازماندهی این مشکلات به گونه‌ای که برای پژوهشگران مفید باشد، تلاشی انجام نشده بود. او و روزنبرگ، بیر، آرنو، و ویالسنو^۸ با تحلیل دقیق مشکلات گزارش شده در مصاحبه‌های بالینی توانستند مجموعه‌ای از مشکلات افراد در زمینه سلطه‌گری/ مهارگری^۹، ایثارگری^{۱۰}، اخلاص/نیازمندی^{۱۱}، توافق-پذیری افراطی^{۱۲}، عدم قاطعیت، بازدارندگی اجتماعی^{۱۳}، سردی/عدم صمیمیت^{۱۴} و کینه‌جویی و خودمحوری^{۱۵} را شناسایی، تلخیص و فهرست کنند (بشارت، ۱۳۸۸).

در جریان مشکلات زندگی داشتن منابع و مهارت‌هایی که به ما کمک کنند تا به بهترین شکل ممکن از عهده مشکلات خود برآیم؛ تسهیل‌بخش است (فروزنده و دل آرام، ۱۳۸۲). بروز اختلال یا وجود نقص در روابط بین فردی که در متون نظری تحت عنوان مشکلات بین فردی متداول است، می‌تواند منجر به دامنه‌ی وسیعی از رفتارهای مرضی گردد. به عنوان مثال، وجود مشکلات بین فردی در اختلال‌های

^۱ - Horowitz

^۲ - Erich Fromm

^۳ - Karen Horney

^۴ - Sullivan

^۵ - Relational styles

^۶ - Gilbert

^۷ - Horowitz

^۸ - Rosenberg, Bear, Areno & Villasenor

^۹ - Domineering/Controlling

^{۱۰} - Self-sacrificing

^{۱۱} - Intrusive/Needy

^{۱۲} - Overly accommodating

^{۱۳} - Socially Inhibited

^{۱۴} - Cold/Distant

^{۱۵} - Vindictive/Self-Centered

روانشناختی مختلف نظیر اختلال های تغذیه، افسردگی، اضطراب فراگیر، فوبی های اجتماعی نشان داده شده است.

در این راستا؛ هورویتز^۱ (۲۰۰۴) این اعتقاد را مطرح می کند که پریشانی روانشناختی و بدکاری رفتاری زمانی در روابط بین فردی رخ می دهد که اهداف فردی موثر واقع نشود. از دیدگاه وی چون اهداف افراد بسیار متنوع هستند، بنابراین انواع مختلفی از مشکلات بین فردی وجود خواهد داشت که آشکار کننده رفتار ناسازگارانه در افراد خواهد بود، حتی اگر افراد تشخیص روانشناختی یکسانی داشته باشند. بر اساس این دیدگاه وقتی رفتارهای بین فردی گسیخته می شود منجر به بروز ناکامی با تعارض انگیزه ها می گردد. محصول نهایی این چرخه، مشکلات بین فردی است که در قالب صفات شخصی طولانی مدت و پایداری ناسازگار بروز می یابد. معمولاً این صفات به صورت اشکال مختلف آسیب روانی به صورت اختلال های شخصیت نمود پیدا می کند (بشارت، ۱۳۸۸).

به طور کلی می توان گفت که روابط بین فردی سالم و بهنجار یکی از مهمترین مولفه های مفهوم کلی سلامت روان محسوب می شود، به گونه ای که یکی از زمینه های اساسی مورد بررسی متخصصان روان درمانی برای تعیین سطح سلامت افراد در حیطه های مختلف روانشناختی و جسمانی است. در این راستا شواهد پژوهشی نشان می دهند که روابط بین فردی نقش برجسته ای در بهداشت و سلامت افراد دارد و از طریق تاثیر گذاری بر فعالیت های روزانه زندگی افراد، کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی آنها را تحت تاثیر قرار می دهد (حسنی و طاهری، ۱۳۹۳). در نقطه ی مقابل، روابط بین فردی سالم و با کیفیت بالا؛ مشکلات بین فردی قرار دارد که شامل مسائل و مشکلات مکرری است که در روابط با دیگران اتفاق می افتد و یکی از دلایل مهم مراجعه افراد به روان درمانی به شمار می رود. در واقع مشکلات بین فردی حاصل یک الگوی عمومی هستند که فرد بر اساس آن به ارزیابی و سازماندهی و رابط بین فردی خود می پردازد و معمولاً به تنش، تعارض و مشکلات بین فردی می انجامد (گورتمن، به نقل از شکیبیا، محمدخانی پورشهباز و مشتاق، ۱۳۹۴)

در دهه های اخیر ارزیابی و درمان مشکلات بین فردی در قلمرو های مختلف نظیر پزشکی، روانپزشکی، روان درمانی، خدمات اروانی اجتماعی و آموزشی متداول شده و بیش از پیش نقش آن در سبب شناسی و کاهش علایم اختلالات مختلف مورد توجه قرار گرفته است. یکی از دلایل افزایش اهمیت ارزیابی و سنجش روابط و مشکلات بین فردی توسط متخصصان روان درمانی در سالهای اخیر، تغییر جهت رویکردهای روان درمانی از درمان فرد محوری به سوی الگوهای چند بعدی روان درمانی است که در آن

^۱ - Horowitz

بر نقش روابط و مشکلات بین فردی تاکید می شود (پینکوس و گورتمن، به نقل از حسنی و طاهری، ۱۳۹۳) اشاره نمود که جایگاه مطلوبی در حوزه های روان درمانی و آسیب شناسی روانی کسب کرده است.

۲-۴-۷ مشکلات بین فردی و اعتیاد

همانند دیگر بیماری های روانی، اعتیاد نیز از چندین عامل نشات می گیرد که بعضی از این عوامل محافظتی و بعضی دیگر عوامل خطر ساز هستند و در هر فرد ممکن است گروه خاصی از عوامل مداخله گر مشارکت داشته باشد و باید به هر دوی این عوامل توجه شود. فاکتورهای زیادی وجود دارد که ریسک تمایل به سوء مصرف مواد را بالا می برند. ریسک فاکتورها می توانند ابتلا به سوء مصرف مواد را افزایش دهند در حالی که عوامل محافظتی می توانند خطر را کاهش دهند (ابوالقاسمی، ۱۳۸۹؛ به نقل از غلامی، ۱۳۹۳).

یکی از مهمترین عوامل محافظتی واکنش یا روابط میان فردی است. روابط میان فردی می تواند به عنوان یک ابزار مناسب برای کاهش اضطراب و افسردگی و بالا بردن سلامت روان افراد به کار رود. بنابراین می توان به نقش روابط بین فردی و به دنبال آن برخوردار شدن از حمایت اجتماعی به عنوان عاملی مهم برای فراهم شدن تجربه های مثبت و پاداش دهنده برای افراد اشاره نمود که افزایش احساس خود ارزشمندی و عزت نفس را در پی خواهد داشت. به نظر می رسد سوء مصرف مواد واکنش میان فردی را تحت تاثیر قرار می دهد (علیپور و همکاران، ۱۳۸۸؛ به نقل از غلامی، ۱۳۹۳).

عدم مهارت یا توانایی فرد مبتلا به سو مصرف مواد در برقراری ارتباط با دیگران سبب تشدید مشکلات بین فردی خواهد شد که این امر خود سبب بروز یا شدت گرفتن مشکلات روانی (همچون اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و ...) خواهد شد. مشکلات بین فردی بیانگر مسایلی است که فرد در ارتباط با دیگران تجربه می کند و یکی از منابع استرس های درونی محسوب می شود. علاوه بر این، مشکلات بین فردی نقش محوری در اشکال مختلف آسیب شناسی روانی دارد (سرگین و تایلر^۱، ۲۰۰۷). بنابراین بررسی عوامل موثر بر ایجاد، تکوین و نگهداشت مشکلات بین فردی می تواند از اهمیت بسزایی در فرایندهای مداخلات روانشناختی برخوردار باشد. در گستره متون روانشناختی، طیف وسیعی از مشکلات بین فردی نظیر قاطعیت، اطاعت پذیری، مردم-آمیزی، صمیمیت، مسؤولیت پذیری و مهارگری مورد شناسایی قرار گرفته اند که ممکن است براساس سایر توانمندی های فرد تعدیل شوند.

^۱ - Segrin & Taylor

۲-۵- بخش پنجم: امید

امید از ملازم روانی زندگانی و رشد است یعنی هر لحظه آمادگی برای آن چیزی که است که تاکنون تحقق نیافته است. امید عامل ذاتی و باطنی شالوده زندگی و عامل پویایی روان انسان است و برای به فعالیت رسیدن خواسته های بشر بستری مناسب می باشد (چوخاچی زاده مقدم، ۱۳۸۹). به طور طبیعی امید موجب انگیزه بشر در کارهای اختیاری و مانع ترس از زیان است. امید انسان را به حرکت وا می دارد تا به هدف خویش برسد. امید که از معرفت و شناخت حاصل می شود و اساس همه تلاش های مفید انسانی است (ابراهیمی، صباغیان و ابوالقاسمی، ۱۳۹۰).

امید یکی از آن مواردی است که از زمان آغاز بشریت وجود داشته است و امید هم به عنوان عنصری اصلی در فلسفه ی بدبینانه و یا منفی گرایانه در نظر گرفته می شود: "امید بدترین نوع شر است چون درد و رنج انسان را به تاخیر می اندازد" (نیچه^۱) و هم به عنوان یک نیروی الهام بخش تلقی می گردد، آنطور که الن چالمرز^۲ بیان کرده است: "عوامل اصلی که شادی را به وجود می آورند عبارت اند از: کاری برای انجام دادن، کسی برای عشق ورزیدن و چیزی برای امیدوار بودن به آن" (ویل^۳، ۲۰۰۶؛ به نقل از زارع، محبوبی و سلیمی، ۱۳۹۴).

روانشناسان پذیرفته اند که امید می تواند بر بیماری روانی اثر داشته باشد. در رویکرد سنتی که بر مبنای الگوی آسیب شناسی است، هدف اصلی درمان، حذف بیماری روانی و تثبیت فرد است. درمانگران مدت ها بر این فرض بودند که کاهش نشانه های منفی منجر به سلامت روان و عملکرد موثر می شود. اما امروزه با ظهور روانشناسی مثبت مشخص شده است که این فرض ممکن است کاملا درست نباشد (ریسکیند^۴ و همکاران؛ به نقل از علاءالدینی، کجباف و مولوی، ۱۳۸۶). یکی از اثرات ناامیدی افسردگی^۵ است این افراد تلاشی برای ادامه زندگی ولذت بردن از آن نمی کنند و فرصت های بهتر زندگی کردن را در باقیماندهی عمرشان از دست می دهند (سادوک و سادوک ۲۰۰۷؛ به نقل از رضاعی، ۱۳۹۱).

براساس کتابچه (آکسفورد^۶ ۲۰۰۹)، واژه امید به دو معناست: ۱. امنیت و توکل ۲. آرزو و اعتقادی که امکان دستیابی بدان وجود دارد. در فرهنگ نامه رندم هاوس^۷ نیز امید به انتظار مثبت فعال و مداوم برای تعقیب در جهت یک شایستگی مطلوب معقول تعریف شده است. در فرهنگ فارسی معمولا امید و آرزودر کنار هم بکار می روند (فرهنگ عمید، ۱۳۸۷). هر امیدواری با آرزویی همراه است اما هر آرزویی، امیدواری به همراه ندارد: چرا که آرزو دارای بعد خیال انگیز است و بیشتر به مفهوم خیال پردازی گره می خورد تا با

^۱ - Nietzsche

^۲ - Allan chalmers

^۳ - Ville

^۴ - Riskind

^۵ - Depression

^۶ - Oxford

^۷ - The random house

مفهوم امید. بنابراین فرهنگ لغت، بستر امید را تمایل به تکمیل چیزی با ارزش با احتمال واقعی تحقق همراه با تداوم انتظار وقوع آن، تعریف می کند (محققان و پرچم، ۱۳۹۰).

در طول دهه ۱۹۵۰ تا ۱۹۶۰ روان پزشکان و روان شناسان، امید را تحت عنوان کلی انتظار مثبت برای دستیابی به هدف مطالعه می کردند. و از این میان، اسنایدر^۱ بنیان گذار نظریه امید در روان شناسی معتقد است، امید فرایندی است که طی آن افراد اهداف خود را تعیین می کنند، راهکارهایی برای رسیدن به آن اهداف می سازند، انگیزه لازم برای به اجرا درآوردن این راهکارها ایجاد کرده و آن را در طول مسیر حفظ می کنند (محققان و پرچم، ۱۳۹۰).

۲-۵-۱ مفهوم امید

تاکنون، بررسی نیروها و رفتارهای انطباقی، عمدتاً مورد غفلت واقع شده است. فرضیه‌ی مطرح شده در روان شناسی مثبت^۲ بر این اساس است که به جای آنکه تنها بر رفع مشکلات و نواقص به شیوه‌ی قدیمی تمرکز کنیم بهتر است به پرورش و تقویت نیروها و ویژگی های مثبت در فرد بپردازیم. در این صورت بهتر می توان به افراد کمک کرد (ویل، ۲۰۰۶؛ به نقل از زارع و همکاران، ۱۳۹۴).

گرایش روزافزون مطالعات روانشناختی به پژوهش های نو در حوزه سلامت و پیش بین های روانشناختی سلامت و بهزیستی روانشناختی^۳، به گسترش و تعمیق حد و مرزهای آن انجامیده است. از طرفی اندازه گیری نقاط قوت و توانمندی های ذهنی ما انسان ها و اندازه گیری سازه هایی که در حیطه روانشناسی مثبت مطرح هستند نیازمند ابزارهایی می باشند. در نگاهی گذرا به فرایند آزمون سازی در حوز های مختلف روانشناسی، متوجه می شویم که در تولید نظریه های روانشناختی و راهبردهای اندازه گیری تفاوت های فردی انسان، دانشمندان ابتدا روی ضعف های انسان متمرکز شدند. به همین دلیل، پژوهشگران، متغیرهایی چون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و درماندگی را برای اندازه گیری انتخاب نموده اند. اما امروزه ابزارهای مشابه همین ابزارها و تکنیک های اندازه گیری را می توان برای سنجش توانمندی های انسان بکار برد. این خط پژوهشی که چند سالی است تحت عنوان "روانشناسی مثبت"، که به وجود ویژگی های مثبت مانند امیدواری، شادی و خوش بینی، معنویت و ایمان اشاره دارد، و به نامی آشنا برای پژوهشگران تبدیل شده است (احمدی، ۱۳۸۹).

روان شناسی مثبت شیوه ای از شناخت و فهم را به روان شناسی می دهد تا بفهمد چرا و در چه شرایطی علیرغم وجود محیط مساعد، پیامدهای منفی به وقوع نمی پیوندند امید و خوش بینی بیشترین

^۱ -Snyder

^۲ -Positive Psychology

^۳ - Psychological Well-Being

توجه نظری و عملی را به خود اختصاص داده اند و خوش بینی به عنوان انتظار امیدوارانه در یک موقعیت معین تعریف شده است. امید یکی از سازه های روان شناسی مثبت است که بیشترین پژوهش در مورد آن انجام شده است و شامل سه مؤلفه متفاوت اهداف، گذرگاه ها^۱ و انگیزش می شود در مفهوم سازی شناختی از امید، پیگیری هدف ها بسیار حائز اهمیت می باشد (اسنایدر و همکاران، ۲۰۰۲).

بر اساس آنچه اسنایدر و همکارانش مطرح کرده اند امید یک الگوی فکری اکتسابی است. اما در رفتارهای آشکاری که عیناً قابل مشاهده اند نیز نمود پیدا می کند. گرچه تنن معتقد است باید فضایی مثل امید را از توانایی واقعی فرد در تعقیب اهداف متمایز از هم بدانیم ولی بر اساس فرضیات اسنایدر، امید، اعتقاد فرد به توانایی اش در تعقیب اهداف است. تصور می شود این اعتقاد مستقیماً به رفتارهای امیدوارانه- ای منجر شود که این رفتارها به نوبه ی خود تفکر امیدوارانه را تقویت می کنند. بنابراین امید یک امتیاز یا فضیلت ذاتی نیست بلکه یک الگوی فکری اکتسابی است که با دست گرفتن به اهداف ارتباط دارد (اسنایدر و همکاران، ۲۰۰۲).

بنا بر تعریفی دیگر، امید یعنی رویکرد هدف محور و خود کارآمد در مورد اهداف قابل دسترس، و نیز عقاید انگیزشی - شناختی که موجب می شود فرد راهبردهایی طراحی و اهداف خود را دنبال کند (کاشدان^۲ و همکاران، ۲۰۰۲).

در سال ۱۹۹۱، اسنایدر مدل شناختی از امید ارائه داد که نه تنها بر انتظارات و تمایلات فرد تکیه می کرد بلکه انگیزه و برنامه ریزی لازم برای به دست آوردن اهداف را نیز در بر داشت. به طور خاص، اسنایدر و همکارانش امید را اینگونه تعریف کرده اند: حالت انگیزشی مثبت که بر اساس احساس موفقیت تعاملی بر گرفته شده از "نیروی عامل" و "گذرگاهها" (برنامه ریزی جهت دستیابی به اهداف) می باشد (چیونز، گوم، فلدمن، میشل و اسنایدر^۳، ۲۰۰۶).

در متن ظهور روانشناسی مثبت بود که اسنایدر و همکارانش امیدواری را مفهوم سازی کرده و ابزارهای اندازه گیری آن را طراحی نمودند. اسنایدر و همکاران امید^۴ را مجموعه ای شناختی می دانند که مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون، انرژی معطوف به هدف^۴ و مسیرها یا به عبارتی برنامه ریزی برای دستیابی به اهداف، است. بنابراین، امید یا تفکر هدف مدار، از دومولفه مرتبط به هم یعنی مسیرهای تفکر و منابع تفکر، تشکیل شده است. "مسیرهای تفکر" انعکاس دهنده ظرفیت فرد برای تولید مسیرهای شناختی برای رسیدن به اهدافش است و "منابع تفکر" هم عبارتند از افکاری که افراد درباره توانایی ها و قابلیت هایشان برای عبور از مسیرهای برگزیده تعریف کرده اند تا به اهدافشان برسند. از طریق

^۱ - Pathway

^۲ - Kashdan

^۳ - Cheavens, Gum, Feldman, Micheal & Snyder

^۴ - Goal-Directed Energy

ترکیب منابع و مسیرها، می توان به اهداف رسید اگر هر کدام از این دو عنصر شناختی وجود نداشته باشد، رسیدن به اهداف غیر ممکن است. شواهد پژوهشی زیادی وجود دارند که نشان می دهند بین بالا بودن میزان امید افراد و موفقیت آنها در فعالیت های ورزشی، پیشرفت تحصیلی، سلامت جسمانی و روانی بهتر و موثر بودن روش های روان درمانی مورد استفاده در درمان اختلالات، ارتباط وجود دارد (اسنایدر ۲۰۰۰، به نقل از گلزاری، ۱۳۹۳).

به اعتقاد اسنایدر و همکاران (۱۹۹۰) در سال های اخیر، روانشناسان به سازه امیدواری به عنوان یک نطفه روانشناختی نگریده و معتقدند که این سازه می تواند به پرورش و ایجاد سلامتی روانی کمک زیادی بنماید. امیدواری دارای دو مولفه شناختی (انتظار روی دادن وقایعی در آینده) و عاطفی می باشد که مولفه عاطفی آن می تواند پیش بینی کننده وقوع رویدادهای مثبت در آینده و در نتیجه افزایش سلامت روانی باشد. یافته های پژوهشی نشان داده اند، افرادی که از امیدواری بالاتری برخوردار بودند، عزت نفس زیادتر عملکرد تحصیلی بهتر و تعهد بیشتری به انجام فعالیت های که به بهداشت و سلامتی بیشتر منجر می شوند نشان می دهند. بزرگسالانی که از درجات بالای امید بهره می برند، به دیگران به عنوان منبع حمایتی و پایگاه هایی که می توانند به آن تکیه نمایند، می نگرند. هم چنین این افراد از این اعتقاد برخوردارند که می توانند با چالش هایی که ممکن است در زندگی شان با آن ها روبرو شوند، سازگار شوند، شادی بالاتری تجربه نمایند و از زندگی شان رضایت بیشتری دارند، آن ها هم چنین می توانند این گفتمان درونی رادر خود رشد دهند که "من می توانم این کار را به پایان برسانم، من نباید شکست بخورم و ناامید شوم." آنها بیشتر موفقیت هایشان را می بینند تا شکست ها را. سنجش رسمی امیدواری مطابق نظریه امیدواری با ساخت و اعتباریابی مقیاس امیدواری سرشتی بزرگسالان^۱ شروع شد. در طول دهه گذشته، چند مسأله روشن شده است: ۱- امیدواری " اینجا و اکنون "مهم است، ۲- کودکان دارای سطوح مختلفی از امیدواری هستند، ۳- اندیشه های هدف ممکن است روی حوزه های تخصصی زندگی متمرکز شوند. به همین دلیل مقیاس های مختلفی برای امیدواری ساخته شدند؛ مقیاس امیدواری حالت بزرگسالان، مقیاس امیدواری کودکان، مقیاس امیدواری نوجوانان و مقیاس امیدواری حوزه های خاص بزرگسالان ایجاد شدند. علاوه بر پنج ابزاری که برای اندازه گیری امیدواری ذکر شد، مصاحبه امیدواری نیز، به عنوان یک رویکرد روایتی برای سنجش امیدواری وجود دارد (رئیسیان خیرآبادی، ۱۳۸۹).

پس از طرح نظریه امید از جانب اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱)، به نقل از علاءالدینی، کجباف و مولوی، (۱۳۸۶) و ایجاد مقیاسی برای اندازه گیری آن حجم وسیعی از پژوهش ها به بررسی رابطه امید با متغیرهای مختلف سلامت روانی و حتی جسمانی پرداختند. به باور اغلب محققان امید، سلامت جسمی و روانی را

^۱ - Adult Dispositional Hope Scale

آنگونه که با انواع شاخص ها از جمله سلامت خود گزارشی، پاسخ مثبت به مداخلات پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، نیرومندی ایمن بخشی، کنار آمدن موثر (ارزیابی مجدد، حل مسئله، اجتناب از رویدادهای فشارزای زندگی، جستجوی حمایت اجتماعی) و رفتار ارتقا دهنده ی سلامت مشخص شده اند پیش بینی می کند و نقش غیر قابل انکاری در رضایت از زندگی افراد دارد (پترسون^۱، به نقل از چوخاچی زاده مقدم، ۱۳۸۹).

در واقع می توان گفت که نظریه امید، از دیدگاه روانشناسی "سلامت" برگرفته شده است و بر "خود-ارزیابی یا خود سنجی مثبت" دلالت می کند. در مقابل، نظریه ها و سنجش هایی در مورد ناامیدی وجود دارند که بر اساس مدل و نمونه ی پزشکی یا آسیب شناسی (پاتولوژیکی^۲) که بر نقایص و "خود سنجی منفی" تمرکز دارند، ارائه شده اند. خود ارزیابی مثبت در تضاد با این خود ارزیابی منفی به وجود آمد (ترنی^۳، ۱۹۹۴، به نقل از مهریار، ۱۳۹۰).

۲-۵-۲ نظریه های امید

اسنایدر (۱۹۹۴) برای اینکه نظریه ی امید را به طور شفاف بیان کند بین آن و مفاهیم مرتبط، تمایز قائل شده است. الگوی رفتاری نوع "A" اولین مفهومی است که اسنایدر آن را از امید متمایز کرده است. او این الگو را مفهومی می داند که به سرعت عمل می کند، تحت فشار زمان و هدف محور می باشد. اسنایدر معتقد است که افراد دارای الگوی رفتاری نوع "A" اهدافی را در نظر می گیرند که به درستی تعریف و تعیین نشده اند چون این افراد اهدافشان را آنقدر سریع تعیین می کنند که هرگز احساس نمی کنند به آن اهداف می رسند یا اگر برسند به اندازه ی کافی راضی و خشنود نیستند. در مقابل، افراد امیدوار مایل اند اهداف واقع گرایانه تری برای خود در نظر بگیرند، مهارت های اجتماعی^۴ بهتری کسب کنند، کمتر پرخاشگر و سمج باشند و از پیمودن مسیر رسیدن به اهداف لذت ببرند (وستروپ^۵، ۲۰۰۲).

در درجه ی دوم، اسنایدر (۱۹۹۴) نقش عزت نفس و هیجان را بررسی کرده است. او معتقد است برانگیخته شدن این دو بستگی دارد که ما چه قدر اهداف خود را فعالانه و موثر دنبال می کنیم. به اعتقاد اسنایدر، عزت نفس مفهومی است که به آن توجه زیادی شده است. اما آنقدر پیچیده و مبهم است که درک آن مشکل است و وقتی واقعا نمی دانیم که این حس چگونه حسی است دست یافتن به آن بسیار دشوار می شود. عزت نفس پایین به جای اینکه با امید قابل تعویض باشد زمانی در فرد برانگیخته می شود که فرد قادر

^۱ - Peterson

^۲ - Pathology

^۳ - Terini

^۴ - Social Skills

^۵ - Westerop

نیست به اهداف خود دست یابد. اسنایدر به جای توجه به هیجانان بهتر می داند بر افکار به عنوان نیروی انگیزشی و محرک تمرکز شود. برای جمع بندی این بحث، باید گفت امید فرایند شناختی مهمی است و عزت نفس نتیجه‌ی شناخت امید محور است (وستروپ، ۲۰۰۲).

افراد امیدوار مایل اند در زمینه های مختلف زندگی برای خود هدف تعیین کنند و اهدافی را در نظر می گیرند که دست یافتن به آنها نسبتا مشکل است و به اهداف خود نیز بسیار علاقه مند هستند. از دیگر نتایج به دست آمده این بود که نوجوانان امیدوار عزت نفس بالاتری دارند و امید با هوش مرتبط نیست. اگر روش هایی برای تقویت امید به کار گرفته نشود میزان امید فرد در طول زمان یکسان باقی می ماند. گرچه ممکن است ضوابط اجتماعی ما را به این سمت سوق بدهند که فرض کنیم مردان امیدوارترند ولی در نمرات کلی مربوط به امید (در ارزیابی های انجام شده) و نمرات مربوط به "نیروی اراده" و "نیروی طراحی راه" که توسط مردان و زنان به دست آمده تفاوتی دیده نشد (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱، به نقل از هاشمی نصرت آباد، باباپور خیرالدین و بهادری خسروشاهی، ۱۳۹۰).

مطالب پراکنده ای در مورد "امید" وجود دارد و بر اساس بازبینی که توسط اسنایدر (۱۹۹۵) صورت گرفته در طول سی سال گذشته تنها دو نظریه دیگر مورد توجه قرار گرفته اند. در حالی که این بازبینی، تمام متون نوشته شده در مورد امید را در بر نمی گیرد اما اسنایدر نقطه شروع خوبی را فراهم آورده است (رئیسین خیرآبادی، ۱۳۸۹). بازبینی دیدگاه اسنایدر (۱۹۹۵) تنها شامل دو نظریه ی جایگزین برای نظریه امید می باشد:

نظریه آوریل (۱۹۹۰) که در آن امید هیجانی معرفی شده که توسط شناخت ها کنترل و تنظیم می شود. نظریه استاتلند (۱۹۶۹) که در آن امید مفهومی شناختی است و وقتی وجود دارد که فرد در انتظار رسیدن به هدفی خاص است. اسنایدر نظریه آوریل را از نظر مفهومی ساده تر از نظریه خود می داند، ولی آن را از نظر بوم شناختی معتبر می داند. او همچنین معتقد است این مدل به اندازه ی نظریه خودش قابل ارزیابی و سنجش نیست. ارزیابی های صورت گرفته بر اساس مدل استاتلند نیز از طریق مشاهده رفتار افراد انجام می شود و به جای اینکه از طریق مقیاس روانسنجی معتبر و دقیقی صورت بگیرد (رئیسین خیرآبادی، ۱۳۸۹).

۲-۵-۲-۱ نظریه امید آوریل

آوریل و همکارانش (۱۹۹۰) به عنوان "ساختارگرایان اجتماعی"^۱ این نظریه را مطرح کردند که امید یک هیجان است. آنها امید را در زمینه ی فلسفه، مذهب و جامعه شناسی بررسی کرده و به اهمیت نقش امید در

^۱ - Social Constructionist

این سه رشته پی بردند. به عنوان مثال، در نوشته های ایشان آمده است: در نتیجه‌ی دفاع افراطی و بی رویه از روشن فکری، انسان جای خدا را گرفت، علم مذهب شد و امید امری دنیوی گشت.

آنها همچنین اشاره نمودند، امید در واقع یکی از سه فضیلت دینی است که در مسیحیت به رسمیت شناخته شده است. دو فضیلت مورد توجه دیگر ایمان و نیکوکاری با عشق به هم‌نوع می باشد. دلیل آوریل و همکارانش برای تحقیق و بررسی امید و طرح نظری این بود که آنها از دیدگاه های کلی و نقطه نظرات خاص پیرامون امید آگاه بودند، ولی ظاهراً نبود نظریه‌هایی مطلق و قابل درک در مورد امید را در متن زندگی روزمره به خوبی احساس می کردند (آوریل، کاتلین و چان^۱، ۱۹۹۰).

آوریل و همکارانش (۱۹۹۲) چهار پژوهش در این زمینه انجام دادند. در اولین پژوهش، نتایج به دست آمده نشان می دهد که هدف امید (آنچه فرد به آن امیدوار است) در وسط پیوستار احتمالات قرار می گیرد. به عبارت دیگر، چیزی که فرد به آن امید بسته بود یا بسیار واقع بینانه تر از هدف مورد نظر بود و یا اینکه کمتر واقع گرایانه بود. اولین نتیجه به دست آمده این بود که "امیدوار بودن" از طریق "احتمال دستیابی" از "خواستن" با "نمایل داشتن" متمایز می شود. دومین نقطه‌ی تمایز مربوط به میزان اهمیت بود. شرکت کنندگان برای خواسته های ضروری شان امیدواری به خرج می دادند. سومین مورد تمایز این بود که هدف امید کمتر مادی، بیشتر اجتماع پذیر، با دوام تر در آینده و انتزاعی تر و نامأنوس تر بود (گلزاری، ۱۳۹۳).

به منظور جمع بندی نتایج اولین تحقیق سه قاعده کلی برای امید مطرح می شود. الف- امید نیازمند "عدم اطمینان" می باشد. اما میزان این عدم اطمینان نباید خیلی زیاد باشد. (شک به اینکه آیا به هدفی دست می یابیم یا نه). ب- افراد نباید امید به مسائل جزئی و پیش پا افتاده ببندد. ج- افراد نباید به اهدافی امید ببندند که از نظر اجتماعی مورد قبول نیستند (آوریل و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از گلزاری، ۱۳۹۳).

در دومین پژوهش آوریل (۱۹۹۴)، ماهیت هیجانی امید را از طریق مقایسه‌ی آن با دیگر هیجانانات اصلی مثل عشق و خشم، مورد بررسی قرار داد. آوریل از پژوهش دوم نتیجه گرفت که اکثر افراد به خاطر چند "توصیف گر" امید را از دسته‌ی هیجانانات می دانند، از جمله‌ی این توصیف گرها (نشانگر) می توان به موارد زیر اشاره کرد:

کنترل آن دشوار است، بر طرز فکر فرد تاثیر می گذارد، موجب می شود فرد به شیوه ای نامشخص عمل کند، موجب برانگیختن رفتاری خاص می شود و یک تجربه‌ی عمومی است. یعنی هر فردی آن را تجربه می کند. در پژوهش سوم "نظریات تلویحی"^۲ مربوط به امید که در ضرب المثل ها، ادبیات مردمی و گفتارهای عامیانه بازتاب یافته اند مورد بررسی قرار گرفت. چون این پژوهش مستقیماً به بحث حاضر مرتبط نیست از به تفصیل شرح دادن آن خودداری می کنم. تنها به این بسنده می کنم که خاطر نشان کنم

^۱ - Averill, Catlin & Chon

^۲ - Implicit Theories

موضوعات مطرح شده در این پژوهش با "قواعد امید"^۱ که در اولین پژوهش تبیین شدند مرتبط و هماهنگ است (گلزاری، ۱۳۹۳).

۲-۵-۲-۲ نظریه امید استاتلند

دومین نظریه جایگزین برای نظریه امید که شایسته است در این جا به طور اختصار بیان شود نظریه استاتلند می باشد. بر اساس چارچوب شناختی که او ارائه داده امید به عنوان "انتظار دستیابی موفقیت آمیز به هدف" تعریف می شود. نظریه او بر اساس پاره ای از فرضیات است که پس از انجام تحقیقات گسترده طرح شده اند. استاتلند درصدد نبود تمام سئوالات مربوط به انگیزه و رفتار آدمی را پاسخ دهد بلکه قصد اصلی او این بود که اهمیت امید به عنوان یک موضوع روانشناسی را دوباره مطرح کند (وستروپ، ۲۰۰۲).

انگیزه ی فرد برای دست یافتن به یک هدف تا حدی نتیجه ی این است که فرد چه قدر هدف خود را قابل دسترس می داند و این هدف تا چه حد برای او اهمیت دارد. هر چه فرد هدف را قابل دسترس تر بداند و هدف برای او اهمیت بیشتری داشته باشد وقتی به هدف برسد واکنش احساسی مثبت تری را تجربه خواهد کرد و هر چه میزان احتمال رسیدن به هدف را پایین بداند و هدف برای او اهمیت کمتری داشته باشد، اضطراب بیشتری را تجربه خواهد نمود. همچنین هرچه فرد اضطراب بیشتری داشته باشد برای "عمل کردن" بیشتر تحریک شده و انگیزه پیدا می کند. طرحواره ها یا به دلیل برخی تجارب مرتبط که برای فرد نمونه هایی از وقایع مشابه فراهم می کنند، یا به دلیل پیام هایی که از سوی دیگر افراد مخابره می شوند سازمان دهی می شوند. هرچه شباهت بین وقایع بیشتر باشد و اهمیت کسی که فرد را هدایت می کند بیشتر باشد احتمال بیشتری وجود دارد که طرحواره برانگیخته و تحریک شود. آخرین فرضیه ی استاتلند این است که برانگیخته شدن طرحواره ها تا حدی به این بستگی دارد که چند بار این طرحواره در گذشته برانگیخته شده است و چند پیشامد که قبلا با این طرحواره سازگار بوده رخ داده است و اهمیت کسی که فرد را هدایت می کند تا چه حد است (استاتلند^۲، ۱۹۸۹؛ به نقل از رئیسین خیرآبادی، ۱۳۸۹).

استاتلند در تبیین درک کنونی ما از امید نقش بسزایی دارد. او برای ارائه نظریه ی ساده و قابل فهم در مورد امید طیف گسترده ای از تحقیقات آزمایشگاهی را تحلیل و بررسی کرد. ظاهرا عدم توجه به مفهوم امید او را برانگیخت در این زمینه فعالیت کند. استاتلند اعتراف می کند که نظریه او کاملترین نیست. ولی مایل است باز بر این تأکید کند که امید یکی از ضروری ترین و مهم ترین مسائل است. در حالی که استاتلند در نظریه خود سنجش معتبر و قابل اطمینانی برای ارزیابی امید طراحی نکرده است اما معتقد است به جای کنار

^۱ - Rules of Hope

^۲ - Astatlnd

گذاشتن مفهوم امید باید در جهت بهبود روش‌های ارزیابی تلاش کرد. استاتلند به کمک تحقیقاتی که در زمینه‌هایی غیر از روانشناسی انجام داد نظریه خود را بسط داده و ثابت کرد که امید مفهومی گسترده‌تر از آنچه است که در روانشناسی تعریف می‌شود (رئیسین خیرآبادی، ۱۳۸۹).

۲-۵-۲-۳ نظریه‌ی امید اسنایدر

اسنایدر و همکارانش یک نظریه پیچیده‌ی هدف محور^۱ را ارائه دادند که مدل تک بعدی قدیمی را گسترش داد و برای نخستین بار امکان ارزیابی دقیق و معتبر "امید" را فراهم آورد (هریس^۲ و همکاران، ۱۹۹۱؛ به نقل از گلزاری، ۱۳۹۳).

بر اساس نظریه اسنایدر و همکارانش، امید به عنوان "حالت انگیزشی مثبت مبتنی بر احساس موفقیت بر گرفته از تعامل ۱- کارگزار یا عامل (انرژی معطوف به هدف) و ۲- گذرگاه‌ها (مسیرهای دستیابی به اهداف)" تعریف می‌شود (اسنایدر، اروینگ^۳ و اندرسون^۴، ۱۹۹۱).

طبق نظریه امیدواری حرکت در جهت هدف نیازمند به کارگیری مسیرهای کارآمد (تفکر گذرگاه) و انرژی هدف محور (تفکر عامل) می‌باشد. تفکرات عامل و گذرگاه به صورت مکمل و تکرار شونده هستند زیرا افزایش یک مؤلفه باید به افزایش دیگری منجر شود. برای مثال افزایش تفکر عاملی باید تفکرات مربوط به چگونگی ایجاد گذرگاه‌های کارآمد را ارتقاء بخشد. برعکس فردی که با افزایش مسیرها روبرو می‌شود باید نوسانی همزمان را در تفکرات عاملی خود شاهد باشد. این روند تفکر هدف محور را می‌توان در طول زمان مشاهده کرد (هریس و همکاران، ۱۹۹۱؛ به نقل از گلزاری، ۱۳۹۳). نظریه امید اسنایدر بر اساس سه بخش اصلی ارائه شد: اهداف، گذرگاه‌ها و نیروی عامل.

اهداف در نظریه امید نقش بسیار مهم و اساسی دارند. اهداف می‌توانند کوتاه مدت یا بلند مدت باشند و بر اساس میزان اهمیت شان درجه بندی می‌شوند، ولی هر هدفی باید آنقدر ارزشمند باشد که فکر (اندیشه‌ی آگاه یا ضمیر خودآگاه) فرد را به خود مشغول سازد. به علاوه، اهداف از نظر امکان دسترسی و قابل دسترس بودن متفاوت اند، ولی هر هدف باید تا حدی ابهام و تردید به همراه داشته باشد (تردید در اینکه آیا می‌توانم به این هدفم دست یابم یا خیر). اهدافی که در دست یافتن به آنها هیچ شکی نیست و همچنین اهدافی که شانسی برای دسترسی به آنها وجود ندارد، هیچ یک، تحت تاثیر امید قرار نمی‌گیرند (اسنایدر، ۲۰۰۰؛ به نقل از رئیسین خیرآبادی، ۱۳۸۹).

^۱ - Goal – Directed

^۲ - Harris

^۳ - Irving

^۴ - Anderson

اسنایدر برای مفهوم امید، نظریه، تعریف و مقیاس سنجشی را مطرح کرده است. او امید را چنین تعریف می کند: "امید یعنی اینکه فرد به اهداف خود فکر کند، در عین حال انگیزه و اشتیاق برای حرکت به سمت این اهداف (عامل) و پیمودن راههای دستیابی به آنها (گذرگاه) را داشته باشد. به بیان ساده تر، او امید را متشکل از دو جزء اصلی می داند: نیروی اراده^۱ و نیروی طراحی راه^۲. این دو جزء با هم رابطه ای مستقیم و دو سویه دارند ولی با هم مترادف و هم معنا نیستند (وستروپ، ۲۰۰۲).

به منظور دست یافتن به هر هدفی، فرد ابتدا باید بتواند تصور کند برای موفقیت به ترتیب چه گام هایی بردارد. گذرگاه ها، توانایی فرد در ایجاد مسیرهای عملی برای دست یابی به هدف می باشند (اسنایدر، راند و سیگمون^۳، ۲۰۰۲). تفکر گذرگاه اغلب در قالب جملاتی که فرد در ذهن با خود می گوید انعکاس می یابد. مانند این جمله: "برای انجام دادن این کار حتما راهی پیدا خواهم کرد" (اسنایدر، لاپوینت^۴، کروسن^۵ و ارلی^۶، ۱۹۹۸). گرچه در مرحله ی تفکر گذرگاه می باست تنها یک راه درست و کارآمد را در نظر بگیرند و روی مسیرهای مختلف تمرکز کنند. این مسیرها و گزینه های جایگزین وقتی اهمیت می یابند که فرد مجبور می شود با موانع و مشکلاتی که در راه رسیدن به موفقیت وجود دارد دست و پنجه نرم کند (اروینگ^۷، ۱۹۹۸؛ به نقل از گلزاری، ۱۳۹۳).

بخش انگیزشی و محرک در نظریه امید که تضمین می کند فرد تلاش لازم برای رسیدن به یک هدف خاص را آغاز خواهد کرد و این تلاش را ادامه خواهد داد، نیروی عامل نامیده می شود. نیروی عامل، دقیقاً بازتابی از شناخت فرد در مورد توانایی اش برای آغاز رفتار هدفمند و ادامه ی آن می باشد. این مسئله از طریق جملاتی درونی که در ذهن فرد بیان می شود مثل "من می توانم این کار را انجام دهم" و "هیچ چیز نمی تواند مانع من شود" مشخص می شود. نیروی عامل در فرایند امید ضروری است، در این فرایند مهم نیست که گذرگاه های فرد چگونه سازماندهی شده اند آنچه اهمیت دارد انگیزه فرد برای آغاز و ادامه ی تلاش برای موفقیت است و رسیدن به هدف بدون وجود چنین انگیزه ای ممکن نیست (منوچهری، گلزاری و کردمیرزا نیکوزاده، ۱۳۹۳).

میزان امید و نحوه ی تکامل آن به عوامل مختلفی مثل "دلبستگی"^۸ و "یادگیری اجتماعی"^۹ بستگی دارد، به عبارت دیگر، امید قابل افزایش و تقویت است و می توان آن را پرورش داد. حتی در دوران بزرگسالی نیز می توان برای تقویت "نیروی اراده" و "نیروی طراحی راه" و تعیین اهداف بزرگتر از راهبردهای گوناگونی

^۱ - Will power

^۲ - Way power

^۳ - Sygmon

^۴ - Lapvynt

^۵ - Kroesen

^۶ - Early

^۷ - Irving

^۸ - Attachment

^۹ - Social learning

استفاده کرد. از جمله ی این راهبردها اولویت بندی، کنترل حواس پرتی، و آموزش مهارت تصمیم گیری برای "خود" می باشد. از نظر اسنایدر، نظریه ای که در آن امید توهم تلقی می شود تنها زمانی صدق می کند که فرد اهدافی غیر واقعی برای خود در نظر گرفته و در امید رسیدن به آنها به سر می برد (اسنایدر، ۱۹۹۴).

با مرور نظریه اسنایدر (۱۹۹۴) می توان گفت این نظریه جنبه ای شناختی دارد. اسنایدر به ما اطمینان می دهد که امید امری اکتسابی است نه ذاتی. از نظر تجربی ثابت شده است که امید با هوش ذاتی همبستگی ندارد. به عبارت دیگر، در نظریه امید اسنایدر ادراکات فردی نقش اساسی و بنیادین دارند ولی هوش فردی مترادف با امید نمی باشد. اسنایدر بیان نمی کند که امید همیشه به عنوان مفهومی شفاف تعریف شده است بلکه به اعتقاد او امید قابل باز تعریف، پژوهش و قابل آزمایش و ارزیابی می باشد (وستروپ، ۲۰۰۲).

اسنایدر بر اساس نظریه خود، ابزاری برای ارزیابی "نیروی اراده" و "نیروی طراحی راه" در فرد فراهم کرده است، این دو در کنار هم برابرند با میزان کلی امید در فرد (خصیصه ی امید). او برای اینکه تفاوت های بین "نیروی اراده" و "نیروی طراحی راه" را نشان دهد می گوید این جمله ی رایج که "هرجا خواست و اراده هست، راهی هم هست" را لزوماً درست نمی داند. به نظر می رسد "نیروی اراده" مستقل از توانایی فرد در انجام امور عمل می کند. به عبارت دیگر، نمره ی (میزان) "نیروی اراده" ی فرد لزوماً نمره ی (میزان) توانایی فرد در طراحی راه را پیش بینی نمی کند یا بر آن تاثیر نمی گذارد. بنابراین این دو جزء به صورت جداگانه ارزیابی می شوند. فرضیه ی اسنایدر این است که امید در درون همه ی ما وجود دارد و برای افزایش میزان امید هر دو جزء تشکیل دهنده ی امید باید میزان بالایی داشته باشند. اگر میزان بالای امید تنها مستلزم (میزان) نمره ی بالای "نیروی اراده" بود. در آن صورت مفهومی شبیه "خوش بینی" را ارزیابی می کردیم نه امید را. همچنین، اگر امید بالا تنها نیازمند داشتن نیروی بالا در طراحی راه بود در آن صورت ما "انعطاف پذیری ذهنی"^۱ را ارزیابی می کردیم نه امید را. بر اساس تعریف اسنایدر از امید هیچ یک از این دو کامل نیست. اسنایدر با تشخیص اینکه ممکن است شناخت های فرد از امید به طرق مختلفی نمود یابند روشی مخصوص برای ارزیابی دقیق این شناخت ها طراحی کرده است (رئیسیان خیرآبادی، ۱۳۸۹).

در نظریه امید، دنبال کردن موفقیت آمیز هدف، احساسات مثبتی را بر می انگیزاند و شکست در دستیابی به هدف منجر به بروز احساسات منفی می شود. این احساسات به نوبه ی خود بر مسیرهای فرد و نیروی عامل برای دنبال کردن هدف در آینده تاثیر می گذارد (اسنایدر، راند و سیگمون، ۲۰۰۲). احساسات مثبت که در نتیجه ی دنبال کردن موفقیت آمیز هدف بروز می یابند فرد را بر می انگیزاند که تلاش بیشتری کند و برای دستیابی به اهداف دیگر کوشش کند. در مقابل، احساسات منفی که در پی شکست در دست

^۱ - Mental Flexibility

^۲ - Snyder, Rand, Sigmon

یابی به هدف ایجاد می‌شوند منجر به این می‌شوند که فرد تمایل نداشته باشد برای کسب موفقیت‌های دیگر گام بردارد. بنابراین، توانایی فرد در تحمل و کنار آمدن با احساسات منفی مستقیماً بر مسیرها و نیروی عامل، و در نتیجه بر رفتار هدفمند آتی فرد تأثیر می‌گذارد (ویل، ۲۰۰۹؛ به نقل از گلزاری، ۱۳۹۳).

حائز اهمیت است که تأکید کنیم امید، هم مستلزم توانایی فرد در تصور راهی به سمت هدف می‌باشد و هم مستلزم انرژی و نیروی روحی یا انگیزه او برای دست پیدا کردن به این هدف. تأکید بر این مسئله نسبت به دیگر مفاهیم و ساخت‌های مثبت، مثل نظریه هدف (کاوینگتون^۱، ۲۰۰۰)، خوش بینی (شیرر و کارور^۲، ۱۹۸۷)، خود کارآمدی^۳ (بندورا^۴، ۱۹۸۲) و حل مسئله^۵ (هپنر و پترسن^۶، ۱۹۸۲). دارای اهمیت می‌باشد. در حالی که این نظریه‌ها اهمیت زیادی برای عوامل مختلفی مثل هدف یا مسائل مربوط به مسیرها و نیروی عامل قائل‌اند، نظریه امید به یک میزان مساوی برای هر سه بخش فرایند پیگیری هدف اهمیت قائل می‌شود (ویل، ۲۰۰۹؛ به نقل از گلزاری، ۱۳۹۳).

۲-۵-۳ امید و اعتیاد

امیدواری یک روش ارزشمند برای پاسخ فعالانه به محیط است که فرایند درمان را در افراد تحت درمان تسهیل می‌کند. همه افراد ظرفیت افکار امیدوارانه را دارند و سطح تفکر امیدوارانه قابل افزایش است. مفهوم امید یک ایده ابتکاری تازه است که هر روز تعداد بیشتری از پژوهشگران، از طریق یافته‌های تازه تحقیقات خود را روی این مسئله بنا می‌کنند (اسنایدر، ۲۰۰۰).

بیشترین نقش در ترک اعتیاد را خود فرد ایفا می‌کند، اگر فرد معتاد به این باور برسد که مواد مخدر راه حل مناسبی برای حل مسائل و فرار از مشکلات نیست و از طرف دیگر چنانچه در مواقع مواجه شدن با مشکلات جسمی و روانی نسبت به راه حل‌های منطقی و اصولی آگاهی و بینش داشته باشد، به گونه دیگری عمل کرده و دوباره در دام اعتیاد گرفتار نخواهد شد (مهاریار، ۱۳۹۰).

بنا به نظر اغلب روانشناسان، اعتیاد از مواردی است که بیشتر در افرادی دیده می‌شود که زندگی بی‌معنایی دارند نه افرادی که اهداف والایی دارند. بسیاری از الکلی‌ها نیز از بی‌معنایی رنج می‌برند (هدایتی، ۱۳۸۵). یک دسته از افرادی که بیشتر در معرض اعتیاد به مواد مخدر قرار می‌گیرند افراد افسرده هستند، افسردگان بیشترین و مهم‌ترین بخش معتادان را تشکیل می‌دهند؛ افراد افسرده، ضعف روانی دارند و به نوعی احساس خلاء شخصیتی می‌کنند. آنها به تصور خودشان، توان لذت بردن از دنیا را ندارند، همواره

^۱ - Covington

^۲ - Shearer & Carver

^۳ - Self - Efficacy

^۴ - Bandura

^۵ - Problem Solving

^۶ - Heppner Peterson

احساس ناتوانی و خستگی می کنند و خود را تهی از هر گونه توان و احساس مطلوب می دانند، چنین افرادی ممکن است با مصرف مواد در جستجوی جادویی بر آیند که به دردهایشان پایان بخشد و خلاء هایی را که در خودشان احساس می کنند رفع، و نقص شخصیتشان را برطرف کنند (بابا گل زاده، ۱۳۸۶؛ به نقل از رئیسین خیر آبادی، ۱۳۸۹).

با توجه به اظهارات فوق، می توان با امیدوار ساختن بیمار نسبت به زندگی به وی توان بخشید، او را از افسردگی، ترس و اضطراب نجات داد، روحیه او را تقویت کرد و بهبود او را سرعت بخشید. امید یکی از سازه هایی است که به عنوان شاخص توانمندی افراد در بهزیستی (رفاه) مثبت مورد توجه واقع شده است. امید در ادبیات روان شناسی، به عنوان یک موقعیت انگیزشی مثبت و یک فرایند شناختی-هیجانی تعریف می شود که منجر به یک حرکت هدفمند به سمت یک هدف مشخص میگردد و با عملکردهایی نظیر سازگاری روان شناختی، سلامت جسمی، مهارت حل مساله همبستگی بالایی دارد (هدایتی، ۱۳۸۵).

۲-۶ بخش ششم: تاب آوری

۲-۶-۱ مفهوم تاب آوری

از نظر لغوی، در رشته های فیزیک و مهندسی واژه ی تاب آوری به معنای «قابلیت مواد در بازگشت به شکل اصلی»، پس از خم شدن، فشرده شدن و کشیده شدن است (تایتوس^۱، ۲۰۰۲). از نظر فیزیولوژیک، تاب آوری اشاره دارد به توانایی بدن در تنظیم پاسخ های هورمونی و سایر پاسخ های بدنی به تنیدگی و بازگشت سریع به خط پایه، پس از فروکش کردن تنیدگی (اوزبی، ۲۰۰۷، به نقل از مک درمید^۲، ۲۰۱۰). در روانشناسی، تاب آوری به انطباق موفقیت یافته می شود که در آوردگاه مصائب و تنیدگی های توان کاه آشکار می گردد (بشارت، ۱۳۸۶)، بنارد^۳ (۱۹۹۱) به نقل از هاوارد، درایدن و جانسون^۴ (۱۹۹۹) تاب آوری را بعنوان مجموعه ای از خصیصه ها، یا مکانیزم های حفاظت کننده تعریف می کند که با وجود عوامل خطرآفرین، موجب انطباقی موفقیت آمیز می شود. به عقیده ی والش^۵ (۲۰۰۶) تاب آوری یعنی توانایی تحمل کردن و احیای مجدد در مواجهه با سختی ها و ناملازمات، در واقع، تاب آوری ظرفیت حفظ کارکرد کارآمد، ر مواجهه باتنیدگی های کلان زندگی است (کاپلان و همکاران^۶، ۱۹۹۶، به نقل از بالدوین، ۲۰۱۰).

^۱-Titus

^۲- Macdermid

^۳- Benard

^۴- Howard, Dryden & Johnson

^۵- Walsh

^۶- Caplan et At

به عبارت دقیق تر، تاب آوری فرایندی است پویا که شامل انطباق با مشقت های قابل توجه زندگی می شود (لاتار^۱، سیکچیتی و بکر، ۲۰۰۰). تدشی، پارک و کالان (۱۹۹۸ به نقل از بشارت، ۱۳۸۶) تاب آوری را با مفهوم رشد پس ضربه ای^۲ برابر می دانند.

در پیشینه ی نظری و پژوهشی تاب آوری، تعاریف گوناگونی برای تاب آوری ارائه شده است، اما هم آراییی اندکی در تعریف این مفهوم دیده می شود (لوتار و همکاران، ۲۰۰۰). به عقیده ی تایتوس^۳ (۲۰۰۲) پژوهش های روانشناختی سه نوع مفهوم پردازی را از تاب آوری ارائه داده اند:

۱- تاب آوری بعنوان پیامدهای خوب در قلب خطر فراوان (مقابله^۴)

۲- تاب آوری بعنوان شایستگی پایدار و مداوم تحت تنیدگی شدید (پایداری^۵)

۳- تاب آوری بعنوان بهبود یافتن پس از ضربه (سازندگی^۶)

به عقیده ی مک درمید (۲۰۱۰) با وجود ارائه ی تعاریف گوناگون تاب آوری، می توان دو محور اصلی در این تعاریف مشخص کرد:

۱. مواجهه با تهدیدی چشمگیر، مشقت های شدید یا شرایط ضربه آمیز، البته مرزی کاملاً عینی و مشخص برای تنیدگی های شدید و غیر شدید وجود ندارد، و اینکه یک رویداد تهدیدی جدی است یا تنیدگی زای خفیف، بستگی به عوامل گوناگونی دارد که براساس شرایط، معنا پیدا میکند (پترسون، ۲۰۰۲).

۲. دستیابی به انطباق مثبت، با وجود هجوم این تنیدگی ها و تهدیدهای بزرگ

بنابراین، مفهوم تاب آوری در روبرو شدن با عوامل تنیدگی زای شدید و عمده معنا پیدا می کند و حاصل آن نیز انطباق کارآمد با شرایط تهدید آمیز است. پژوهش ها نشان داده اند که بحران هایی یکسان می تواند به پیامدهای متفاوتی منجر شود (والش، ۲۰۰۶). به عبارت دیگر، یک بحران این قابلیت را دارد که دوموقعیت کاملاً متفاوت ایجاد کند، تهدید و فرصت. به گفته ی وولین و وولین (۱۹۹۳) به نقل از وولش، (۲۰۰۶) وجه متناقض تاب آوری این است که بدترین لحظات زندگی می تواند برای فرد یا خانواده بهترین باشد.

۲-۶-۲ تاب آوری بعنوان متغیر میانجی گر

همان گونه که پترسون^۷ (۱۹۹۸) اشاره می کند. مدل های مختلف تنیدگی در سه حوزه اشتراک دارند:

^۱- Lubar,S.S

^۲- Pout- Trawmatic Crouath(PTG)

^۳- Tius

^۴- Coping

^۵- Constancy

^۶- Comstucting

^۷- Pattersum

۱. منبع تنیدگی: مطالبات جسمی، روانشناختی یا اجتماعی که بر سیستم تحمیل می شود.
۲. متغیرهای میانجی گرا: منابع (جسمی، روانشناختی، اجتماعی) و رفتارهای مقابله ای که بر کیفیت تجربه ی تنیدگی، چگونگی مدیریت آن، مدت تداوم آن و جلوگیری یا کاهش پیامدهای تنیدگی اثر دارد.
۳. پیامدهای تنیدگی: تغییرات در کارکرد برخی از سطوح سیستم ایجاد می شود. هر نظریه، برحسب سطحی که تمرکز می کند، متغیر پیامدهای (جسمی، روانی، اجتماعی) انتخاب می کند. برای مثال، مدل های فردگرا، مثل لازاروس (۱۹۹۶، به نقل از بارتلی، ۲۰۰۷) بر پیامدهای فردی و مدل های خانواده، بر پیامدهای ایجاد شده در سیستم خانواده تمرکز دارند.

براین اساس، پرسش اصلی این خواهد بود که چه نوع عامل تنیدگی زا (درون داد)، با چه میزان از شدت، یا میانجی گری چه متغیرهای واسطه ای یا انطباق خانواده (پیامد) را ایجاد یا تسهیل می کند (مک کوبین و مک کوبین، ۱۹۹۶، پترسون، ۲۰۰۲).

هرچند، هر سه حوزه در نظریه ی تاب آوری اهمیت دارد. تمرکز اصلی نظریه ی تاب آوری بر حوزه ی دوم، یعنی متغیرهای واسطه ای است. بطور کلی، نظریه ی تاب آوری چه در سطح فردی و چه در سطح خانوادگی، بدنبال کشف متغیرهایی است که رابطه ی شرایط تنیدگی زا و میزان انطباق فرد یا خانواده رامیانجی گری می کنند (مک کوبین و مک کوبین^۱، ۱۹۹۶، پترسون، ۲۰۰۳). بعبارت دیگر، عوامل تاب آوری نقش عوامل حائل یا محافظت کننده را ایفا می کند که چگونگی رابطه ی تنیدگی و پیامد را تعیین می کنند (تایتوس، ۲۰۰۲).

۲-۶-۳ تاب آوری، نماد تغییر رویکرد پژوهشی

پیشینه ی پژوهشی حاکی از تاریخچه ای طولانی از تمرکز بر مطالعه ی علل بیماری، کمبودها و مشکلات رفتاری است (پترسون، ۲۰۰۲) ظهور نظریه ی تاب آوری با کاهش تاکید بر آسیب شناسی و افزایش تاکید بر نیرومندی ها ارتباط دارد پیرلین و اسکولر (۱۹۸۲، به نقل از بستر^۲، ۲۰۰۹). بطورتاریخی، پژوهشگران به آسیب شناسی و مشکلات گرایش دارند و از این مسئله که افراد چگونه در برابر عوامل آسیب را دوام ی آورند. مقابله می کنند؛ و حتی شکوفا می شوند تا حدود زیادی غفلت شده است. هاولی و دی هان (۱۹۹۶) مدل های برخاسته از چنین رویکردی را مدل های مبتنی بر کمبود^۳ نامیدند. این رویکرد کمبودگرا و مسئله محور انتقادات فراوانی را در پی داشته است. پیرلین و اسکولر (۱۹۸۲) به نقل از هاولی و دی هان، (۱۹۹۶) چندانتقاد رابه این رویکرد وارد می دانند:

^۱ - McCubbin & McCubbin

^۲ - family resiliency

^۳ - Bester

۱. رویکرد کمبود گرا این برداشت را ایجاد می کند که مقابله و تاب آوری در برابر مشکلات، پدیده ای غیرمعارف است نه پدیده ای شایع و حتی بهنجار درحالی که فرض اساسی مدل های مبتنی بر نیرومندی (مثل، مدل تاب آوری) بر این است که گرایش به بازگشت کارکرد مفید و بهبود پس از ناملایمات، یک ویژگی طبیعی در اکثر افراد و خانواده ها است (برای مثال، نگاه کنید به مک کوپین و مک کوپین^۱، ۱۹۹۶).

۲. این رویکرد، در حوزه های متنوعی مورد توجه قرار گرفته و این مسئله به مفاهیم آسیب شناختی، جایگاه و اعتبار خاصی داده، در حالی که مفاهیم مبتنی بر نیرومندی، مثل مقابله را به فرهنگ عامه و باورهای عامیانه واگذار کرده است.

۳. این رویکرد باعث می شود متخصصین بالینی و پژوهشگران در برابر پذیرش ارزش و حتی وجود نیرومندی های مراجعان یا آزمودنی ها، مقدمت نشان دهند.

با توجه به نارضایتی ها و انتقاداتی که متوجه مدل کمبود^۲ بود، در دهه ی ۵۰ مجموعه ی کوچکی از پژوهش ها آغاز شد که بجای تمرکز بر کمبودها، بر دارایی های^۳ فرد و سیستم متمرکز بود (هاوارد، درایدن و جانسون^۴، ۱۹۹۹) این مطلب نتیجه ی تغییری بود که در فضای فکری^۵ حاکم به وجود آمد (هاولی و دی هان، ۱۹۹۶)، در پیشینه ی مطالعات مربوط به حوادث تنیدگی زای زندگی، نوعی تغییر در جهت گیری فلسفی روی داد. به این ترتیب، رفته رفته جهت گیری پژوهشی غالب از سمت پژوهش های مسئله محور^۶ به سوی مطالعه ی نیرومندی فرد و خانواده، سوق پیدا کرد (مالیا^۷، ۲۰۰۷) و «مدل های مبتنی بر نیرومندی^۸» جایگزین مدل های مبتنی بر کمبود شد (هاولی و دی هان، ۱۹۹۶). به عبارت دیگر تا حدود دهه ی ۷۰ پرسش زیربنایی کارهای پژوهشی این بود که چرا افراد یا خانواده ها دچار بیماری یا بدکار کردی می شوند؟ اما از دهه ی ۷۰ به بعد این پرسش بنیادین تغییر کرد و این مسئله که چرا برخی افراد یا خانواده ها در مواجهه با خطرات و ناملایمات بخوبی عمل کرده، سلامت خود را حفظ می کنند، در حالی که برخی دیگر این گونه نیستند (پترسون، ۲۰۰۲، مک کوپین و مک کوپین، ۱۹۹۶). این رویکرد جدید، بجای تمرکز بر کمبودها، بر نیرومندی ها^۹ تأکید دارد، بنابراین، مفهوم تاب آوری در پیشینه ی پژوهش های روانشناختی ظهور یافت. به تعبیر پترسون (۲۰۰۲).

تاب آوری به مطالعه ی دلایل سلامت، بجای بررسی دلایل آسیب، اصالت و اولویت می بخشد (هاولی و دی هان، ۱۹۹۶). از حدود دهه ی ۸۰، گرایش به سمت پژوهش های تاب آوری رشد چشمگیری

^۱- MaCubbin & MacCabbin

^۲-Deficit model

^۳- Assets

^۴- Howard, Dryden & Johnson

^۵- Mindset

^۶- Problem- centered research

^۷- Malia.J.A

^۸- Strenfghs- hased moldets

^۹- Streughths

داشته و این رویکرد در خط مقدم گرایش‌های پژوهشی قرار گرفت (مالیا، ۲۰۰۷، مک کوبین و مک کوبین، ۱۹۹۶). البته توجه به نیرومندی‌ها از پیش از آن نیز وجود داشته است، اما در دهه‌های اخیر به رویکرد غالب تبدیل شده است. به تعبیر بالدوئین^۱ (۲۰۱۰) نظریه‌ی تاب‌آوری به صورتی تدریجی و در طول ۱۰۰ سال اخیر شکل گرفته است، اما در چند دهه‌ی اخیر یک رونسانس را تجربه کرده است. مطالعه‌ی پیشگامانه‌ی ورنر و اسمیت (۱۹۹۲ به نقل از بالدوئین، ۲۰۱۰). این مطالعه نشان داد که اولاً، عواملی معین کودکان در معرض آسیب را از دچار شدن به نقص در عملکرد^۲، محافظت می‌کند، ثانیاً مسیر زندگی افراد در معرض آسیب می‌تواند در هر زمانی تغییر کند و بطور کامل در دوران کودکی آنان تعیین نمی‌شود. ارون آنتونوسکی (۱۹۸۷، به نقل از هاوولی و دی هان، ۱۹۹۶) واژه‌ی «سالوتوژنی^۳» را مطرح کرد. این واژه از ترکیب دو واژه‌ی لاتین «salus» به معنای سلامت و «genesis» به معنای منشاء تشکیل شده است. بنابراین، معمولاً با عبارت کوتاه «منشاء سلامت^۴» تعریف می‌شود (بالدوئین، ۲۰۱۰).

سالوتوژنی رویکردی را برای اندیشیدن در مورد تاب‌آوری، بیماری و سلامت عرضه کرد که در تضاد با رویکرد پاتوژنیک قالب بود. «پاتوژنی^۵» منشاء بیماری^۶ ترجمه می‌شود. براساس این رویکرد، افراد، سالم می‌مانند، مگر اینکه عواملی خاص آن‌ها را گرفتار کند. بنابراین، هدف پژوهش‌هایی که با چنین رویکردی انجام می‌شد، تعیین و تبیین علت ابتلای افراد بود (استرومفر، ۱۹۹۰ به نقل از هارلی و دی هان، ۱۹۹۶). در واقع آنتونوسکی (۱۹۷۲ به نقل از آنتونوسکی و سورانی، ۱۹۸۸) تأکید خاصی بر عوامل تاب‌آوری را ایجاد کرد. پرسش محوری رویکرد پاتوژنی این بود که چگونه عوامل تنیدگی‌زا منجر به بیماری نامطلوب می‌گردد (آنتونوسکی و برنستین، ۱۹۸۶، به نقل از هاوولی و دی هان، ۱۹۹۶). هر چند، در پژوهش‌های این رویکرد، ممکن بود از نقش میانجی‌گر متغیرهای مقابله‌ای، بعنوان حائل، سخن به میان آید؛ اما همواره خود بیماری متغیر اصلی بود. فلسفه‌ی سالوتوژنی بطور بنیادی متفاوت بود. پرسش اساسی این رویکرد این بود که چرا هنگامی که مردم با تنیدگی‌هایی یکسان مواجه می‌شوند، برخی از آن‌ها بیمار می‌شوند، اما برخی دیگر سالم باقی‌مانند؟

۲-۶-۴ تاب‌آوری، بعنوان سازه‌ای در سطح فردی

برای فهم هر چه بهتر تاب‌آوری خانواده، می‌توان از مطالعات تاب‌آوری فردی صورت گرفته در سه دهه‌ی اخیر چیزهای زیادی آموخت (والش، ۲۰۰۶، هاوولی و دی هان، ۱۹۹۶). از سوی دیگر، تولد مفهوم تاب‌

^۱ - Baldwin

^۲ - dysfunction

^۳ - Mlutogenesis

^۴ - Origins of healich

^۵ - Pathogenesisic

^۶ - Origins of discuse

آوری ابتدا در سطح فردی اتفاق افتاد (پترسون، ۲۰۰۲، هاوولی، ۲۰۰۰) و تعداد زادی از پژوهش های تاب آوری در مورد تاب آوری فردی انجام شد و بسیاری از مسائل مهم و تعیین کننده ی مربوط به مفهوم تاب آوری، در بافت فردی ظهور و توسعه یافت (بستر^۱، ۲۰۰۹) به همین سبب بسیاری از پژوهشگران (بعنوان نمونه، بستر^۲، ۲۰۰۹) در حوزه ی تاب آوری خانواده، در پیشینه ی نظری، تاب آوری خانواده را نیز مطرح و تشریح کرده اند. بنابراین، در این بخش به آن خواهیم پرداخت.

بطور کلی، مفهوم تاب آوری ابتدا در پیشینه ی پژوهشی آسیب شناسی روانی تحولی^۳ و مطالعه ی تحول کودکان مطرح شد (برای مثال، گوازی، ۱۹۹۳ و روتر، ۱۹۸۷، به نقل از هاوولی، ۲۰۰۰، کاریونل و همکاران، ۱۹۹۸، به نقل شین^۴ و همکاران، ۲۰۰۹) و پژوهش ها (از جمله بشارت، ۱۳۸۶، هاوارد، درایدن و جانسون، ۱۹۹۹) و کتب بسیاری (از جمله، دنیل^۵ و واسل، ۲۰۰۲، ماستن^۶، ۲۰۰۹) در این زمینه به چاپ رسیده است. مطالعات طولی کودکانی که در شرایط نامساعد متولد شده بودند، شالوده ای را برای فهم تاب آوری در بزرگسالان و خانواده ها پی ریزی کرد. برای مثال، لوتار، سیکچتی و بکر (۲۰۰۰) در این زمینه بحث می کند که از حدود سال ۱۹۷۰ به بعد، چگونه مطالعات مربوط به «پیش آگهی اسکیزوفرنی» در شکل گیری مفهوم تاب آوری موثر واقع شد. به این صورت که بجای تمرکز بر مطالعه ی رفتار نابهنجار افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، به مطالعه ی ویژگی های گروهی از مبتلایان که تاریخچه ی پیش مرضی^۷ بهتری دارند، پرداختند (مثلاً، گارمزی، ۱۹۷۰ و زیگلر و گلیک، ۱۹۸۶ به نقل از لاتار^۸ و همکاران ۲۰۰۰). در این پژوهش ها، تاب آوری جزء توصیفات صریح این گروه از بیماران نبود، اما توجه به ابعاد قابلیت های اجتماعی پیش مرضی این مبتلایان و نیز جنبه های مرتبط با پیش آگهی مثبت بیماری، اشاره ی تلویحی به عوامل تاب آوری فردی بوده و زمینه ساز مطالعات صریح تر تاب آوری شد. کارهای گوازی و روتر (۱۹۸۳ به نقل از پترسون، ۲۰۰۲) در زمینه ی مطالعه ی تنیدگی و مقابله در کودکان زمینه ساز ظهور مفهوم «تاب آوری کودک» شد. به عقیده ی مالیا^۹ (۲۰۰۷) پژوهش های اولیه تاب آوری در قالب مطالعه ی رگه های شخصیتی و سبک مقابله ای این مفهوم را بررسی کرده اند که کودک یا بزرگسال را در غلبه بر تجارت دلخراشی زندگی توانا می کند. این ویژگی (تاب آوری) معمولاً ذاتی^{۱۰} در نظر گرفته می شد. اصطلاح «کودکان آهنین»^{۱۱} در پیشینه ی پژوهشی، برای اشاره به کودکانی مصطلح شد که در موقعیت هایی شکوفا

^۱- Bester,C

^۲- BESTER

^۳- Devclonpmctal psychopathology

^۴- Shin, S.C

^۵- Daniel, B

^۶- Masten, A

^۷- Premorbid history

^۸- Luthar

^۹-Malia

^{۱۰}- laboen

^{۱۱}- Children of iron

شوند که برای اکثر افراد موقعیتی تضعیف کننده و آسیب زا بشمار می رود (مالیا، ۲۰۰۷). برای مثال، آنتونی و کوهلر (۱۹۸۷ به نقل از والش، ۲۰۰۶) کودکانی را که در برابر تنیدگی نفوذ ناپذیر نشان می دادند، «کودکان آسیب ناپذیر^۱» نامیدند و علت این آسیب ناپذیری را نوعی نستوهی درونی^۲ دانستند، اما این گونه تعبیر، تصویر نامناسبی از فرد ارائه می دهد که به تعبیر والش و همکاران (۲۰۰۶) بیشتر شبیه عروسک فولادی است تا انسان، این در حالی است که تاب آوری مفهومی کاملاً انسان گرا بشمار می رود و به مهارتها و مقابله و توانایی فرد در فهمی کارآمدتر از مسئله اشاره دارد (والش و همکاران، ۲۰۰۶).

۲-۶-۵ دیدگاه سیستم ها و مفهوم علیت دوسویه

مدل تاب آوری خانواده، دربررسی موقعیت های پرتنیدگی خانواده، دیدگاهی خوش بینانه و مبتنی بر نیرومندی دارد (پترسون، ۲۰۰۲، تایتوس، ۲۰۰۲). همچنین این مدل به ماهیت پیچیده و چندبعدی فرایندهای ارتباطی خانواده توجه دارد (پترسون، ۲۰۰۲). رویکرد سیستم های خانواده تغییرجهتی است از جستجوی علت منفرد یا زنجیره ای از علل درون فرد، به سمت فهم این مطلب که رفتاردارای علل دو سویه، چندگانه و چندبعدی است (پترسون، ۲۰۰۲). تاب آوری خانواده ماهیتی پیچیده و چند بعدی دارد (اسپینا و همکاران، ۲۰۰۵). وقتی این پرسش را مطرح می کنیم که یک منظور از خانواده ی تاب آور چیست؟ دردرجه ی اول گرایش به سمت توصیف فرایندهای کارکردی خانواده است و دریک روی آورد سیستمی، کارکرد خانواده ماهیت چند بعدی^۳ داشته و چندین متغیر (از جمله متغیرهای فردی) و چندین فرایند در تعیین ویژگی های واحد خانواده، به عنوان یک کل، نقش دارند (پترسون، ۲۰۰۲). پترسون (۱۹۹۸) تعاملات پیچیده ی سلسله مراتبی از سیستم ها، شامل جهان، جامعه، فرهنگ، اجتماع، خانواده، شخص و حتی درپایین ترین سطوح اندام، بافت و سلول را مطرح می کند.

مدل تاب آوری خانواده، پژوهشگر را قادر می سازد تا هم متغیرهای واحد خانواده و هم متغیرهای فردی را درتحلیل موقعیت تنیدگی زا دخالت دهد (هاولی و دی هان، ۱۹۹۶). درواقع، بکارگیری نگاه سیستمی درمفهوم پردازی متغیرهای مرتبط باتنیدگی خانواده بجای تمرکز جداگانه بر تک مولفه های خانواده تمرکز می کند درچنین رویکردی، نه تنها تمرکز برسیستم، مانع توجه برافراد نمی شود، بلکه می تواند درکی واقع بینانه تر از شرایط فردی را نیز فراهم آورد. براساس رویکرد سیستم ها، بین فرد و خانواده، علیت دوسویه^۴ برقرار است (هاولی و دی هان، ۱۹۹۶). یعنی کنش های یک عضو، برکارکرد کل سیستم

^۱ - Invulnerable child

^۲ - Inner fortitude

^۳ - Multidimensional

^۴ - Equilibrium

خانواده تأثیرمی گذارد، و متقابلاً تحت تأثیرکارکرد سیستم خانواده قراردارد. بنابراین، متغیرهای مربوط به هردوسطح (فرد و خانواده) بطور پیوسته درحال تأثیرگذاری بریکدیگر و تأثیرپذیری از یکدیگرهستند به عبارت دقیق تر، این دوماهیت درتعامل هم معنا پیدا میکند(هاولی و دی هان، ۱۹۹۶).

۷-۲ بخش هفتم: پیشینه‌ی تحقیق

۱-۷-۲ تحقیقات انجام شده در داخل کشور

در ایران از روشهای مختلفی برای بهبود شاخص های مهم و تأثیرگذار در معتادان استفاده شده است. برخی از پژوهش های انجام شده عبارتند از: اثرگذاری مدیریت خشم و درمان رفتاری -شناختی بر کاهش عود و میل به مصرف و کنترل خشم (اورکی، محمد، ۱۳۸۸)، تأثیر نوروفیدبک بر سلامت روان (دهقانی آرانی، فاطمه، ۱۳۸۸)، مداخله روایت شناختی و روانشناختی و روانشناسی مثبت نگر با توجه به الگوی روانی افراد (کرد میرزا، عزت اله، ۱۳۸۸)، آموزش گروهی حل مسأله و تصمیم گیری گروهی و تأثیر آن بر سلامت روان معتادان (یزدان زاده، مرضیه، ۱۳۸۸)، اثر درمان شناختی رفتاری بر کاهش میزان اشتیاق (مؤمنی، فرشته، ۱۳۸۸) مقایسه درمان عقلانی -هیجانی با غنی ساختن زندگی (عبدالحسینی قوچانی، فاطمه، ۱۳۸۸) آموزش مهارتهای مقابله ای و سبک زندگی با مدل مارلات در پیشگیری از عود (جعفری، عیسی، ۱۳۸۹)، تأثیر آموزش گروهی کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری و شدت اعتیاد (حدادی، روح الله، ۱۳۸۹)، تأثیر رفتاری درمانی دیالکتیکی گروهی بر کاهش مصرف مواد و تنظیم هیجان (عزیزی، علیرضا، ۱۳۸۹)، اثر امید درمانی بر کاهش افسردگی معتادان (رئیسیان، اکرم السادات، ۱۳۸۹) و مقایسه تصاویر منزجر کننده به همراه CBT با و کنگره ۶۰ روی احتمال مصرف (کشاوری، امیر، ۱۳۸۹).

رحیمی، حسین ثابت و سهرابی (۱۳۹۵) در تحقیقی با هدف اثربخشی آموزش تاب آوری و مدیریت استرس^۱ (SMART) بر کاهش استرس ادراک شده و تغییر نگرش به مصرف مواد در بین زندانیان مرد وابسته به مواد که طی ۱۰ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه بر روی آزمودنی های گروه آزمایش انجام شد دریافتند که میانگین نمرات دو متغیر وابسته هم در دوره پس آزمون و هم پیگیری کاهش معنی داری در گروه آزمایش نشان داد، اما در گروه کنترل چنین نبود. با توجه به یافته‌ها می‌توان گفت مداخله اخیر هم در کوتاه مدت و هم در طولانی مدت، تأثیر معنی داری در کاهش استرس ادراک شده داشته و همچنین موجب تقویت نگرش منفی به مصرف مواد شده است.

^۱ - Stress Management And Resiliency Training

قنبری طلب و فولاد چنگ (۱۳۹۴) در پژوهشی با هدف بررسی ارتباط بین تاب آوری و نشاط ذهنی با استعداد اعتیاد دریافتند که تاب آوری و نشاط ذهنی با استعداد اعتیاد دانشجویان رابطه منفی نشان دادند. همچنین نشاط ذهنی و تاب آوری قدرت پیش بینی استعداد اعتیاد را داشتند.

جمعی باباجان (۱۳۹۴) در تحقیق خود با عنوان "بررسی رابطه علی استعداد اعتیاد از طریق طرحواره های ناسازگار اولیه، سرمایه روانشناختی و نیاز های اساسی روانشناختی با میانجی گری الگوهای ارتباطی خانواده در دانش آموزان کرمانشاه" که بر روی ۴۰۰ دانش آموزان پسر و دختر در مقطع متوسطه در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ انجام داد دریافت که بین طرحواره های ناسازگار شکست، وابستگی، محرومیت هیجانی و بی اعتمادی، با استعداد اعتیاد رابطه مثبت و معنادار وجود دارد و بین خرده مقیاس های خودکارآمدی، تاب آوری و ارتباط با استعداد اعتیاد رابطه منفی معناداری وجود دارد که نشان می دهد توانایی پیش بینی استعداد اعتیاد را دارند.

پناهی و فاتحی زاده (۱۳۹۴) در مطالعه ای با عنوان "بررسی رابطه بین مؤلفه های سرمایه روان شناختی و کیفیت زندگی زناشویی در بین زوجین شهر اصفهان" که بر روی ۷۵ زوج انجام دادند؛ نشان دادند که سرمایه روانشناختی و کیفیت زندگی زناشویی دارای همبستگی منفی می باشند. همچنین بین مؤلفه های سرمایه روانشناختی و کیفیت زندگی زناشویی نیز رابطه منفی دیده شد. در تحلیل رگرسیون، مؤلفه خودکارآمدی و تاب آوری پیش بینی کننده کیفیت زندگی زناشویی بودند.

پیرنیا (۱۳۹۳) در تحقیقی با عنوان "اثر بخشی بهزیستی درمانی بر شادکامی، خوشبینی، امید، سلامت روان، آسیب و بهزیستی روان شناختی در مردان مصرف کننده مت آمفتامین" نتیجه گرفت که درمان بهزیستی در بهبود شاخص های روان شناختی بیماران وابسته به مت آمفتامین موثر نبوده و این روش درمانی نتوانست تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل از نقطه نظر متغیر های مورد بررسی در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر بوجود آورد.

احمدی و شریفی درآمدی (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی آموزش تاب آوری بر سلامت روان افراد دچار سوء مصرف مواد در کانون توسکای شهر تهران که به صورت نیمه آزمایشی که بر روی ۴۲ نفر از نوجوانان و جوانان پسر مبتلا به وابستگی مواد در کانون توسکای تهران انجام داد دریافت که آموزش تاب آوری بر نمره کل سلامت روان (و دو مؤلفه کارکرد اجتماعی و اضطراب-بیخوابی) افراد مبتلا به وابستگی مواد در کانون توسکا موثر است.

شاکرمی، داورنیا، زهراکار، حسینی (۱۳۹۳) در تحقیقی با عنوان "نقش پیش بین سرمایه روانشناختی، سخت رویی روانشناختی و هوش معنوی در بهزیستی روانشناختی دانشجویان" که بر روی ۳۷۷ دانشجوی

دانشگاه خوارزمی، آزاد و پیام نور کرج انجام شد به این نتیجه رسیدند که سرمایه روانشناختی، سخت رویی و هوش معنوی ۵۸/۸ درصد از تغییرات بهزیستی روانشناختی دانشجویان را پیش بینی می کنند.

غلامی (۱۳۹۳) در تحقیقی با عنوان نقش تاب آوری و سرشت و منش در پیش‌بینی شاخص واکنش‌پذیری بین فردی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، نشان داد که تاب آوری با روابط بین فردی سازگارانه و توجه همدلانه رابطه مثبت معنادار وجود دارد. همچنین ابعاد سرشت و منش به عنوان صفات شخصیتی بر واکنش بین فردی افراد وابسته به سوء مصرف مواد تاثیر گذارند.

منوچهری، گلزاری و کردمیرزا نیکوزاده (۱۳۹۳) در بررسی خود با هدف اثربخشی آموزش امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی در زنان دارای همسر معتاد که به روش شبه آزمایشی با پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد؛ نشان دادند که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون وجود دارد. همچنین نتایج آزمون t نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد و به طور کلی آموزش امید درمانی در کاهش میزان افسردگی در زنان دارای همسر معتاد موثر است.

اکبرزاده، اکبرزاده و جوانمرد (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان "مقایسه سرمایه روانشناختی و باورهای فراشناختی بین دانشجویان مصرف کننده مواد و دانشجویان عادی" که بر روی ۵۰ نفر از دانشجویان مصرف کننده مواد و ۵۰ نفر از دانشجویان عادی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز در سال تحصیلی ۹۲-۹۳ انجام دادند؛ دریافتند که بین دانشجویان مصرف کننده مواد و دانشجویان عادی در سرمایه روانشناختی و باورهای فراشناختی تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنی که دانشجویان مصرف کننده مواد، از سرمایه روانشناختی پایین و باورهای فراشناختی مختل برخوردارند. در نتیجه با افزایش سرمایه روانشناختی و نیز با به کارگیری برنامه های مربوط به باورهای فراشناختی مختل می توان گرایش به مصرف مواد را در دانشجویان کاهش داد.

گلزاری (۱۳۹۳) در بررسی خود با عنوان رابطه بین امید با راهبردهای مقابله با استرس و کیفیت زندگی در معتادین شهرستان زاهدان دریافت که بین کیفیت زندگی و امید رابطه معناداری وجود دارد. اما بین راهبردهای مقابله با استرس و امید رابطه معناداری وجود ندارد، و بین مولفه های کیفیت زندگی با امید رابطه معناداری وجود دارد.

اندامی خشک (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان نقش واسطه ای تاب آوری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی با رضایت از زندگی، دریافت که استراتژی های مثبت تنظیم شناختی هیجان به صورت مستقیم و غیر مستقیم (با میانجی گری تاب آوری) با رضایت از زندگی رابطه دارد ولی به صورت

غیر مستقیم پیش بین قوی تری برای رضایت از زندگی است. همچنین تحمل پریشانی صرفاً با میانجی‌گری تاب‌آوری رابطه معناداری با رضایت از زندگی داشت.

یوسفی (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای با عنوان تاثیر آموزش خودکنترلی بر بهزیستی هیجانی و پیشگیری از عود افراد معتاد، نشان داد که بین نمرات مولفه‌های تنظیم هیجان منفی، تنظیم هیجان مثبت، بازشناسی هیجان، پردازش هیجانی نارسایی هیجانی و عقاید و سوسه‌انگیز بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری بدست آمد. به عبارت دیگر آموزش خودکنترلی باعث افزایش راهبرد های تنظیم هیجان مثبت و بازشناسی هیجان و پردازش هیجانی و کاهش راهبردهای تنظیم هیجان منفی، نارسایی هیجانی و عقاید و سوسه‌انگیز گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شده است.

دوستیان (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای با عنوان اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر کاهش عود و افزایش خودکارآمدی در افراد وابسته به مواد افیونی، نشان داد که مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر کاهش عود و افزایش خودکارآمدی در افراد وابسته به مواد افیونی موثر است.

هوایی (۱۳۹۲) در تحقیقی با عنوان بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر میزان تحمل پریشانی، اضطراب، افسردگی و کاهش مشکلات تنظیم هیجان در بیماران زن مبتلا به اختلال سردرد تنشی استان اصفهان، نشان داد که تنظیم هیجان باعث کاهش میزان شدت مشکلات تنظیم هیجان، افسردگی، اضطراب، استرس و بهبود تحمل پریشانی بیماران مبتلا به سردرد تنشی شد و این اثربخشی در مرحله پیگیری نیز پایدار بود.

پوزاد (۱۳۹۱) در تحقیقی با عنوان "اثر بخشی درمان غنا سازی رابطه بر کاهش مشکلات بین فردی نوجوانان دختر منطقه ۲ شهر تهران" که بر روی ۲۴ دختر دبیرستانی شهر تهران انجام داد؛ دریافت که درمان غنی سازی رابطه بر کاهش مشکلات بین فردی نوجوانان دختر و به طور اختصاصی تر بر روی مولفه های جرائت و ورزی، صحبت کردن در جمع، روابط خانوادگی و دوستی های پایدار و نزدیک موثر بود.

مجلل (۱۳۹۱) در تحقیقی با هدف رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با مشکلات بین فردی در زنان دانشجوی مجرد و متأهل بین ۳۰ تا ۴۰ سال شهر رشت، نشان داد که میان تمام حیطه های طرحواره های ناسازگار اولیه و ابعاد گوناگون مشکلات بین فردی همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. همچنین، یافته ها حاکی از توان پیش بینی این مشکلات توسط طرحواره‌های ناسازگار اولیه بودند. به علاوه، نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده عدم تفاوت معنادار دو گروه زنان مجرد و متأهل از نظر وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مشکلات بین فردی بود.

عباسی مقدم (۱۳۹۰) در تحقیقی با هدف اثربخشی آموزش مبتنی بر تاب‌آوری در کاهش عود مجدد وابستگی به مواد در زنان استان قم که بر روی ۲۴ نفر از افراد مراجعه کننده به مراکز درمان سرپایی شهر (دو

گروه: آزمایشی ۱۲ نفر و گروه کنترل ۱۲ نفر) انجام داد؛ نشان داد که در پایان دوره آموزشی، در گروه آزمایش که آموزش مهارت های تاب آورانه در زمینه پیشگیری از عود مجدد مواد دریافت کرده اند نسبت به گروه کنترل، میزان شدت اعتیاد کاهش، و عود مجدد حتی در پیگیری پس از ۲ ماه اتفاق نیفتاده بود و براین اساس، می توان نتیجه گرفت که روش آموزشی تاب آوری در کاهش عود مجدد زنان تاثیر دارد و در کنار درمان رایج دارو درمانی و درمان نگهدارنده می تواند به عنوان درمان مکمل برای افزایش حفظ پاکی و مقابله با عود مجدد توسط متخصصان و روانشناسان به کار گرفته شود.

محمدی، آقاجانی و زهتاب ور (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان ارتباط اعتیاد، تاب آوری و مؤلفه های هیجانی که با هدف بررسی ارتباط اعتیاد با عوامل محافظت کننده (تاب آوری) و عوامل خطر (افسردگی، اضطراب و استرس) در ۳۴۶ دانشجوی فنی دانشگاه صنعتی شریف بود دریافتند که اضطراب، افسردگی و استرس در آزمودنی هایی که احتمال سوء مصرف مواد در آنها بالاتر بود، نسبت به گروه مقابل بیشتر و میزان تاب آوری کمتر بود.

جوادی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان رابطه کارکرد خانواده و تاب آوری در برابر مصرف مواد در دانش آموزان پسر دبیرستانی مدارس پرخطر نشان داد که بین ابعاد کارکرد خانواده (حل مسئله، آمیختگی عاطفی، نقشها، کنترل رفتار، ارتباط و کارکرد کلی) و تاب آوری در برابر مصرف مواد، رابطه مستقیم و معنادار وجود داشت. فقط خرده مقیاس پاسخ دهی عاطفی رابطه معناداری را نشان نداد. خرده مقیاس آمیختگی عاطفی توانست ۱۳ درصد از واریانس تاب آوری در برابر مصرف مواد را پیش بینی کند.

خوشخرام و گلزاری (۱۳۹۰)، به نقل از حاجلو و جعفری، (۱۳۹۳) در پژوهشی که در ارتباط با اثر بخشی امید درمانی و افزایش رضایتمندی و کاهش مشکلات بین فردی صورت گرفت، نتیجه گرفت که آموزش رویکرد امید درمانی موجب افزایش امید، روابط بین فردی و به طور کلی افزایش رضایت زناشویی در افراد مورد بررسی شده است.

رحیم زاده (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش مهارت های مثبت اندیشی مبتنی بر مراحل تغییر در پیشگیری از عود اعتیاد، که بر روی ۳۰ نفر از مراجعه کننده به مرکز درمان ترک اعتیاد شهرستان اراک به صورت طرح شبه آزمایشی بود، دریافت که آموزش مهارت های مثبت اندیشی (امید، خوشبینی و رضایتمندی) مبتنی بر مراحل تغییر در پیشگیری از عود اعتیاد موثر است.

کیانی دولت آبادی (۱۳۸۹) در تحقیقی با عنوان مقایسه ی اثربخشی روان درمانی مثبت نگر و درمان مبتنی بر شناختی-رفتاری از طریق ارتقاء تاب آوری بر پیشگیری از عود افراد وابسته به مواد که بر روی ۱۲ نفر تحت مداخله ی روان درمانی مثبت نگر، ۱۲ نفر تحت روان درمانی شناختی-رفتاری و ۱۵ نفر نیز گروه

گواه انجام داد. دو هدف عمده را به طور همزمان دنبال می‌کند، ابتداء از طریق شناسایی و تعیین عوامل موثر در ارتقای تاب آوری و تأثیر آن بر پیشگیری از عود را مورد بررسی قرار می‌دهد و سپس میزان اثر بخشی برنامه‌ی آموزشی و مداخله‌ی روان درمانی مثبت نگر^۱ (PPT) و مقایسه‌ی آن با روان درمان مبتنی بر راهبردهای شناختی- رفتاری^۲ (CBT)، از طریق ارتقای میزان تاب آوری بر پیشگیری از عود افراد وابسته‌ی به موارد مورد آزمون قرار می‌گیرد. نتایج نشان داد که اولاً عملکرد افراد وابسته‌ی به مواد در مقایسه با گروه گواه در مقیاس ارتقاء تاب آوری بر پیشگیری از عود پایین تر است. ثانیاً اثر بخشی میزان مداخله‌ی مبتنی بر رویکرد روان درمانی شناختی- رفتاری در مقایسه‌ی با رویکرد مثبت نگر، توانست سطح تاب آوری را بیشتر بالا ببرد. در نتیجه با تأیید فرضیه‌های پژوهشی عملکرد پایین تر افراد وابسته‌ی به مواد در مقایسه با گروه گواه در مقیاس تاب آوری بر پیشگیری از عود و هم چنین اثر بخشی روان درمانی شناختی- رفتاری در مقایسه‌ی با رویکرد مثبت نگر در ارتقاء تاب آوری بر پیشگیری از عود افراد وابسته‌ی به مواد تأیید شد. هاشمی نصرت آباد و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان "نقش سرمایه روان شناختی در بهزیستی روانی با توجه به اثرات تعدیلی سرمایه اجتماعی" دریافتند که سرمایه روانشناختی و مولفه‌های آن با بهزیستی روانشناختی و سرمایه اجتماعی از یک سو و بهزیستی روانشناختی با سرمایه اجتماعی رابطه مثبت و معناداری دارد.

مدنی (۱۳۸۹) در تحقیقی با هدف تأثیر تکنیک تفکر مثبت بر ارزشهای میان فردی و مشکلات بین شخصی؛ که بر روی ۴۰ نفر از دانشجویان پسر مقطع کارشناسی دانشکده مهندسی معدن دانشگاه صنعتی امیرکبیر انجام داد، نشان داد که آموزش تفکر مثبت در بهبود مشکلات بین فردی تأثیر داشته اما در خرده مقیاس‌ها به تنهایی تأثیر نداشته است. نتایج تحلیل کوواریانس نیز نشان می‌دهد که در مورد تأثیر آموزش تفکر مثبت بر ارزشهای میان فردی این متغیر مستقل تنها در بهبود وابستگی (یکی از زیر مولفه‌های ارزشهای میان فردی) تأثیر داشته است.

کریمی (۱۳۸۹) در تحقیقی با عنوان اثربخشی "آموزش تاب آوری" بر سرسختی روانشناختی و تاب‌آوری افراد بعد از ترک اعتیاد، انجام داد دریافت که بر روی ۲۴ نفر از مراجعینی که دوره سم زدایی را با موفقیت به پایان رسانده بودند، نشان داد که آموزش تاب آوری باعث افزایش میزان سرسختی و تاب آوری در گروه آزمایش، می‌شود و تغییرات در سطح کمتر از پنج صدم معنادار است.

مدنی (۱۳۸۹) در تحقیقی با عنوان بررسی تأثیر مداخلات روانی مبتنی بر مراحل تغییر بر پیشگیری از عود در مصرف‌کنندگان کراک، نشان داد که رابطه‌ی معنادار بین مداخلات روانی کنترل استرس و پیشگیری از عود وجود ندارد. همچنین بر اساس داده‌های به دست آمده آگاهی دادن در عدم احساس گناه و لزوم

^۱ - Positive Psycho Therapy

^۲ - Cognitive Behaviour Therapy

تعهد سپاری مجدد پس از لغزش تأثیری در پیشگیری از عود و تسهیل درمان نداشته است. در مورد فرضیه سوم، بین مداخله‌ی روانی افزایش عزت نفس و پیشگیری از عود با توجه به داده‌های پژوهش رابطه‌ی معناداری وجود نداشت. تنها فرضیه پذیرفته شده، تأثیر کلی مداخلات روانی بر ماندگاری در دوره‌ی پاک‌ی دلالت داشت که با توجه به داده‌ها پذیرفته شد.

رضایی نژاد (۱۳۸۹) در بررسی خود با عنوان اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی (مهارت‌های مقابله با استرس، ابراز وجود) بر پیشگیری از عود بیماران مرد مبتلا به اعتیاد که بر روی ۳۰ نفر از معتادان که در مراکز درمان اعتیاد منطقه غرب تهران که دوره سم زدائی را با موفقیت به پایان رسانده بودند نشان داد که معنی دار بودن تفاوت دو گروه از لحاظ میزان عود اعتیاد در مرحله پس آزمون و پیگیری بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی بر پیش‌گیری از عود اعتیاد بیماران مرد مبتلا به اعتیاد موثر است.

سیدری (۱۳۸۹) در تحقیقی با عنوان اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش رفتار پرخاشگرانه دختران دبیرستانی مقطع اول متوسطه منطقه ۱۳ آموزش و پرورش شهر تهران، که بر روی ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختر دبیرستانی مقطع اول متوسطه شهر تهران انجام داد؛ نشان داد که آموزش تاب‌آوری رابطه معناداری با رفتار پرخاشگرانه دختران دبیرستانی دارد. همچنین نتایج نشان داد که آموزش بر کاهش کینه‌توزی و افزایش روابط بین فردی موثر واقع شده است.

رئیس‌یان خیرآبادی (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش امید درمانی بر کاهش افسردگی و پیشگیری از عود زنان درمانجوی وابسته به مواد مخدر که بر روی ۲۰ زن (۱۰ نفر در گروه گواه و ۱۰ نفر در گروه آزمایش) مبتلا به اعتیاد که نمره ۱۴ و بالاتر در پرسشنامه افسردگی بک بدست آورده بودند؛ صورت گرفت. نتایج آزمون‌های دو گویای معنی دار بودن تفاوت دو گروه از لحاظ میزان عود اعتیاد در مرحله پس آزمون و پیگیری بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش امید درمانی بر پیش‌گیری از عود اعتیاد بیماران زن وابسته به مواد موثر است.

شه‌مرادی، محمدی فر و فخری (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان تأثیر نگهدارنده متادون بر سلامت روان و امیدواری وابستگان به مواد مخدر؛ نشان داد که بین نمره‌های سلامت روان و امیدواری وابستگان به مواد تحت درمان با متادون و وابستگان به مواد در لیست انتظار برای دریافت متادون تفاوت معناداری وجود دارد.

زرین کلک (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان "اثربخشی آموزش مؤلفه‌های تاب‌آوری بر کاهش سطح اعتیاد پذیری و تغییر نگرش دانش‌آموزان نسبت به مصرف مواد" که بر روی ۵۰ نفر از دانش‌آموزان پسر سال اول دبیرستان ساکن در حومه تهران نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل در نمره کلی نگرش نسبت به مواد مخدر و خرده‌مقیاس‌های آزمون اعتیاد پذیری وجود دارد. بدین معنا که برنامه

آموزش مؤلفه‌های تاب‌آوری بر کاهش سطح اعتیاد پذیری و ایجاد نگرش منفی در دانش‌آموزان نسبت به مصرف مواد موثر واقع شده است.

علاءالدینی، کجباف و مولوی (۱۳۸۶) در تحقیقی با عنوان "بررسی اثربخشی امید درمانی گروهی بر میزان امید و سلامت روانی" که بر روی ۳۰ دانشجو به روش شبه آزمایشی با گروه کنترل و آزمایش انجام دادند؛ نشان دادند که برنامه درمانی منجر به افزایش امید، سلامت روانی و کاهش نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی دانشجویان شده، اما در نمرات زیر مقیاس‌های اضطراب و بی‌خوابی و نشانه‌های جسمانی تغییر معناداری مشاهده نشد.

۲-۷-۲ تحقیقات انجام شده در خارج کشور

گنگرو^۱ (۲۰۱۶) در پژوهشی با عنوان بررسی اثرات تعدیل‌کننده خوشبینی، امید و قدر دانی در رابطه با تحمل پریشانی و ضایعیت از زندگی در رویداد‌های استرس‌آور زندگی نشان داد که خوشبینی امید و قدر دانی در وقایع استرس‌آور زندگی می‌تواند تحمل پریشانی روانی را در افراد پیش‌بینی کند ولی قادر به پیش‌بینی رضایت از زندگی نیست.

مای، هانتز، فراری، نوئل و جاسون^۲ (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان نقش امید و خودکارآمدی در پیش‌بینی پرهیز از مواد مخدر در یک مطالعه طولی نشان دادند که امید و خودکارآمدی در میزان پرهیز یا بازگشت به مصرف افراد در حال ترک نقش موثری ایفا می‌کند.

حجازی، انتسار و کرم زاده (۲۰۱۵) در پژوهشی با هدف مقایسه طرح‌واره‌های شناختی، شخصیت و تاب‌آوری افراد موفق به ترک وابستگی به مواد با افراد مبتلا به بازگشت و لغزش دریافتند که بین طرح‌واره‌های شناختی و شخصیت دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد ولی افراد موفق به ترک نمرات بالاتری را در مقیاس تاب‌آوری کسب نموده‌اند.

آنابل^۳ و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی و آسیب‌پذیری با تاب‌آوری در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد دریافتند که تاب‌آوری از جمله است که تحت تاثیر عوامل شخصیتی قرار دارد همچنین نشان داد که میزان آسیب‌پذیری افراد رابطه معکوسی با تاب‌آوری افراد دارد.

نیکلاس و رابرت^۴ (۲۰۱۴)، به نقل از فبنری طلب و فولاد چنگ، (۱۳۹۴) پژوهشی نشان می‌دهد که برخی از مؤلفه‌های مرتبط با تاب‌آوری مانند خودگردانی هیجانی، مهارت‌های اجتماعی، واکنش‌های کنار آمدن با استرس، راهبرد حل مساله و تاب‌آوری از یک طرف با رفتارهای پرخطر از جمله سوء مصرف مواد

^۱ -Gungor

^۲ - May, Hunter, Ferrari, Noel & Jason

^۳ - Annabelle

^۴ -Nicolas & Robert

مخدر رابطه معکوس و منفی دارند و از طرف دیگر با سلامت روانی و هیجانی و سازگاری اجتماعی رابطه مثبت و مستقیمی دارند.

هولینگ ایورث، وینگات، توکر، اوکیف و کول^۱ (۲۰۱۴) در پژوهشی با هدف بررسی رابطه مشکلات بین فردی و گرایش به خودکشی با توجه به متغیر تعدیل کننده امید نشان داد افرادی که از میزان امیدواری بالاتری برخوردار هستند، مشکلات بین فردی کمتری را تجربه کرده و کمتر گرایش به خودکشی دارند.

لی، لی و کو^۲ (۲۰۱۵) در پژوهشی با هدف بررسی رابطه چندگانه تصویر خود، روابط بین فردی، حمایت اجتماعی، بهزیستی روانشناختی و امید در زنان مبتلا به بیماری آلزایمر نشان دادند که بین امید و کیفیت روابط بین فردی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

روز^۳ و همکاران (۲۰۱۲)، به نقل از رحیمی و همکاران، (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان دادند که جوانان مبتلا به سوء مصرف مواد بعد از اجرای برنامه ((تاب آوری و مدیریت استرس))، به طور معنی داری استرس کمتر و ادراک کنترل بیشتری بر استرس نشان دادند.

جعفری^۴ و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی با عنوان اثربخشی مهارت های مقابله ای در تاب آوری و پیشگیری از عود افراد وابسته به مواد دریافتند که آموزش مهارت های مقابله ای اثربخشی معنی داری در افزایش تاب آوری افراد مبتلا و کاهش علائم عود در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد دارد.

پالرمو^۵ (۲۰۰۸) در پژوهشی با عنوان بررسی تاثیر امید و حمایت اجتماعی بر پریشانی روانی زنان دارای افسردگی پس از زایمان نشان دادند که امید و حمایت های اجتماعی دریافت شده از جانب اطرافیان می تواند از میزان پریشانی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بکاهد.

آروالو، گلرمو و هرتنسید^۶ (۲۰۰۸)، به نقل از قنبری طلب و فولاد چنگ، (۱۳۹۴) نشان دادند که بین واکنش های کنار آمدن با استرس و علائم ضربه درمان اعتیاد همبستگی وجود دارد و در مواردی که احساس تعلق و واکنش تحمل کننده بیشتر باشد فشارهای ناشی از درمان بهتر کنترل می گردد. کسانی که دارای توانایی حل مساله و تاب آوری بالاتری هستند دارای استعداد کمتری خواهند بود و توانایی سازگاری بالاتری را در روابط خود نشان خواهند داد.

کارادمس (۲۰۰۶) نشان داد که امیدواری و خوش بینی رابطه مثبتی با احساس ذهنی بهزیستی دارد و امیدواری همچنین می تواند پیش بینی کننده حمایت اجتماعی باشد که این عوامل نشان دهنده وجود شرایط مرتبط با سلامت معنوی در فرد می باشد.

^۱ -Hollingsworth, Wingate, Tucker, O'Keefe, & Cole

^۲ -Lee, Lee, & Ko

^۳ -Rose

^۴ - Jafari

^۵ - Palermo

^۶ - Arevalo, Guillermo & Hortensid

نتایج تحقیق اسنایدر و همکاران (۲۰۰۶، به نقل از رئیس‌یان، گلزاری و برجعلی، ۱۳۹۰) نشان داد که مداخله کوتاه مدت امید درمانی می‌تواند با کاهش حالت های هیجانی منفی (از قبیل خشم و پرخاشگری) در درمان و پیشگیری از بازگشت به مصرف مواد موثر باشد.

شروین و همکاران (۲۰۰۶، به نقل از موحدی و همکاران، ۱۳۹۳) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که طی فرایند امید درمانی؛ معنای زندگی، عزت نفس و بهزیستی روانشناختی جوانان مصرف کننده مواد روان گردان افزایش یافته و اضطراب و افسردگی آنان کاهش یافت.

پارک و پترسون^۱ (۲۰۰۶، به نقل از نامداری، مولوی، ملک‌پور و کلانتری، ۱۳۹۰) در تحقیق خود نشان دادند که گروهی از توانمندیها مثل امید، مهربانی، هوش اجتماعی، خودنظم دهی و ژرف نگری می‌توانند از فرد مبتلا به سوء مصرف مواد در مقابل تاثیرات منفی استرس و پریشانی محافظت نموده و در جریان فعالیت و حرکت آن از میزان اختلالات کاسته و یا از آنها جلوگیری نمایند. سلینگمن^۲ (۲۰۰۳، به نقل از نامداری و همکاران، ۱۳۹۰) در طی اجرای برنامه مداخله مثبت خود که مبتنی بر امید شادکامی واقعی بود و شامل شرکت مراجع در تمرینات متنوع در طول ۶ هفته می شد، دریافت که استفاده از توانمندیها، حسی از مالکیت واعتماد به واقعی بودن توانمندیها به مراجع منتقل کرده و فرد در بکارگیری آنها احساس نیاز می کند؛ که این امر سبب افزایش مقاومت در برابر فشار روانی می گردد.

بوکتر، مزاکاپا و بردسلی^۳ (۲۰۰۳) در پژوهشی نشان دادند که افرادی که تاب آوری بالایی دارند؛ از وضعیت سلامت روان بهتر، عزت نفس بالاتر، حمایت والدینی بیشتر داشته و کمتر در معرض مصرف مواد مخدر قرار می گیرند.

فردیکسون، توگاد، ویوگ و لارکین^۴ (۲۰۰۳) نشان دادند که تاب آوری با احساسات مثبت مرتبط بوده و به عنوان یک نقش محافظتی را درگرایش به مصرف مواد دارد. افرادی که سبک تبیین مثبت دارند در مجموع شادی و امید و رضایت بیشتری از زندگی دارند و گرایش به مصرف مواد یا الکل در آنان کمتر است.

جکسون، ورنیک و هاگا^۵ (۲۰۰۳) در پژوهشی با عنوان بررسی نقش امید به عنوان پیش بینی کننده ورود به درمان سوء مصرف مواد در زندانیان زندان فدرال نشان دادند که افرادی که دارای امید بالاتری هستند به احتمال کمتری وارد درمان سوء مصرف مواد می شوند، این پژوهشگران دلیل این امر را اعتماد به نفس کاذب زندانیان در جهت احساس نیاز به درمان شدن می دانند.

^۱ - Park N, Peterson

^۲ - Seligman

^۳ -Buckner, Mezzacappa & Beardslee

^۴ -Fredrickson, Tugade, Waugh & Larkin

^۵ -Jackson, Wernicke, & Haaga

کلاسنر^۱ و همکاران (۱۹۹۸، به نقل از موحدی و همکاران، ۱۳۹۳) در تحقیقی با هدف آموزش امید در کاهش مشکلات هیجانی و ارتباطی بزرگسالان نشان داد که مداخله آموزشی باعث شد تا ناامیدی، اضطراب و افسردگی آزمودنیها به طور معنی داری کاهش یافته و ارتباط مثبت با دیگران افزایش یابد و به طور کلی بهزیستی روانشناختی آزمودنی ها به طور معنی داری افزایش یابد.

ماستن^۲ (۱۹۹۰، به نقل از رحیمی و همکاران، ۱۳۹۵) در مطالعه ای دریافت که تاب آوری نقش بسیار قوی برای سازگاری و انطباق در برابر شرایط استرس زا دارد. از این رو آموزش مولفه های تاب آوری (معنا یابی، هدفمندی و راهبردهای مقابله ای موثر) میتواند در این زمینه نقش برجسته ای را در کاهش استرس افراد ایفا کند.

۲-۸ خلاصه فصل

در این فصل ابتدا به بررسی تعریف اعتیاد، مفهوم و ملاکهای سوء مصرف مواد، بازگشت اعتیاد و سبب شناسی آن پرداخته شد و سپس به تعریف تحمل پریشانی؛ انواع استرس، منابع و واکنش ها نسبت به پریشانی، مشکلات بین فردی؛ روابط بین فردی و پیامدهای مشکلات بین فردی، امیدواری و دیدگاه های راجع به آن و تاب آوری پرداخته شد. در نهایت تحقیقات داخلی و خارجی انجام شده پیرامون این پژوهش آورده شد. تحقیقات نشان داد که امید و تاب آوری با بازگشت به مواد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی ارتباط دارد. همچنین نتایج تحقیقات انجام شده نشان داد که با آموزش امید و آموزش تاب آوری می توان احتمال بازگشت به مصرف مواد و میزان مشکلات بین فردی را کاهش و تحمل سختی و پریشانی را افزایش داد.

^۱ - Klausner

^۲ - Masten

فصل سوم:

روش پژوهش

۳-۱ مقدمه:

در این فصل روش‌شناسی و شیوه طرح پژوهشی حاضر توضیح داده می‌شود، به همین منظور موضوعاتی از قبیل معرفی طرح پژوهشی، جامعه آماری، نمونه، روش نمونه‌گیری، ابزارهای اندازه‌گیری، اعتبار و پایایی ابزارها مورد بحث قرار گرفته است. و همچنین روش آماری که در تجزیه و تحلیل مورد استفاده قرار گرفت، توضیح داده می‌شود.

۳-۲ روش پژوهش:

پژوهش حاضر در دسته پژوهش‌های کمی و به لحاظ محتوی در دسته پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد. در این تحقیق از روش نیمه آزمایشی استفاده شد. به همین منظور از طرح سه گروهی (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری استفاده شده است تا بتوان کنترل بهتری بر روی متغیرهای مزاحم و هم‌زمان داشت. ممکن است امکان کنترل تمام متغیرهای بیرونی به وجود نیاید. هر دو

گروه در دو مرحله قبل، پس از اجرای متغیر مستقل و پیگیری مورداندازه‌گیری قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت.

سیمای کلی طرح پژوهش در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۱-۳ سیمای کلی طرح پژوهش

مرحله پیگیری	پس آزمون	متغیر مستقل	پیش آزمون	انتخاب تصادفی	گروه‌ها
T ^۳	T ^۲	X	T ^۱	R	گروه آزمایشی (معتادین بهبود یافته) تاب آوری
T ^۳	T ^۲	X	T ^۱	R	گروه آزمایشی (معتادین بهبود یافته) امید
T ^۳	T ^۲	-	T ^۱	R	گروه کنترل (معتادین بهبود یافته)

چنانچه از جدول بالا استنباط می‌شود، این مطالعه یک پژوهش نیمه آزمایشی است که در آن تأثیر متغیر مستقل (مداخله درمانی مبتنی بر آموزش تاب آوری و مداخله درمانی مبتنی بر آموزش امید) بر متغیرهای وابسته (پیگیری از بازگشت مجدد اعتیاد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی) معتادان بهبودیافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان بررسی شد.

۳-۳ جامعه و آزمودنی‌های پژوهش

جامعه پژوهش در این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد مخدر بودند که در شش ماه اول سال ۱۳۹۵ در کلینیک‌های ترک اعتیاد با درمان نگهدارنده متادون^۱ شهر اصفهان مشغول درمان بودند. تعداد این مراکز درمانی ۵۰ مورد می‌باشد که در مجموع در حال خدمت رسانی به افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بودند.

۳-۴ روش نمونه‌گیری

در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین ترتیب که از بین مرکزهای ترک اعتیاد اصفهان سه مرکز به صورت در دسترس انتخاب و از بین افرادی که در این مرکز تحت درمان **MMT** بودند از هر مرکز ۳۰ نفر از افرادی که ملاک‌های ورود به تحقیق را داشتند به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس به صورت کاملاً تصادفی معتادان یک مرکز جهت اجرای مداخله امید، معتادان مرکز دوم

^۱ Methadone Maintenance Treatment

جهت اجرای مداخله تاب آوری و معتادان مرکز سوم جهت حضور در گروه کنترل تخصیص یافتند. بدین ترتیب جمعا ۹۰ نفر جهت انجام پژوهش انتخاب شدند. معیار های ورود و خروج در زیر ارایه شده است.

۳-۴-۱ معیارهای ورود

واحدهای پژوهشی را مردانی تشکیل می دهند که:

۱. معتاد به مشتقات مورفین باشند.
۲. داری سن بین ۲۵-۵۵ سال باشند (بیشترین میزان اعتیاد در گروه سنی ۲۸ الی ۴۹ سال است) (عبدلهی و همکاران، ۲۰۰۶) که برای اطمینان بیشتر از ۲۵ تا ۵۵ در پژوهش حاضر شرکت کردند.
۳. تحت درمان با متادون بودند و در سه ماه گذشته تحت هیچ مداخله روان درمانی قرار نگرفته بودند
۴. بیشتر از یک ماه از شروع درمان او گذشته باشد (چون از شرایط درمان با متادون آگاه و در درمان تثبیت شده باشند)
۵. عدم ابتلا به اختلالات حاد روان پزشکی
۶. تحصیلات حداقل سوم راهنمایی باشد

۳-۴-۲ معیارهای خروج

۱. عدم تمایل به ادامه همکاری
۲. وجود هرگونه مشکل به شکلی که بیمار قادر به ادامه همکاری نباشد
۳. غیبت بیش از سه جلسه از کل جلسات روان درمانی
۴. اعتیاد همسر و بستگان درجه یک
۵. شرکت در کلاس های NA در زمان انجام پژوهش

۳-۵ روش گردآوری داده ها

روش گردآوری داده ها میدانی و ابزار گردآوری اطلاعات، استفاده از پرسشنامه های استاندارد می باشد.

۳-۶ ابزار گردآوری اطلاعات :

(۱) پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته: این پرسشنامه توسط خود محقق ساخته شد و در آن برای به دست آوردن اطلاعات از ویژگیهای جمعیت شناختی آزمودنی از قبیل سن، پایه ی تحصیلی، وجود فرد

معتاد در افراد فامیل، وجود فرد معتاد در بین دوستان، زمان اعتیاد، مدت زمان ترک، میزان درآمد و مشابه آن سؤالاتی ساخته شد.

۲) پرسشنامه ی گرایش نسبت به مواد مخدر: این پرسشنامه توسط عسکری (۱۳۸۶) در مورد نگرش نسبت به اعتیاد و مواد مخدر ساخته شده است که دارای ۳۰ سوال می باشد. شیوه نمره گذاری آن لیکرت می باشد و برای نمره گذاری آیتم ها در مورد آیتم های مساعد و یا نگرش مثبت به هر یک از پاسخهای « بسیار شدید، شدید، تردید دارم، کم، بسیار کم » به ترتیب نمره های ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ داده می شود. نمره گذاری به گزاره های نامساعد که با علامت (*) در پرسشنامه مشخص گردیده و بیانگر نگرش منفی هستند، به ترتیب معکوس انجام می گیرد. نمره های هر فرد عبارت خواهد بود از مجموع نمرات وی در کل مقیاس. این نمره، نگرش کلی گرایش به مواد را نشان می دهد. قابل ذکر است که از آنجایی که به نگرش منفی نمره ی ۱ و به نگرش مثبت نمره ی ۵ تعلق می گیرد، بنابراین حداقل نمره ی فرد ۳۰ و حداکثر ۱۵۰ خواهد بود. با این شیوه هم نگرش نسبت به اعتیاد و مواد مخدر و هم شدت آن مورد ارزیابی قرار می گیرد. سازنده ی پرسشنامه برای بررسی اعتبار محتوایی آیتم های مقیاس و نیز بررسی قوت و ضعف آیتم ها، از نظر دانشجویان کارشناسی ارشد و دکتری و نیز اساتید روانشناسی استفاده کرده است و همه آنها نظر مساعد و موافقی درباره اعتبار مقیاس داشته اند (سازه های نظری خوبی در این زمینه وجود دارد). نتایج بدست آمده در مورد پرسشنامه گرایش نسبت به مواد ساخته شده نشان می دهد که مواد مقیاسها از همسانی خوبی برخوردارند. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس گرایش نسبت به مواد مخدر برابر ۰/۸۰ می باشد.

۳) مقیاس تحمل پریشانی: این مقیاس، یک شاخص خود سنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شد و دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس می باشد. خرده مقیاس ها عبارتند از: تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب شدن توسط هیجانانگ منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) و تنظیم (تنظیم تلاشها برای تسکین پریشانی). ضرایب آلفا برای این مقیاس ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ می باشد. همچنین مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه ی خوبی می باشد (سیمونز و گاهر^۱، ۲۰۰۵؛ به نقل از علوی، ۱۳۹۰). پایایی همسانی درونی (آلفای کرونباخ) این پرسشنامه در یک مطالعه ی مقدماتی بر روی ۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد) محاسبه شد. نتایج آن مطالعه، پایایی همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس ($\alpha=0/71$) و پایایی متوسطی را برای

^۱.Simons and Gaher

خرده مقیاس ها نشان داد (۰/۵۴) برای خرده مقیاس تحمل، ۰/۴۲ برای خرده مقیاس جذب، ۰/۵۶ برای خرده مقیاس ارزیابی و ۰/۵۸ برای خرده مقیاس تنظیم (علوی، ۱۳۹۰).

۴) پرسشنامه مشکلات بین فردی^۱ (۳۲-IIP): یک ابزار خودگزارش دهی است که گویه های آن در رابطه با مشکلاتی است که افرادی به طور معمول در روابط بین فردی تجربه می کنند. این فرم توسط بارخام و همکاران (۱۹۹۶) به منظور استفاده از این ابزار در خدمات بالینی طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۲۹ گویه و شش خرده مقیاس صراحت و مردم آمیزی (۷ سوال)، گشودگی (۴ سوال)، در نظر گرفتن دیگران (۴ سوال)، پر خاشگری (۴ سوال)، حمایت گری و مشارکت (۷ سوال) و وابستگی (۳ سوال) می باشد. این گویه ها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه ای نمره گذاری می شود. در پژوهش نجمه فتح و همکاران میزان پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۰، ۰/۶۱، ۰/۸۸ و ۰/۶۱ و ضریب پایایی کلی ۰/۸۳ در یک نمونه ۳۸۴ نفره محاسبه گردید.

۳-۷ شیوه اجرای پژوهش

از ۵۰ مرکز درمان و بازتوانی اعتیاد بصورت تصادفی، ۳ مرکز انتخاب و اقدامات لازم مبنی بر همکاری لازم جهت انجام این تحقیق صورت گرفت. بعد از تشکیل گروه ها بر روی تمام آزمودنی ها پرسشنامه های پژوهش در مرحله پیش آزمون اجرا گردید. پس از آن برای یک گروه تعداد ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه ای آموزش امید و برای گروه دیگر تعداد ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه ای آموزش تاب آوری انجام گرفت. سپس در مرحله پس آزمون تمام ۹۰ آزمودنی پرسشنامه های پژوهش را تکمیل کردند. و آزمودنیهای گروه کنترل دست نخورده باقی مانده و سپس بعد از گذشت یک ماه بعد از اتمام پژوهش به همراه گروه های آزمایش پرسشنامه های طرح را در مرحله پیگیری تکمیل کردند. برای رعایت موارد اخلاقی پژوهش آزمودنی های گروه کنترل بعد از انجام مرحله پیگیری از آموزش های انجام گرفته بر گروه های آزمایش به صورت غیر حضوری بهره مند گشتند. محتوای جلسات آموزشی در جدول ۳-۲ و ۳-۳ ارائه شده است.

^۱.Inventory of Interpersonal Problems

جدول ۳-۲ محتوای جلسات آموزش امید (لوپزوهمکاران، ۲۰۰۴).

جلسات	توان تفکر	مسیرهای تفکر
جلسه اول و دوم: اجرای پرسشنامه امید محاسبه امتیاز عامل و مسیرهای تفکر	انجام دهید: هدفی را انتخاب کرده‌اید، پس به دنبال آن باشید. انجام ندهید: اجازه دهید تا از موانع زندگیتان تعجب کنید.	انجام دهید: هدف اصلی را به اهداف فرعی تجزیه کنید. انجام ندهید: فکر کردن به اینکه می‌توانید فوراً به هدف بزرگ دست یابید.
جلسه سوم و چهارم: یادگیری درباره امید آموزش تئوری امید و پیامدهای مثبت آن	انجام دهید: درباره کلمات مثبت حرف بزنید. انجام ندهید: هر افکار درونی مزاحم را کاملاً سرکوب کنید.	انجام دهید: پیگیری خود را درباره یک هدف آغاز کنید. انجام ندهید: در ایجاد مسیر برای هدف بسیار عجله کنید.
جلسه پنجم و ششم: سازماندهی امید تهیه فهرست مؤلفه های مهم زندگی توسط مراجع	انجام دهید: پیگیری‌های قبلی موفقیت آمیز هدف را به خاطر آورید. انجام ندهید: اگر تفکر آرزومندانه شما افزایش نیافت، بی حوصله و ناشکیبا شوید.	انجام دهید: برای ایجاد مسیرهای اهداف فعالیت کنید و بهترین را انتخاب کنید. انجام ندهید: برای انتخاب بهترین مسیر هدف‌تان شتاب کنید.
جلسه هفتم و هشتم: ایجاد اهداف مثبت و معین همکاری درمانگر و مراجع برای ایجاد اهداف عملی مثبت و معین	انجام دهید: لبخند بزنید، حتی اگر در پیگیری هدف با مانع مواجه شوید. انجام ندهید: نتیجه بگیرید که هیچ‌وقت چیزی تغییر نمی‌کند.	انجام دهید: در ذهن، تمام نکات در مواجهه با مانع را شرح دهید. انجام ندهید: به ایده یافتن یک مسیر کامل بسیار فکر کنید.
جلسه نهم و دهم: تمرین برای تحقق مشخص کردن و بیان گام‌های دست‌یابی به اهداف مراجع توسط مراجع	انجام دهید: اگر هدف اصلی مسدود شد، یک هدف جایگزین بیابید. انجام ندهید: در مواجهه با بدبختی خود را بیچاره بدانید.	انجام دهید: اگر برای دست‌یابی به هدف، به مهارت جدیدی نیاز دارید آن را بیاموزید. انجام ندهید: نتیجه‌گیری درباره اینکه فاقد استعداد هستید.
جلسه یازدهم و دوازدهم: بررسی به کارگیری اهداف، مسیرها و عامل تفکر در زندگی و گزارش به درمانگر	انجام دهید: از فرایند دست‌یابی به اهداف لذت ببرید و فقط بر هدف نهایی متمرکز نباشید. انجام ندهید: اگر هدفی واقعاً مسدود شد، به آن بچسبید.	انجام دهید: در جایی که می‌توانید توصیه کنید یا توصیه پذیر باشید، دوستی‌های دو طرفه ایجاد کنید. انجام ندهید: دوستانی انتخاب کنید که شما را تحسین کنند و در زمینه مشکلات شما، راه حل ارائه ندهند.

جدول شماره ۳-۳ محتوای جلسات تاب آوری (کروگر، ۲۰۰۶)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی با مفاهیم، ساختار، مراحل، روش اجرای برنامه و تکالیف.
جلسه دوم	شناسایی و کنترل هیجان ها.
جلسه سوم	آموزش روش های پرورش و ارتقاء سطح همدلی و رفتار نوع دوستی و سهیم شدن، یاری، پذیرش، ملاحظه و تسلی دادن یکدیگر.
جلسه چهارم	آشنایی با دو واژه خودگردانی و خود تاب آوری و تفاوت آنها از طریق تصویرسازی ذهنی و آموزش مهارت های آرامش سازی عضلانی تدریجی
جلسه پنجم	توانایی شکل دهی روابط مثبت و ابقاء آن و توانایی برقراری رابطه اثربخش کلامی و غیرکلامی.
جلسه ششم	آموزش حس شوخ طبعی - مشارکت گروهی اثربخش.
جلسه هفتم	آموزش حس خودشناسایی، خود ادراکی مثبت و خوداثربخشی.
جلسه هشتم	آموزش فراشناخت، حل مسئله، بررسی چرخه افکار منفی و آموزش تلاش برای رشد نگرش مثبت.
جلسه نهم	بررسی حفظ باورها و انتظارات مذهبی یا معنوی و اهداف آینده.
جلسه دهم	مرور تواناییهای فراگرفته شده در طی جلسات و یکپارچه سازی تاب آوری هیجانی، اجتماعی و شناختی در نوجوانان و اجرای پس آزمون

۳-۸ روش ها و ابزار تجزیه و تحلیل داده ها:

در سطح توصیفی از شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی برای ارایه وضعیت متغیرهای مستقل و وابسته پژوهش استفاده شد. در سطح استنباطی نیز از آزمون های بررسی پیش فرض ها (کولموگروف - اسمیرنوف و آزمون لوین توزیع طبیعی نمرات) و تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر استفاده شد. کلیه ی تحلیل های آماری با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی^۱ نسخه ۲۲ انجام شد.

^۱. Statistical package for social science (Version ۲۲)

فصل چهارم:

تجزیه و تحلیل داده ها

۴-۱ مقدمه

در این فصل داده های جمع آوری شده تجزیه و تحلیل شده است. ابزار مورد استفاده برای جمع آوری داده ها پرسشنامه جمعیت شناختی، گرایش نسبت به مواد مخدر، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی است. برای تجزیه و تحلیل داده ها از میانگین^۱، انحراف معیار^۲، همبستگی پیرسون^۳ و تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر^۴ استفاده شده است. همچنین از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی و نمودارهای مختلف، جهت بررسی متغیرهای جمعیت شناختی نمونه مورد مطالعه استفاده شده است.

بررسی سن اعضای نمونه

جوان ترین عضو نمونه در نمونه ی مورد مطالعه ۲۵ سال و مسن ترین فرد ۵۴ سال سن دارد. توزیع فراوانی اعضای نمونه بر حسب سن و به تفکیک گروه های آزمایش و کنترل در جدول و شکل ۴-۱ آورده شده است.

^۱ - Mean

^۲ - Standard Deviation

^۳ - Pearson Correlation

^۴ - GLMM

جدول ۴-۱ توزیع فراوانی سن به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

سن	گروه آزمایشی امید		گروه آزمایشی تاب اوری		گروه کنترل		کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۲۵ تا ۳۰ سال	۸	۸/۹	۸	۸/۹	۸	۸/۹	۲۶/۷
۳۱ تا ۳۵ سال	۷	۷/۸	۷	۷/۸	۷	۷/۸	۲۳/۳
۳۶ تا ۴۰ سال	۷	۷/۸	۵	۵/۶	۶	۶/۷	۲۰
۴۱ تا ۴۵ سال	۴	۴/۴	۶	۶/۷	۳	۳/۳	۱۴/۴
۴۶ تا ۵۰ سال	۲	۲/۲	۲	۲/۲	۳	۳/۳	۷/۸
۵۱ تا ۵۶ سال	۲	۲/۲	۲	۲/۲	۳	۳/۳	۷/۸

با توجه به جدول ۴-۱ ۲۶/۷ درصد ۲۵ تا ۳۰ ساله هستند، ۲۳/۳ درصد از افراد در رده ی سنی ۳۱ تا ۳۵ سال، ۲۰ درصد ۳۶ تا ۴۰ ساله و ۱۴/۴ درصد نیز سنی بین ۴۱ تا ۴۵ سال دارند. همچنین ۷/۸ درصد از جمعیت نیز در رده ی سنی ۴۶ تا ۵۰ سال و ۷/۸ درصد نیز ۵۱ تا ۵۵ سال سن دارند. میانگین سنی اعضای نمونه ی مورد مطالعه برابر با ۳۶/۷۸ سال و انحراف استاندارد ۷/۸۷ سال است.

بررسی تحصیلات اعضای نمونه

افراد بر حسب تحصیلات در یکی از گروه های دیپلم و کمتر، کاردانی، کارشناسی و کارشناسی ارشد و بالاتر قرار گرفته اند. توزیع فراوانی افراد بر حسب تحصیلات و به تفکیک گروه در جدول و شکل ۴-۲ آورده شده است.

جدول ۴-۲ توزیع فراوانی تحصیلات به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

تحصیلات	گروه آزمایشی امید		گروه آزمایشی تاب اوری		گروه کنترل		کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
دیپلم و کمتر	۱۴	۱۵/۶	۱۵	۱۶/۷	۱۳	۱۴/۴	۴۶/۷
کاردانی	۶	۶/۷	۹	۱۰	۸	۸/۹	۲۵/۶
کارشناسی	۸	۸/۹	۴	۴/۴	۷	۷/۸	۲۱/۱
ارشد و بالاتر	۲	۲/۲	۲	۲/۲	۲	۲/۲	۶/۷

با توجه به جدول ۴-۲ از بین اعضای نمونه ۴۶/۷ درصد از اعضای نمونه تحصیلاتی دیپلم و کمتر دارند. ۲۵/۶ درصد تحصیلات دانشگاهی کاردانی و ۲۱/۱ درصد مدرک کارشناسی دارند. تنها ۶/۷ درصد از اعضای نمونه دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر هستند.

مدت آلودگی به مواد

مدت آلودگی به مواد در بین اعضای نمونه از ۲ سال تا ۲۴ سال بوده است. توزیع فراوانی اعضای نمونه بر حسب مدت اعتیاد به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول و شکل ۳-۴ آورده شده است.

جدول ۳-۴ توزیع فراوانی مدت اعتیاد به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

مدت اعتیاد	گروه آزمایشی امید		گروه آزمایشی تاب آوری		گروه کنترل		کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۱ تا ۵ سال	۶	۶/۷	۵	۵/۶	۷	۷/۸	۱۸
۶ تا ۱۰ سال	۱۴	۱۵/۶	۸	۸/۹	۱۵	۱۶/۷	۳۷
۱۱ تا ۱۵ سال	۴	۴/۴	۹	۱۰	۵	۵/۶	۱۸
۱۶ تا ۲۰ سال	۵	۵/۶	۵	۵/۶	۳	۳/۳	۱۳
بیشتر از ۲۰ سال	۱	۱/۱	۳	۳/۳	۰	۰	۴

با توجه به جدول و شکل ۳-۴ از بین اعضای نمونه ۲۰ درصد کمتر از ۵ سال به مواد آلوده بوده اند، ۴۱/۱ درصد بین ۶ تا ۱۰ سال معتاد بوده اند، ۲۰ درصد ۱۱ تا ۱۵ سال آلوده به مواد و ۱۴/۴ درصد نیز ۱۶ تا ۲۰ سال معتاد بوده اند. در نهایت ۴/۴ درصد از اعضای نمونه بیشتر از ۲۰ سال آلوده به مواد بوده اند.

مدت ترک

مدت سلامت اعضای نمونه از ۶ ماه تا ۶ سال بوده است. توزیع فراوانی اعضای نمونه بر حسب مدت ترک و به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول و شکل ۴-۴ آورده شده است.

جدول ۴-۴ توزیع فراوانی مدت ترک به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

مدت ترک	گروه آزمایشی امید		گروه آزمایشی تاب آوری		گروه کنترل		کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۱ سال	۵	۵/۶	۱۰	۱۱/۱	۸	۸/۹	۲۳
۲ سال	۸	۸/۹	۱۱	۱۲/۲	۷	۷/۸	۲۶
۳ سال	۷	۷/۸	۳	۳/۳	۷	۷/۸	۱۷
۴ سال	۳	۳/۳	۳	۳/۳	۵	۵/۶	۱۱
۵ سال	۴	۴/۴	۲	۲/۲	۲	۲/۲	۸
۶ سال	۳	۳/۳	۱	۱/۱	۱	۱/۱	۵

با توجه به جدول ۴-۴ از بین اعضای نمونه ۲۵/۶ درصد یک سال و کمتر است که سلامت می باشند. ۲۸/۹ درصد ۲ سال است که سالم هستند، ۱۸/۹ درصد ۳ سال در ترک، ۱۲/۲ و ۸/۹ درصد به ترتیب ۴ و ۵ سال است که در ترک هستند و ۵/۶ درصد از اعضای نمونه ۶ سال است که از آلودگی به مواد پاک می باشند.

معتاد در نزدیکان

در جدول زیر به بررسی وجود معتاد در بین دوستان و فامیل اعضای نمونه پرداخته شده است. توزیع فراوانی اعضای نمونه بر حسب وجود معتاد در نزدیکان به تفکیک گروه های آزمایش و کنترل در جدول ۴-۵ آورده شده است.

جدول ۴-۵ توزیع فراوانی وجود معتاد در نزدیکان به تفکیک گروه های آزمایش و کنترل

معتاد در نزدیکان	گروه آزمایشی امید		گروه آزمایشی تاب اوری		گروه کنترل		کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
در بین فامیل	۱۱	۱۲/۲	۱۳	۱۴/۴	۱۱	۱۲/۲	۳۸/۹
در بین دوستان	۱۵	۱۶/۷	۱۶	۱۷/۸	۹	۱۰	۴۴/۴
عدم معتاد در دوست و فامیل	۴	۴/۵	۱	۱/۲	۱۰	۱۱/۲	۱۶/۷

با توجه به جدول ۴-۵ در بین اعضای گروه آزمایشی امید ۱۲/۲ و ۱۶/۷ درصد به ترتیب در بین فامیل و دوستان معتاد وجود دارد. در گروه آزمایشی تاب اوری ۱۴/۴ و ۱۷/۸ درصد به ترتیب در بین فامیل و دوستان معتاد است و نهایتاً ۱۲/۲ و ۱۰ درصد به ترتیب بین فامیل و دوستان گروه کنترل معتاد وجود دارد. در مجموع در بین کل اعضای نمونه ۳۸/۹ درصد از افراد در بین فامیل و اقوام حداقل به نفر آلوده به مواد وجود دارد و ۴۴/۴ درصد در بین دوستانشان حداقل به نفر معتاد وجود دارد.

۲-۴ یافته های توصیفی

در این بخش به یافته های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد مقیاس گرایش به مواد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی و ابعاد آنها به تفکیک گروه آزمایشی امید، تاب اوری و گروه کنترل پرداخته شد.

جدول ۴-۶ یافته‌های توصیفی مقیاس‌های گرایش به مواد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی

مقیاس	مرحله	گروه آزمایشی امید		گروه آزمایشی تاب آوری		گروه کنترل
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
گرایش به مواد	پیش‌آزمون	۹۷/۲۶	۲۴/۶۳	۹۵/۴۶	۲۷/۵۱	۹۷/۳۳
	پس‌آزمون	۸۷/۶۶	۲۳/۵۰	۸۳/۵۰	۲۴/۹۹	۹۲/۷۰
	پیگیری	۸۵/۲۶	۲۲/۳۰	۸۰/۱۰	۲۱/۰۹	۹۱/۱۰
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۳۲/۷۶	۷/۴۲	۳۴/۸۶	۸/۰۸	۳۱/۵۳
	پس‌آزمون	۴۲/۲۹	۸/۵۹	۴۵/۸۶	۸/۳۰	۳۱/۰۶
	پیگیری	۴۲/۴۷	۹/۳۶	۴۴/۱۳	۴/۶۳	۳۱/۲۴
تحمل	پیش‌آزمون	۶/۰۰	۲/۵۰	۷/۸۰	۳/۲۷	۵/۶۵
	پس‌آزمون	۸/۸۲	۳/۳۲	۹/۵۶	۲/۵۴	۵/۴۱
	پیگیری	۸/۹۴	۳/۲۶	۹/۰۰	۲/۶۶	۵/۳۵
جذب	پیش‌آزمون	۶/۱۲	۲/۴۷	۶/۷۶	۳/۰۲	۶/۰۰
	پس‌آزمون	۸/۳۵	۳/۱۶	۷/۹۳	۳/۳۲	۵/۶۵
	پیگیری	۸/۷۶	۳/۱۳	۸/۲۰	۳/۱۷	۵/۸۲
ارزیابی	پیش‌آزمون	۱۴/۹۴	۳/۴۰	۱۵/۹۳	۳/۷۱	۱۶/۷۶
	پس‌آزمون	۱۸/۵۹	۵/۰۳	۱۹/۷۰	۵/۲۸	۱۴/۰۶
	پیگیری	۱۸/۹۴	۵/۳۵	۱۷/۳۶	۳/۷۰	۱۴/۰۶
تنظیم	پیش‌آزمون	۵/۷۱	۲/۷۵	۷/۳۶	۲/۹۷	۶/۱۲
	پس‌آزمون	۶/۵۳	۳/۳۳	۸/۶۶	۲/۵۵	۵/۹۴
	پیگیری	۶/۶۵	۳/۳۱	۹/۵۶	۳/۰۲	۵/۷۶
مشکلات بین فردی	پیش‌آزمون	۷۸/۴۷	۲۰/۲۹	۷۸/۰۶	۱۱/۱۸	۸۰/۰۶
	پس‌آزمون	۶۹/۳۵	۱۵/۱۷	۶۶/۷۰	۱۰/۹۹	۷۸/۱۲
	پیگیری	۶۸/۵۳	۱۵/۳۷	۶۴/۴۳	۱۰/۳۵	۷۷/۸۸
صراحت و مردم آمیزی	پیش‌آزمون	۱۵/۳۵	۴/۴۷	۱۶/۱۰	۴/۹۵	۱۸/۰۶
	پس‌آزمون	۱۲/۰۰	۳/۳۹	۱۲/۸۲	۴/۶۲	۱۶/۵۹
	پیگیری	۱۲/۰۶	۳/۰۴	۱۳/۶۳	۵/۲۶	۱۶/۸۸
گشودگی	پیش‌آزمون	۱۴/۶۵	۲/۹۵	۸/۵۰	۴/۰۱	۱۱/۰۶
	پس‌آزمون	۱۰/۲۹	۲/۱۷	۹/۵۰	۳/۵۴	۱۰/۶۵
	پیگیری	۱۰/۱۲	۲/۴۷	۹/۳۶	۳/۲۶	۱۰/۷۱
در نظر گرفتن دیگران	پیش‌آزمون	۱۵/۲۴	۳/۰۳	۹/۵۶	۲/۵۲	۱۳/۹۴
	پس‌آزمون	۱۳/۱۲	۳/۵۱	۷/۳۳	۲/۰۲	۱۴/۲۹
	پیگیری	۱۳/۰۰	۳/۶۷	۷/۶۰	۳/۰۶	۱۴/۴۷
پرخاشگری	پیش‌آزمون	۱۰/۱۸	۴/۳۳	۱۰/۰۰	۲/۶۷	۱۲/۴۷

تحمل پریشانی

۳/۴۱	۱۱/۵۹	۲/۸۱	۷/۲۶	۳/۵۰	۸/۲۴	پس آزمون	
۳/۴۰	۱۱/۷۱	۳/۷۶	۸/۰۰	۳/۵۹	۸/۲۴	پیگیری	
۳/۹۰	۱۴/۸	۳/۷۴	۱۵/۹۰	۴/۵۷	۱۶/۵۳	پیش آزمون	حمایت گری و مشارکت
۲/۹۶	۱۵/۸۲	۳/۹۲	۱۲/۷۳	۶/۴۱	۱۴/۵۳	پس آزمون	
۲/۷۶	۱۵/۵۹	۴/۶۵	۱۴/۴۶	۶/۸۴	۱۴/۶۵	پیگیری	
۲/۶۲	۹/۶۵	۲/۶۶	۸/۰۰	۳/۶۲	۸/۱۸	پیش آزمون	وابستگی
۲/۶۹	۹/۱۸	۲/۵۹	۷/۰۰	۲/۹۶	۶/۲۲	پس آزمون	
۳/۲۴	۸/۴۱	۲/۵۵	۷/۳۶	۳۲/۰۴	۶/۰۹	پیگیری	

با توجه به جدول ۴-۶ میانگین پیش آزمون گرایش به مواد برای گروه های آزمایش امید، تاب آوری و کنترل به ترتیب برابر با ۹۷/۳۳ و ۹۵/۴۶، ۹۷/۲۶ و ۹۷/۳۳ و میانگین پس آزمون آن برابر با ۸۷/۶۶، ۸۳/۵۰ و ۹۲/۷۰ است. میانگین پیش آزمون تحمل پریشانی برای گروه های آزمایش امید، تاب آوری و کنترل به ترتیب برابر با ۳۲/۷۶، ۳۴/۸۶ و ۳۱/۵۳ و میانگین پس آزمون آن برابر با ۴۲/۲۹، ۴۵/۸۶ و ۳۱/۰۶ است. همچنین میانگین پیش آزمون تحمل پریشانی برای گروه های آزمایش امید، تاب آوری و کنترل به ترتیب برابر با ۷۸/۴۷، ۷۸/۰۶ و ۸۰/۶ و میانگین پس آزمون آن برابر با ۶۹/۳۵، ۶۶/۷۰ و ۷۸/۱۲ است.

۴-۳ آمار استنباطی

برای بررسی آموزش سرمایه های روانشناختی امید و تاب آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. برای انجام این تحلیل به بررسی پیش فرض های انجام تحلیل واریانس پرداخته شد.

مفروضه‌ی اول تحلیل واریانس: فرض ابتدایی تحلیل واریانس فاصله‌ای و نسبی بودن متغیرهای همپراش و وابسته است. همان‌طور که در شیوه‌ی نمره‌گذاری دو پرسشنامه آورده شد، مقیاس‌ها از نوع فاصله‌ای^۱ هستند. به همین جهت مفروضه‌ی اول تحلیل واریانس حاصل شده است.

مفروضه‌ی دوم تحلیل واریانس: جهت بررسی نرمال^۲ بودن توزیع‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون چندین راه وجود دارد که در این جا به بررسی نرمال بودن توزیع‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف و اسمیرنف^۳ پرداخته شده است که در جدول ۴-۷ آورده شده است.

^۱ - Interval Measurement

^۲ - Normal

^۳ - Sample Kolmogorov – Smirnov Test

جدول ۴-۷ آزمون کولموگروف اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن پیش آزمون - پس آزمون مقیاس های مورد مطالعه

مقیاس ها	نوع آزمون	میانگین	ارزش	سطح معناداری
گرایش به مواد	پیش آزمون	۹۵/۰۲	۰/۷۸	۰/۵۷
	پس آزمون	۸۷/۱۳	۰/۶۶	۰/۷۴
تحمل پریشانی	پیش آزمون	۳۴/۱۵	۰/۹۸	۰/۲۹
	پس آزمون	۴۱/۶۸	۰/۵۱	۰/۹۵
مشکلات بین فردی	پیش آزمون	۷۶/۲۶	۰/۷۲	۰/۶۷
	پس آزمون	۷۳/۷۴	۰/۷۶	۰/۶۰

جدول ۴-۷ نشان داد که مقدارهای P در آزمون کولموگروف و اسمیرنوف از ۰/۰۵ بزرگ تر است. با توجه به نتایج توزیع داده ها منطبق بر توزیع نرمال و مفروضه ی دوم تحلیل واریانس رعایت شده است. مفروضه ی سوم تحلیل واریانس: این پیش فرض به منظور عدم همبستگی کامل میان همپراش ها است بدین معنا که نباید ضرایب همبستگی میان همپراش ها بیش تر از ۰/۸۰ باشد.

جدول ۴-۸ ضرایب همبستگی پیرسون و اسپیرمن متغیرهای همپراش و متغیرهای جمعیت شناختی

متغیرها	گرایش به مواد	تحمل پریشانی	مشکلات بین فردی
گرایش به مواد	۱/۰۰		
تحمل پریشانی	-۰/۴۸**	۱/۰۰	
مشکلات بین فردی	۰/۶۰**	-۰/۴۷**	۱/۰۰
سن اعضای نمونه	۰/۰۲	-۰/۱۷	-۰/۰۷
مدت آلودگی به مواد	-۰/۰۹	۰/۱۴	-۰/۰۴
مدت سلامت از مواد	۰/۰۳	-۰/۰۴	-۰/۰۲
میزان تحصیلات	۰/۰۸	۰/۰۳	۰/۰۶

**P<۰/۰۱ *P<۰/۰۵

همان طور که در جدول همبستگی مشخص است با وجود همبستگی بین متغیرهای همپراش در سطح ۰/۰۱ اما هیچ یک از ضرایب همبستگی بالاتر از ۰/۸۰ نیست. به همین جهت مفروضه سوم تحلیل واریانس به عنوان عدم همبستگی کامل میان همپراش ها برقرار است. گرایش به مواد با تحمل پریشانی رابطه ی منفی معنادار و با مشکلات بین فردی رابطه ی مثبت معناداری دارد. همچنین تحمل پریشانی با مشکلات بین فردی رابطه ی منفی معناداری دارد. همچنین هیچ یک از متغیرهای جمعیت شناختی سن، مدت آلودگی به

مواد، مدت سلامت از مواد و میزان تحصیلات با متغیرهای همپراش همبستگی معناداری نداشت به همین دلیل هیچ یک از متغیرهای جمعیت شناختی به عنوان متغیر کوریت وارد معادله واریانس نشدند.

مفروضه‌ی چهارم تحلیل واریانس: این مفروضه شامل همگنی واریانس‌ها است. بدین منظور برای بررسی این مفروضه از آزمون آماری لوین^۱ استفاده شد.

جدول ۴-۹ آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس گروه‌های همپراش و وابسته

تجانس گروه همپراش و وابسته‌ی مقیاس‌ها	F	df ۱	df ۲	سطح معناداری
گرایش به مواد	۱/۰۹	۱	۳۲	۰/۳۰
تحمل پریشانی	۱/۸۱	۱	۳۲	۰/۱۸
مشکلات بین فردی	۲/۲۱	۱	۳۲	۰/۱۴

همان‌طور که در جدول شماره‌ی ۴-۹ مشخص است و با توجه به سطح معناداری مقیاس‌ها که هیچ یک کمتر از ۰/۰۵ نیست و فرضیه‌ی صفر آزمون لوین مبتنی بر همگنی بین گروه‌های همپراش و وابسته تأیید شد و تمامی این زوج گروه‌ها با یکدیگر تجانس دارند. در نتیجه فرض مشروط دیگر برای انجام تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر فراهم است.

فرضیه‌ی اصلی: آموزش سرمایه‌های روانشناختی امید و تاب‌آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان موثر است.

برای بررسی اثر بخشی آموزش سرمایه‌های روانشناختی امید و تاب‌آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی معتادان بهبود یافته از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون باکس برای بررسی همگن بودن ماتریس در جدول ۴-۱۰ آورده شده است.

جدول ۴-۱۰ آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس واریانس مقیاس‌های مورد مطالعه

سطح معناداری	Box's M	F	df ^۱	df ^۲
۰/۰۹	۱۹/۷۷	۱/۵۶	۱۲	۳۶۶۸۱/۸۷

^۱ - Levene Test

با توجه به معنادار نبودن آزمون باکس فرض صفر همگن بودن ماتریس‌ها رد شد ($P > 0/05$) و ماتریس واریانس همگن است. در ادامه به بررسی آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی اثربخشی دوره‌های آموزشی پرداخته شد. مقادیر آزمون لامبدای ویلکز در جدول ۴-۱۱ آورده شده است. مقادیر بین ۰ تا ۱ را شامل می‌شود که مقادیر نزدیک به ۰ نشان تفاوت معنادار بین میانگین گروه‌ها است.

جدول ۴-۱۱ آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت میانگین‌های گروه‌ها

مقیاس	مقدار	F	درجه آزادی	سطح معناداری	Eta	توان آماری
گرایش به مواد	۰/۸۶	۳/۱۵	۴	۰/۰۱	۰/۱۴	۰/۸۱
تحمل پریشانی	۰/۸۹	۲/۳۸	۴	۰/۰۵	۰/۱۱	۰/۶۸
مشکلات بین فردی	۰/۷۸	۵/۴۵	۴	۰/۰۱	۰/۱۸	۰/۹۷

با توجه به جدول ۴-۱۱ و ارزش‌های ۰/۸۶، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ برای گرایش به مواد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی تفاوت معناداری بین اندازه‌گیری مکرر پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح $P < 0/05$ وجود دارد. در ادامه به بررسی آزمون کرویت موچلی به منظور بررسی اعتبار مدل پرداخته شد. آزمون کرویت موچلی در جدول ۴-۱۲ نشان داده شده است.

جدول ۴-۱۲ آزمون کرویت موچلی برای بررسی اعتبار مدل

W موچلی	χ^2 تقریبی	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسپلین گرین هاوس گیزر
۰/۸۶	۲/۲۶	۲	۰/۳۴	۰/۹۶

با توجه به جدول ۴-۱۲ مقدار موچلی برابر با ۰/۸۶ است که با درجه آزادی ۲ در سطح $P > 0/05$ معنادار نمی‌باشد. بنابراین دلیلی برای رد فرض همگنی واریانس تکرارهای مختلف آزمایش وجود ندارد و در نتیجه تخطی از الگوی آماری F صورت نگرفته است. همچنین مقدار اپسپلین گرین هاوس-گیزر نشان می‌دهد ماتریس واریانس-کوواریانس مدل به میزان بسیار جزئی از الگوی آماری F انحراف دارد. نتایج تحلیل واریانس بین گروهی و درون گروهی برای گرایش به مواد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی با سه اندازه‌گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۴-۱۳ نشان داده شده است.

جدول ۴-۱۳ تحلیل واریانس بین آزمودنی ها و درون آزمودنی ها با سه اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

مقیاس	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اتا	توان آماری
گرایش به مواد	درون	۴۴۰۷/۲۰	۲	۲۲۰۳/۶۰	۵۳/۰۸	۰/۰۱	۰/۳۸	۱/۰۰
	اثر تعاملی	۷۳۵/۱۱	۴	۱۸۳/۷۷	۷/۴۲	۰/۰۱	۰/۱۹	۰/۹۳
	خطا	۷۲۲۲/۳۵	۱۷۴	۴۱/۵۰				
تحمل پریشانی	بین گروهی	۲۷۰۵/۴۲	۲	۱۳۵۲/۷۱	۵/۸۲	۰/۰۱	۰/۱۲	۰/۸۸
	خطا	۱۴۲۸۱۷/۳۷	۸۷	۱۶۴۱/۵۷				
	درون	۱۴۴۸/۶۲	۲	۷۲۴/۳۱	۲۳/۰۲	۰/۰۱	۰/۲۱	۱/۰۰
مشکلات بین فردی	اثر تعاملی	۳۸۱/۶۸	۴	۹۵/۴۲	۳/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۷	۰/۷۹
	خطا	۵۴۷۴/۳۵	۱۷۴	۳۱/۴۶				
	بین گروهی	۵۵۳/۷۵	۲	۲۷۶/۸۷	۴/۶۵	۰/۰۱	۰/۰۸	۰/۸۱
مشکلات بین فردی	خطا	۹۰۷۰/۹۴	۸۷	۱۰۴/۲۶				
	درون	۲۸۱۷/۶۵	۲	۱۴۰۸/۸۲	۲۴/۱۳	۰/۰۱	۰/۲۱	۱/۰۰
	اثر تعاملی	۱۴۸۴/۵۷	۴	۳۷۱/۱۴	۶/۳۵	۰/۰۱	۰/۱۳	۰/۹۸
مشکلات بین فردی	خطا	۱۰۱۵۷/۷۷	۱۷۴	۵۸/۳۷				
	بین گروهی	۴۷۵/۱۴	۲	۲۳۷/۵۷	۳/۳۶	۰/۰۲	۰/۱۱	۰/۷۸
	خطا	۱۵۱۰۱/۰۲	۸۷	۱۷۳/۵۷				

با توجه به جدول ۴-۱۳ و معنادار بودن عامل ها در درون گروه ها وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای گرایش به اعتیاد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی را در سطح $P < 0/01$ تایید گردید. همچنین با معنادار بودن منبع گروه در بین گروه ها در سطح $P < 0/05$ می توان گفت تفاوت معناداری بین گروه های آزمایشی امید و تاب آوری و کنترل برای گرایش به مواد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی وجود دارد. برای بررسی تفاوت میانگین گروه های آزمایشی و کنترل برای مقیاس های مورد مطالعه به صورت زوجی از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. نتایج آزمون در جدول ۴-۱۴ آورده شد.

جدول ۴-۱۴ آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه ی گروه های آزمایش و کنترل به صورت زوجی

مقیاس	گروه A	گروه B	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
			A-B		
گرایش به اعتیاد	کنترل	امید	۵/۱۴	۱/۶۶	۰/۰۱
		تاب آوری	۵/۲۰	۱/۶۳	۰/۰۱
	امید	تاب آوری	-۰/۰۵	۰/۲۲	۰/۹۹
تحمل پریشانی	کنترل	امید	-۴/۵۲	۱/۳۰	۰/۰۱
		تاب آوری	-۴/۷۰	۱/۳۲	۰/۰۱
	امید	تاب آوری	-۰/۱۷	۰/۱۷	۰/۹۵
مشکلات بین فردی	کنترل	امید	۵/۵۲	۲/۰۶	۰/۰۳
		تاب آوری	۶/۰۵	۲/۰۷	۰/۰۲
	امید	تاب آوری	۰/۵۲	۰/۱۷	۰/۰۷

با توجه به جدول ۴-۱۴ میانگین گرایش به اعتیاد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی بین گروه آزمایشی امید و تاب آوری با گروه کنترل تفاوت معناداری در سطح $P < 0/01$ دارد و میانگین گروه آزمایشی امید با گروه آزمایشی تاب آوری تفاوت معناداری ندارد ($P < 0/05$). این نتایج بیانگر این است که آموزش سرمایه های روانشناختی امید و تاب آوری بر گرایش به اعتیاد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی اثربخش بوده است و همچنین تفاوت معناداری بین اثربخشی امید و تاب آوری وجود نداشته است. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه ی اصلی تحقیق مبنی بر اثر بخشی آموزش سرمایه های روانشناختی امید و تاب آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان تایید گردید.

فرضیه فرعی اول: آموزش سرمایه روانشناختی امید بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان موثر است.

برای بررسی اثر بخشی آموزش سرمایه روانشناختی امید بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معتادان بهبود یافته از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون باکس برای بررسی همگن بودن ماتریس در جدول ۴-۱۵ آورده شده است.

جدول ۴-۱۵ آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس واریانس اثربخشی امید بر گرایش به مواد

سطح معناداری	df _۲	df _۱	F	Box's M
۰/۹۵	۲۴۳۷۱/۵۷	۶	۰/۲۶	۱/۶۵

با توجه به معنادار نبودن آزمون باکس فرض صفر همگن بودن ماتریس‌ها رد شد ($P > 0/05$) و ماتریس واریانس همگن است. در ادامه به بررسی آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی اثربخشی دوره‌های آموزشی امید پرداخته شد. مقادیر آزمون لامبدای ویلکز در جدول ۴-۱۶ آورده شده است.

جدول ۴-۱۶ آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی اثربخشی امید بر گرایش به مواد

مقیاس	مقدار	F	درجه آزادی	سطح معناداری	Eta	توان آماری
گرایش به مواد	۰/۷۸	۷/۹۸	۲	۰/۰۱	۰/۲۲	۰/۹۵

با توجه به جدول ۴-۱۶ و ارزش‌های ۰/۷۸ برای گرایش به مواد تفاوت معناداری بین اندازه‌گیری مکرر پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح $P < 0/01$ وجود دارد. در ادامه به بررسی آزمون کرویت موچلی به منظور بررسی اعتبار مدل پرداخته شد. آزمون کرویت موچلی در جدول ۴-۱۷ نشان داده شده است.

جدول ۴-۱۷ آزمون کرویت موچلی برای بررسی اعتبار مدل اثربخشی امید به گرایش به مواد

W موچلی	χ^2 تقریبی	درجه آزادی	سطح معناداری	اپس‌لین گرین هاوس گیزر
۰/۹۱	۵/۳۵	۲	۰/۰۷	۰/۹۱

با توجه به جدول ۴-۱۷ مقدار موچلی برابر با ۰/۹۱ است که با درجه آزادی ۲ در سطح $P > 0/05$ معنادار نمی‌باشد. بنابراین دلیلی برای رد فرض همگنی واریانس تکرارهای مختلف آزمایش وجود ندارد و در نتیجه تخطی از الگوی آماری F صورت نگرفته است. همچنین مقدار اپس‌لین گرین هاوس-گیزر نشان می‌دهد ماتریس واریانس-کوواریانس مدل به میزان بسیار جزئی از الگوی آماری F انحراف دارد. نتایج تحلیل واریانس بین گروهی و درون گروهی برای گرایش به مواد با سه اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۴-۱۸ نشان داده شده است.

جدول ۴-۱۸ تحلیل واریانس امید بر گرایش به مواد با سه اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

توان	مقیاس	منبع	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	اتا	توان
اماری			مجذورات	آزادی	مجذورات		معناداری		
۱/۰۰		عامل	۲۱۴۵/۸۷	۲	۱۰۷۲/۹۳	۳۶/۳۷	۰/۰۱	۰/۳۸	
۰/۹۷	گرایش به	درون	۵۴۷/۴۷	۲	۲۷۳/۷۳	۹/۲۷	۰/۰۱	۰/۱۴	
	مواد	گروهی	۳۴۲۱/۹۷	۱۱۶	۲۹/۵۰				
۰/۷۹		خطا	۳۹۹/۰۲	۱	۳۹۹/۰۲	۲/۲۴	۰/۰۳	۰/۰۷	
		بین	۹۳۶۳/۰۸	۵۸	۱۶۱۴/۳۴				
		گروهی							

با توجه به جدول ۴-۱۸ و معنادار بودن عامل در درون گروهی وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای گرایش به مواد در سطح $P < 0/01$ تایید گردید. با معنادار بودن منبع گروه در بین گروه ها می توان گفت تفاوت معناداری بین گروه آزمایش امید با کنترل برای گرایش به مواد وجود دارد. برای بررسی تفاوت میانگین گرایش به مواد بین سه اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به صورت زوجی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۴-۱۹ آورده شد.

جدول ۴-۱۹ آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه ی اثربخشی امید بر گرایش به مواد در سری زمانی

مقیاس	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
			A-B		
	پیش آزمون	پس آزمون	۶/۱۱	۱/۱۲	۰/۰۱
گرایش به مواد	پیش آزمون	پیگیری	۸/۱۲	۰/۹۷	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۲/۰۰	۰/۸۶	۰/۰۶

با توجه به جدول ۴-۱۹ نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری برای گرایش به مواد تفاوت معناداری دارد و نمرات پس آزمون در مرحله ی پیگیری ثابت مانده و اثر دوره ی آموزش سرمایه های روانشناختی امید بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان همچنان ثابت است. این نتیجه بیانگر این است که آموزش سرمایه های روانشناختی امید بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معتادان اثربخش است. به علاوه، در کاهش میزان اثربخشی این روش درمانی، زمان از پس آزمون به پی گیری اثر نداشته است. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه ی فرعی اول مبنی بر اثر بخشی آموزش سرمایه روانشناختی امید بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان موثر گردید.

فرضیه فرعی دوم: آموزش سرمایه روانشناختی تاب آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان موثر است.

برای بررسی اثر بخشی آموزش سرمایه روانشناختی تاب آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معتادان بهبود یافته از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون باکس برای بررسی همگن بودن ماتریس در جدول ۴-۲۰ آورده شده است.

جدول ۴-۲۰ آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس واریانس اثربخشی تاب آوری بر گرایش به مواد

سطح معناداری	df ^۲	df ^۱	F	Box's M
۰/۰۷	۲۴۳۷۱/۵۷	۶	۲	۱۲/۷۳

با توجه به معنادار نبودن آزمون باکس فرض صفر همگن بودن ماتریس‌ها رد شد ($P > 0/05$) و ماتریس واریانس همگن است. در ادامه به بررسی آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی اثربخشی دوره‌های آموزشی تاب آوری پرداخته شد. مقادیر آزمون لامبدای ویلکز در جدول ۴-۲۱ آورده شده است.

جدول ۴-۲۱ آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی اثربخشی تاب آوری بر گرایش به مواد

مقیاس	مقدار	F	درجه آزادی	سطح معناداری	Eta	توان آماری
گرایش به مواد	۰/۸۷	۴/۰۲	۲	۰/۰۲	۰/۱۳	۰/۷۰

با توجه به جدول ۴-۲۱ و ارزش های ۰/۸۷ برای گرایش به مواد تفاوت معناداری بین اندازه گیری مکرر پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح $P < 0/01$ وجود دارد. در ادامه به بررسی آزمون کرویت موچلی به منظور بررسی اعتبار مدل پرداخته شد. آزمون کرویت موچلی در جدول ۴-۲۲ نشان داده شده است.

جدول ۴-۲۲ آزمون کرویت موچلی برای بررسی اعتبار مدل اثربخشی تاب آوری به گرایش به مواد

W موچلی	χ^2 تقریبی	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسین گرین هاوس گیر
۰/۸۹	۲/۲۳	۲	۰/۰۹	۰/۸۹

با توجه به جدول ۴-۲۲ مقدار موچلی برابر با ۰/۸۹ است که با درجه آزادی ۲ در سطح $P > 0/05$ معنادار نمی باشد. بنابراین دلیلی برای رد فرض همگنی واریانس تکرارهای مختلف آزمایش وجود ندارد و در

نتیجه تخطی از الگوی آماری F صورت نگرفته است. همچنین مقدار اپسلین گرین هاوس-گیزر نشان می دهد ماتریس واریانس- کوواریانس مدل به میزان بسیار جزئی از الگوی آماری F انحراف دارد. نتایج تحلیل واریانس بین گروهی و درون گروهی برای گرایش به مواد با سه اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۴-۲۳ نشان داده شده است.

جدول ۴-۲۳ تحلیل واریانس تاب آوری بر گرایش مواد با اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

مقیاس	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	توان اتا
گرایش به مواد	درون	۲۱۷۵/۶۰	۲	۱۰۸۷/۸۰	۲۳/۶۶	۰/۰۱	۰/۲۹
	اثر تعاملی	۵۴۷/۵۱	۲	۲۷۳/۷۵	۵/۹۵	۰/۰۱	۰/۸۷
	خطا	۵۳۳۲/۲۲	۱۱۶	۴۵/۹۶			
بین گروهی	گروه	۲۶۶۰/۳۵	۱	۲۶۶۰/۳۵	۶/۵۹	۰/۰۱	۰/۱۲
	خطا	۹۶۶۴/۱۱	۵۸	۱۶۶/۳۶			۰/۹۸

با توجه به جدول ۴-۲۳ و معنادار بودن عامل در درون گروهی وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای گرایش به مواد در سطح $P < 0/01$ تایید گردید. با معنادار بودن منبع گروه در بین گروه ها می توان گفت تفاوت معناداری بین گروه آزمایش تاب آوری با گروه کنترل برای گرایش به مواد وجود دارد. برای بررسی تفاوت میانگین گرایش به مواد بین سه اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به صورت زوجی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۴-۲۴ آورده شد.

جدول ۴-۲۴ آزمون بونفرونی برای مقایسه ی اثربخشی تاب آوری بر گرایش به مواد در سری زمانی

مقیاس	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین A-B	خطای استاندارد	سطح معناداری
گرایش به مواد	پیش آزمون	پس آزمون	۵/۸۰	۱/۲۷	۰/۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۸/۳۰	۱/۴۴	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۵۰	۰/۹۴	۰/۰۹

با توجه به جدول ۴-۲۴ نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری برای گرایش به مواد تفاوت معناداری دارد و نمرات پس آزمون در مرحله ی پیگیری ثابت مانده و اثر دوره ی آموزش سرمایه های روانشناختی

تاب آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان همچنان ثابت است. این نتیجه بیانگر این است که آموزش سرمایه های روانشناختی تاب آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معتادان اثربخش است. به علاوه، در کاهش میزان اثربخشی این روش درمانی، زمان از پس آزمون به پی گیری اثر نداشته است. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه ی فرعی دوم مبنی بر اثر بخشی آموزش سرمایه روانشناختی تاب آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان موثر گردید.

فرضیه فرعی سوم: آموزش سرمایه روانشناختی امید بر تحمل پریشانی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان موثر است.

برای بررسی اثر بخشی آموزش سرمایه روانشناختی امید بر تحمل پریشانی معتادان بهبود یافته از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون باکس برای بررسی همگن بودن ماتریس در جدول ۴-۲۵ آورده شده است.

جدول ۴-۲۵ آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس واریانس اثربخشی امید بر تحمل پریشانی

سطح معناداری	df ^۲	df ^۱	F	Box's M
۰/۳۳	۲۴۳۷۱/۵۷	۶	۱/۱۳	۷/۲۳

با توجه به معنادار نبودن آزمون باکس فرض صفر همگن بودن ماتریس ها رد شد ($P > 0/05$) و ماتریس واریانس همگن است. در ادامه به بررسی آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی اثربخشی دوره های آموزشی امید بر ابعاد تحمل پریشانی پرداخته شد. مقادیر آزمون لامبدای ویلکز در جدول ۴-۲۶ آورده شده است.

جدول ۴-۲۶ آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت میانگین اثربخشی امید بر تحمل پریشانی

توان آماری	Eta	سطح معناداری	درجه آزادی	F	مقدار	مقیاس
۰/۸۶	۰/۲۹	۰/۰۱	۲	۶/۲۱	۰/۷۱	تحمل پریشانی
۰/۷۲	۰/۲۲	۰/۰۲	۲	۴/۳۹	۰/۷۷	تحمل
۰/۸۸	۰/۳۰	۰/۰۱	۲	۶/۷۰	۰/۷۰	جذب
۰/۷۵	۰/۲۴	۰/۰۱	۲	۴/۷۱	۰/۷۶	ارزیابی
۰/۶۸	۰/۲۱	۰/۰۳	۲	۴/۲۲	۰/۷۸	تنظیم

با توجه به جدول ۴-۲۶ و مقادیر لامبدای ویلکز برای تحمل پریشانی، تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم تفاوت معناداری بین اندازه گیری مکرر پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح $P < 0.05$ وجود دارد. در ادامه به بررسی آزمون کرویت موجلی به منظور بررسی اعتبار مدل پرداخته شد. آزمون کرویت موجلی در جدول ۴-۲۷ نشان داده شده است.

جدول ۴-۲۷ آزمون کرویت موجلی برای بررسی اعتبار مدل اثربخشی امید بر تحمل پریشانی

W موجلی	χ^2 تقریبی	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسین گرین هاوس گیزر
۰/۹۶	۲/۱۲	۲	۰/۳۴	۰/۹۶

با توجه به جدول ۴-۲۷ مقدار موجلی برابر با ۰/۹۶ است که با درجه آزادی ۲ در سطح $P > 0.05$ معنادار نمی باشد. بنابراین دلیلی برای رد فرض همگنی واریانس تکرارهای مختلف آزمایش وجود ندارد و در نتیجه تخطی از الگوی آماری F صورت نگرفته است. همچنین مقدار اپسین گرین هاوس-گیزر نشان می دهد ماتریس واریانس- کوواریانس مدل به میزان بسیار جزئی از الگوی آماری F انحراف دارد. نتایج تحلیل واریانس بین گروهی و درون گروهی برای تحمل پریشانی و ابعاد آن با سه اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۴-۲۸ نشان داده شده است.

جدول ۴-۲۸ تحلیل واریانس پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اثربخشی امید بر تحمل پریشانی و ابعاد آن

مقیاس	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اتا	توان آماری
تحمل پریشانی	درون گروهی	۴۸۳/۸۴	۲	۲۴۱/۹۲	۱۲/۲۸	۰/۰۱	۰/۲۸	۱/۰۰
	بین گروهی	۵۶۶/۶۶	۲	۲۸۳/۳۳	۱۴/۳۹	۰/۰۱	۰/۳۱	۱/۰۰
	خطا	۱۲۶۰/۱۵	۶۴	۱۹/۶۹				
تحمل جذب	درون گروهی	۱۵۹۲/۲۴	۱	۱۵۹۲/۲۴	۱۲/۲۷	۰/۰۱	۰/۲۸	۱/۰۰
	بین گروهی	۴۱۵۰/۹۰	۳۲	۱۲۹/۷۱				
	خطا	۳۸/۸۴	۲	۱۹/۴۲	۷/۶۹	۰/۰۱	۰/۲۰	۰/۹۷
تحمل	درون گروهی	۵۶/۲۵	۲	۲۸/۱۲	۱۱/۱۴	۰/۰۱	۰/۲۶	۰/۹۹
	بین گروهی	۱۶۱/۵۶	۶۴	۲/۵۲				
	خطا	۱۵۳/۱۸	۱	۱۵۳/۱۸	۱۲/۰۸	۰/۰۱	۰/۲۸	۰/۹۹
جذب	درون گروهی	۴۰۵/۷۲	۳۲	۱۲/۶۷				
	بین گروهی	۲۸/۳۱	۲	۱۴/۱۵	۶/۵۹	۰/۰۱	۰/۱۷	۰/۹۳
	خطا	۴۱/۷۲	۲	۲۰/۸۶	۹/۷۲	۰/۰۱	۰/۲۴	۰/۹۹
جذب	درون گروهی	۱۳۷/۲۹	۶۴	۲/۱۴				
	بین گروهی	۹۴/۱۵	۱	۹۴/۱۵	۶/۹۷	۰/۰۱	۰/۱۸	۰/۹۳
	خطا	۴۳۱/۷۶	۳۲	۱۳/۴۹				

۰/۹۷	۰/۲۱	۰/۰۱	۸/۳۹	۴۸/۳۰	۲	۹۶/۶۰	عامل	درون	ارزیابی
۰/۸۷	۰/۱۶	۰/۰۱	۶/۱۸	۳۵/۵۵	۲	۷۱/۱۱	اثر تعاملی	گروهی	
				۵/۷۵	۶۴	۳۶۸/۲۷	خطا		
۰/۹۹	۰/۲۰	۰/۰۱	۷/۶۷	۳۱۷/۶۴	۱	۳۱۷/۶۴	گروه	بین	تنظیم
				۴۱/۳۹	۳۲	۱۳۲۴/۶۶	خطا	گروهی	
۰/۹۳	۰/۱۸	۰/۰۲	۳/۲۹	۵۱/۰۸	۲	۱۰۲/۱۷	عامل	درون	
۰/۹۹	۰/۲۳	۰/۰۱	۵/۰۴	۴۸/۵۸	۲	۹۷/۸۲	اثر تعاملی	گروهی	
				۳/۷۴	۶۴	۲۳۹/۳۳	خطا		
۰/۹۷	۰/۲۱	۰/۰۱	۵/۲۱	۱۰۳/۱۷	۱	۱۰۳/۱۷	گروه	بین	
				۱۴/۶۲	۳۲	۴۶۸/۰۷	خطا	گروهی	

با توجه به جدول ۴-۲۸ و معنادار بودن عامل ها در درون گروه ها وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای تحمل پریشانی و ابعاد آن را در سطح $P < 0/01$ تایید گردید. همچنین با معنادار بودن منبع گروه در بین گروه ها در سطح $P < 0/05$ می توان گفت تفاوت معناداری بین گروه های آزمایشی امید و کنترل برای تحمل پریشانی و ابعاد آن وجود دارد. برای بررسی تفاوت میانگین های مقیاس های مورد مطالعه بین سه اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به صورت زوجی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۴-۲۹ آورده شد.

جدول ۴-۲۹ آزمون بونفرونی برای اثربخشی امید بر تحمل پریشانی به صورت زوجی در سری زمانی

مقیاس	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین A-B	خطای استاندارد	سطح معناداری
تحمل پریشانی	پیش آزمون	پس آزمون	-۴/۵۲	۱/۳۰	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۴/۷۰	۱/۳۲	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۱۷	۰/۱۷	۰/۹۵
تحمل	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۲۹	۰/۴۷	۰/۰۳
	پیش آزمون	پیگیری	-۱/۳۲	۰/۴۴	۰/۰۲
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۳	۰/۱۲	۰/۹۹
جذب	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۰۴	۰/۴۲	۰/۰۲
	پیش آزمون	پیگیری	-۱/۳۳	۰/۴۳	۰/۰۲
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۲۹	۰/۱۰	۰/۰۳
ارزیابی	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۹۷	۰/۷۰	۰/۰۲
	پیش آزمون	پیگیری	-۲/۱۴	۰/۷۱	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۱۷	۰/۱۲	۰/۵۳

۰/۰۲	۰/۵۶	-۱/۳۲	پس آزمون	پیش آزمون	تنظیم
۰/۰۳	۰/۵۷	-۱/۲۹	پیگیری		
۰/۹۹	۰/۰۹	۰/۰۲	پیگیری	پس آزمون	

با توجه به جدول ۴-۲۹ نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری برای تحمل پریشانی و ابعاد تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم تفاوت معناداری دارد ($P < ۰/۰۵$). برای مقیاس تحمل پریشانی، تحمل، ارزیابی و تنظیم نمرات پس آزمون در مرحله ی پیگیری ثابت مانده و اثر آموزش سرمایه روانشناختی امید بر تحمل پریشانی معنادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان ثابت است. اما برای جذب نمرات مرحله ی پیگیری نسبت به مرحله ی پس آزمون افزایش یافته است. این نتیجه بیانگر این است که آموزش سرمایه روانشناختی امید در بهبود تحمل پریشانی و ابعاد آن اثربخش است. به علاوه، در کاهش میزان اثربخشی این روش درمانی، زمان از پس آزمون به پی گیری اثر نداشته است. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه ی فرعی سوم مبنی بر اثر بخشی آموزش سرمایه روانشناختی امید بر تحمل پریشانی معنادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان تایید گردید.

فرضیه فرعی چهارم: آموزش سرمایه روانشناختی تاب آوری بر تحمل پریشانی معنادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان موثر است.

برای بررسی اثر بخشی آموزش سرمایه روانشناختی تاب آوری بر تحمل پریشانی معنادان بهبود یافته از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون باکس برای بررسی همگن بودن ماتریس در جدول ۴-۳۰ آورده شده است.

جدول ۴-۳۰ آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس واریانس تاب آوری بر تحمل پریشانی

سطح معناداری	df ^۲	df ^۱	F	Box's M
۰/۹۹	۲۴۳۷۱/۵۷	۶	۰/۱۴	۰/۹۲

با توجه به معنادار نبودن آزمون باکس فرض صفر همگن بودن ماتریسها رد شد ($P > ۰/۰۵$) و ماتریس واریانس همگن است. در ادامه به بررسی آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی اثربخشی دوره های آموزشی تاب آوری بر ابعاد تحمل پریشانی پرداخته شد. مقادیر آزمون لامبدای ویلکز در جدول ۴-۳۱ آورده شده است.

جدول ۴-۳۱ آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت میانگین اثربخشی تاب آوری بر تحمل پریشانی

مقیاس	مقدار	F	درجه آزادی	سطح معناداری	Eta	توان آماری
تحمل پریشانی	۰/۸۳	۴/۲۱	۲	۰/۰۲	۰/۲۰	۰/۸۴
تحمل	۰/۷۳	۵/۳۱	۲	۰/۰۱	۰/۲۴	۰/۹۹
جذب	۰/۸۸	۳/۷۴	۲	۰/۰۳	۰/۱۲	۰/۶۶
ارزیابی	۰/۸۷	۴/۱۰	۲	۰/۰۲	۰/۱۳	۰/۷۱
تنظیم	۰/۷۵	۵/۴۲	۲	۰/۰۱	۰/۲۵	۰/۹۹

با توجه به جدول ۴-۳۱ و مقادیر لامبدای ویلکز برای تحمل پریشانی، تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم تفاوت معناداری بین اندازه گیری مکرر پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح $P < 0.05$ وجود دارد. در ادامه به بررسی آزمون کرویت موچلی به منظور بررسی اعتبار مدل پرداخته شد. آزمون کرویت موچلی در جدول ۴-۳۲ نشان داده شده است.

جدول ۴-۳۲ آزمون کرویت موچلی برای بررسی اعتبار مدل اثربخشی تاب آوری بر تحمل پریشانی

W موچلی	χ^2 تقریبی	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسین گرین هاوس گیزر
۰/۹۸	۱/۱۱	۲	۰/۵۷	۰/۹۸

با توجه به جدول ۴-۳۲ مقدار موچلی برابر با ۰/۹۸ است که با درجه آزادی ۲ در سطح $P > 0.05$ معنادار نمی باشد. بنابراین دلیلی برای رد فرض همگنی واریانس تکرارهای مختلف آزمایش وجود ندارد و در نتیجه تخطی از الگوی آماری F صورت نگرفته است. همچنین مقدار اپسین گرین هاوس-گیزر نشان می دهد ماتریس واریانس- کوواریانس مدل به میزان بسیار جزئی از الگوی آماری F انحراف دارد. نتایج تحلیل واریانس بین گروهی و درون گروهی برای تحمل پریشانی و ابعاد آن با سه اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۴-۳۳ نشان داده شده است.

جدول ۴-۳۳ تحلیل واریانس پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اثر تاب آوری بر تحمل پریشانی و ابعاد آن

مقیاس	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	توان آماری
تحمل	درون	۵۳۹/۸۴	۲	۲۶۹/۹۲	۱۴/۰۳	۰/۰۱	۰/۲۹
پریشانی	گروهی	۵۲۶/۶۶	۲	۲۶۳/۳۳	۱۳/۷۱	۰/۰۱	۰/۳۰

				۱۹/۶۹	۶۴	۱۲۶۰/۱۵	خطا		
۱/۰۰	۰/۲۶	۰/۰۱	۱۱/۱۳	۱۴۱۲/۲۴	۱	۱۴۱۲/۲۴	گروه	بین	
				۱۲۹/۷۱	۳۲	۴۱۵۰/۹۰	خطا	گروهی	
۱/۰۰	۰/۲۱	۰/۰۲	۶/۷۲	۳۳/۶۲	۲	۶۷/۲۴	عامل	درون	
۱/۰۰	۰/۲۳	۰/۰۱	۱۰/۱۴	۳۰/۱۲	۲	۶۰/۲۵	اثر تعاملی	گروهی	
				۲/۵۲	۶۴	۱۶۱/۵۶	خطا		تحمل
۱/۰۰	۰/۲۷	۰/۰۱	۱۲/۹۲	۲۰۳/۱۸	۱	۲۰۳/۱۸	گروه	بین	
				۱۰/۶۷	۳۲	۳۴۵/۷۲	خطا	گروهی	
۰/۶۴	۰/۰۶	۰/۰۳	۳/۴۷	۱۴/۱۵	۲	۲۸/۳۱	عامل	درون	
۰/۳۱	۰/۰۲	۰/۲۳	۱/۴۶	۵/۹۵	۲	۱۱/۹۱	اثر تعاملی	گروهی	
				۴/۰۷	۱۱۶	۴۷۲/۴۴	خطا		جذب
۰/۷۶	۰/۰۹	۰/۰۲	۶/۱۳	۴۱/۳۵	۱	۴۱/۳۵	گروه	بین	
				۱۷/۳۴	۵۸	۱۰۲۳/۸۸	خطا	گروهی	
۰/۸۱	۰/۰۸	۰/۰۱	۵/۱۰	۶۴/۸۶	۲	۱۲۹/۷۳	عامل	درون	
۰/۶۴	۰/۰۶	۰/۰۳	۳/۵۰	۴۴/۶۰	۲	۸۹/۲۰	اثر تعاملی	گروهی	
				۱۲/۷۱	۱۱۶	۱۴۷۴/۴۰	خطا		ارزیابی
۰/۴۶	۰/۰۶	۰/۰۴	۳/۵۹	۱۲۵	۱	۱۲۵	گروه	بین	
				۳۴/۸۰	۵۸	۲۰۱۸/۶	خطا	گروهی	
۰/۹۷	۰/۱۸	۰/۰۲	۸/۲۹	۶۳/۵۸	۲	۱۲۷/۱۷	عامل	درون	
۰/۹۳	۰/۱۵	۰/۰۳	۴/۹۸	۴۶/۴۷	۲	۹۴/۸۲	اثر تعاملی	گروهی	
				۳/۷۴	۶۴	۲۳۹/۳۳	خطا		تنظیم
۰/۹۹	۰/۲۱	۰/۰۱	۱۰/۷۰	۱۱۹/۵۱	۱	۱۱۹/۵۱	گروه	بین	
				۱۴/۰۱	۳۲	۴۴۸/۰۷	خطا	گروهی	

با توجه به جدول ۴-۳۳ و معنادار بودن عامل ها در درون گروه ها وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای تحمل پریشانی و ابعاد آن را در سطح $P < 0/01$ تایید گردید. همچنین با معنادار بودن منبع گروه در بین گروه ها در سطح $P < 0/05$ می توان گفت تفاوت معناداری بین گروه های آزمایشی تاب آوری و کنترل برای تحمل پریشانی و ابعاد آن وجود دارد. برای بررسی تفاوت میانگین های مقیاس های مورد مطالعه بین سه اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به صورت زوجی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۴-۳۴ آورده شد.

جدول ۴-۳۴ آزمون بونفرونی اثربخشی تاب آوری بر تحمل پریشانی به صورت زوجی در سری زمانی

سطح معناداری	خطای استاندارد	اختلاف میانگین A-B	مرحله B	مرحله A	مقیاس
۰/۰۱	۱/۳۱	-۴/۳۲	پس آزمون	پیش آزمون	تحمل پریشانی
۰/۰۱	۱/۳۲	-۴/۶۷	پیگیری		
۰/۹۵	۰/۱۱	-۰/۱۶	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۳	۰/۴۱	-۱/۳۷	پس آزمون	پیش آزمون	تحمل
۰/۰۲	۰/۴۲	-۱/۴۷	پیگیری		
۰/۹۹	۰/۰۷	-۰/۱۰	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۳	۰/۵۷	-۱/۵۶	پس آزمون	پیش آزمون	جذب
۰/۰۳	۰/۵۳	-۱/۴۳	پیگیری		
۰/۹۳	۰/۳۹	۰/۱۳	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۱	۰/۷۱	-۲/۰۶	پس آزمون	پیش آزمون	ارزیابی
۰/۰۱	۰/۶۰	-۱/۸۳	پیگیری		
۰/۵۷	۰/۳۴	۰/۲۳	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۲	۰/۴۸	-۱/۵۶	پس آزمون	پیش آزمون	تنظیم
۰/۰۲	۰/۴۷	-۱/۴۹	پیگیری		
۰/۹۹	۰/۰۶	۰/۰۷	پیگیری	پس آزمون	

با توجه به جدول ۴-۳۴ نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری برای تحمل پریشانی و ابعاد تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم تفاوت معناداری دارد ($P < 0.05$). برای مقیاس تحمل پریشانی، تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم نمرات پس آزمون در مرحله ی پیگیری ثابت مانده و اثر آموزش سرمایه روانشناختی تاب آوری بر تحمل پریشانی معنادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان ثابت است. این نتیجه بیانگر این است که آموزش سرمایه روانشناختی تاب آوری در بهبود تحمل پریشانی و ابعاد آن اثربخش است. به علاوه، در کاهش میزان اثربخشی این روش درمانی، زمان از پس آزمون به پیگیری اثر نداشته است. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه ی فرعی چهارم مبنی بر اثر بخشی آموزش سرمایه روانشناختی تاب آوری بر تحمل پریشانی معنادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان تایید گردید.

فرضیه فرعی پنجم: آموزش سرمایه روانشناختی امید بر مشکلات بین فردی معنادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان موثر است. برای بررسی اثر بخشی آموزش سرمایه روانشناختی امید بر مشکلات بین فردی معنادان بهبود یافته از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون باکس برای بررسی همگن بودن ماتریس در جدول ۴-۳۵ آورده شده است.

جدول ۴-۳۵ آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس واریانس اثربخشی امید بر مشکلات بین فردی

سطح معناداری	df ^۲	df ^۱	F	Box's M
۰/۲۱	۷۴۱۹/۵۷	۶	۱/۳۸	۹/۲۷

با توجه به معنادار نبودن آزمون باکس فرض صفر همگن بودن ماتریس‌ها رد شد ($P > 0/05$) و ماتریس واریانس همگن است. در ادامه به بررسی آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی اثربخشی دوره‌های آموزشی امید بر ابعاد مشکلات بین فردی پرداخته شد. مقادیر آزمون لامبدای ویلکز در جدول ۴-۳۶ آورده شده است.

جدول ۴-۳۶ آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت میانگین اثربخشی مشکلات بین فردی

توان آماری	Eta	سطح معناداری	درجه آزادی	F	مقدار	مقیاس
۰/۹۳	۰/۳۳	۰/۰۱	۲	۷/۷۸	۰/۶۶	مشکلات بین فردی
۰/۳۸	۰/۱۱	۰/۰۲	۲	۵/۹۹	۰/۷۸	صراحت
۰/۳۵	۰/۱۰	۰/۰۱	۲	۶/۸۶	۰/۶۹	گشودگی
۰/۳۴	۰/۱۰	۰/۰۳	۲	۵/۸۰	۰/۸۹	در نظر گرفتن دیگران
۰/۵۵	۰/۱۸	۰/۰۴	۲	۴/۰۵	۰/۷۳	پرخاشگری
۰/۱۰	۰/۰۳	۰/۰۲	۲	۶/۳۸	۰/۶۷	حمایت گری
۰/۱۹	۰/۰۵	۰/۰۳	۲	۵/۹۱	۰/۷۴	وابستگی

با توجه به جدول ۴-۳۶ و مقادیر لامبدای ویلکز برای مشکلات بین فردی، صراحت، گشودگی، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری، حمایت گری و وابستگی تفاوت معناداری بین اندازه گیری مکرر پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح $P < 0/05$ وجود دارد. در ادامه به بررسی آزمون کرویت موچلی به منظور بررسی اعتبار مدل پرداخته شد. آزمون کرویت موچلی در جدول ۴-۳۷ نشان داده شده است.

جدول ۴-۳۷ آزمون کرویت موچلی برای بررسی اعتبار مدل اثربخشی امید بر مشکلات بین فردی

W موچلی	χ^2 تقریبی	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسین گرین هاوس گیزر
۰/۹۸	۰/۹۲	۲	۰/۶۳	۰/۹۸

با توجه به جدول ۴-۳۷ مقدار موچلی برابر با ۰/۹۸ است که با درجه آزادی ۲ در سطح $P > 0/05$ معنادار نمی باشد. بنابراین دلیلی برای رد فرض همگنی واریانس تکرارهای مختلف آزمایش وجود ندارد و در نتیجه تخطی از الگوی آماری F صورت نگرفته است. همچنین مقدار اپسین گرین هاوس-گیزر نشان می

دهد ماتریس واریانس- کوواریانس مدل به میزان بسیار جزئی از الگوی آماری F انحراف دارد. نتایج تحلیل واریانس بین گروهی و درون گروهی برای مشکلات بین فردی و ابعاد آن با سه اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۴-۳۸ نشان داده شده است.

جدول ۴-۳۸ واریانس پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اثربخشی امید مشکلات بین فردی و ابعاد آن

توان اماری	اتا	سطح معناداری	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	منبع	مقیاس
۱/۰۰	۰/۲۰	۰/۰۱	۷/۸۴	۳۸۲/۸۶	۲	۷۶۵/۷۲	عامل	مشکلات بین فردی
۱/۰۰	۰/۱۸	۰/۰۱	۵/۲۵	۱۵۸/۸۶	۲	۳۱۷/۷۲	اثر تعاملی	
				۴۸/۷۷	۶۴	۳۱۲۱/۸۸	خطا	
۰/۹۸	۰/۱۵	۰/۰۲	۴/۸۸	۱۱۰۰/۲۴	۱	۱۱۰۰/۲۴	گروه	بین گروهی
				۵۸۴/۶۵	۳۲	۱۸۷۰۸/۹۴	خطا	
۱/۰۰	۰/۰۹	۰/۰۳	۴/۱۱	۲۰/۱۱	۲	۴۰/۲۳	عامل	صراحت
۰/۹۶	۰/۱۱	۰/۰۱	۵/۰۲	۳۳/۱۱	۲	۶۷/۲۳	اثر تعاملی	
				۶/۴۶	۶۴	۴۱۳/۵۲	خطا	
۱/۰۰	۰/۱۹	۰/۰۱	۶/۸۵	۱۸۶/۷۰	۱	۱۸۶/۷۰	گروه	بین گروهی
				۶۵/۳۱	۳۲	۲۰۹۰/۱۱	خطا	
۱/۰۰	۰/۱۶	۰/۰۱	۶/۷۲	۵۹/۴۵	۲	۱۱۸/۹۰	عامل	گشودگی
۰/۹۲	۰/۰۸	۰/۰۳	۵/۲۹	۳۰/۵۹	۲	۶۱/۵۸	اثر تعاملی	
				۲/۵۳	۶۴	۱۶۲/۵۱	خطا	
۰/۹۲	۰/۰۹	۰/۰۲	۴/۰۳	۶۴/۳۵	۱	۶۴/۳۵	گروه	بین گروهی
				۱۱/۷۸	۳۲	۳۷۷/۰۲	خطا	
۰/۹۲	۰/۰۹	۰/۰۴	۳/۳۲	۸/۵۳	۲	۱۷/۰۷	عامل	در نظر گرفتن دیگران
۰/۹۵	۰/۱۹	۰/۰۱	۷/۶۳	۱۹/۵۹	۲	۳۶/۱۹	اثر تعاملی	
				۲/۵۶	۶۴	۱۶۴/۳۹	خطا	
۰/۸۷	۰/۰۶	۰/۰۵	۳/۲۰	۵۳/۱۸	۱	۳۵/۱۸	گروه	بین گروهی
				۲۴/۹۱	۳۲	۷۹۷/۱۳	خطا	
۰/۹۷	۰/۱۶	۰/۰۱	۶/۱۱	۲۱/۶۸	۲	۴۳/۳۷	عامل	پرخاشگری
۱/۰۰	۰/۰۳	۰/۳۷	۱/۰۰	۳/۵۶	۲	۷/۱۳	اثر تعاملی	
				۳/۵۴	۶۴	۲۲۶/۸۲	خطا	
۱/۰۰	۰/۱۷	۰/۰۱	۶/۱۷	۲۳۵/۵۳	۱	۲۳۵/۵۳	گروه	بین گروهی
				۳۸/۱۷	۳۲	۱۲۲۱/۶۴	خطا	
۰/۹۲	۰/۱۴	۰/۰۲	۵/۴۵	۴۷/۲۳	۲	۹۴/۴۷	عامل	حمایت گری

۰/۳۷	۰/۰۴	۰/۰۸	۲/۳۸	۱۶/۹۲	۲	۳۲/۸۴	اثر تعاملی	گروهی	
				۴/۹۶	۶۴	۳۱۷/۶۸	خطا		
۱/۰۰	۰/۲۱	۰/۰۱	۷/۰۱	۱۱۷/۴۸	۱	۱۱۷/۴۸	گروه	بین	
				۶۰/۳۴	۳۲	۱۱۳۱/۰۲	خطا	گروهی	
۱/۰۰	۰/۲۰	۰/۰۱	۶/۲۱	۵۳/۳۰	۲	۱۰۶/۶۰	عامل	درون	
۰/۹۹	۰/۱۷	۰/۰۲	۴/۲۱	۴۹/۳۰	۲	۹۸/۶۰	اثر تعاملی	گروهی	وابستگی
				۲/۷۲	۶۴	۱۷۴/۱۱	خطا		
۱/۰۰	۰/۲۲	۰/۰۱	۸/۹۲	۲۰۲/۷۴	۱	۲۰۲/۷۴	گروه	بین	
				۲۲/۴۹	۳۲	۷۱۹/۷۶	خطا	گروهی	

با توجه به جدول ۴-۳۸ و معنادار بودن عامل ها در درون گروه ها وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای مشکلات بین فردی را در سطح $P < 0.01$ تایید گردید. همچنین با معنادار بودن منبع گروه در بین گروه ها در سطح $P < 0.05$ می توان گفت تفاوت معناداری بین گروه های آزمایشی امید و کنترل برای مشکلات بین فردی و ابعاد آن وجود دارد. برای بررسی تفاوت میانگین های مقیاس های مورد مطالعه بین سه اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به صورت زوجی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۴-۳۹ آورده شد.

جدول ۴-۳۹ آزمون تعقیبی بونفرونی اثربخشی امیدبر مشکلات بین فردی به صورت زوجی در سری زمانی

مقیاس	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین A-B	خطای استاندارد	سطح معناداری
مشکلات بین فردی	پیش آزمون	پس آزمون	۵/۵۲	۲/۰۶	۰/۰۳
	پس آزمون	پیگیری	۶/۰۵	۲/۰۷	۰/۰۲
	پس آزمون	پیگیری	۰/۵۲	۰/۱۷	۰/۰۷
صراحت	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۴۱	۰/۷۶	۰/۰۲
	پس آزمون	پیگیری	۲/۲۳	۰/۷۳	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۱۷	۰/۱۳	۰/۶۲
گشودگی	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۸۸	۰/۴۵	۰/۰۲
	پس آزمون	پیگیری	۲/۹۴	۰/۴۸	۰/۰۲
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۵	۰/۱۰	۰/۹۹
در نظر گرفتن دیگران	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۸۸	۰/۴۵	۰/۰۲
	پس آزمون	پیگیری	۱/۸۵	۰/۴۷	۰/۰۴
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۲	۰/۱۳	۰/۹۹
پرخاشگری	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۴۱	۰/۵۶	۰/۰۵

۰/۰۵	۰/۵۴	۱/۳۵	پیگیری		
۰/۹۹	۰/۱۱	-۰/۰۶	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۱	۰/۶۱	-۲/۴۷	پس آزمون	پیش آزمون	حمایت گری
۰/۰۱	۰/۶۷	-۲/۴۱	پیگیری		
۰/۹۹	۰/۱۸	۰/۰۶	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۱	۰/۳۵	۲/۲۳	پس آزمون	پیش آزمون	وابستگی
۰/۰۴	۰/۴۵	۱/۶۱	پیگیری		
۰/۹۹	۰/۳۹	۰/۳۸	پیگیری	پس آزمون	

با توجه به جدول ۴-۳۹ نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری برای مشکلات بین فردی و ابعاد آن تفاوت معناداری دارد ($P < 0/05$). این نتیجه بیانگر این است که در آموزش سرمایه های روانشناختی امید در کاهش مشکلات بین فردی و ابعاد آن اثربخش است. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه ی فرعی پنجم مبنی بر اثر بخشی آموزش سرمایه های روانشناختی امید بر مشکلات بین فردی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان تایید گردد.

فرضیه فرعی ششم: آموزش سرمایه روانشناختی تاب آوری بر مشکلات بین فردی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان موثر است.

برای بررسی اثر بخشی آموزش سرمایه روانشناختی تاب آوری بر مشکلات بین فردی معتادان بهبود یافته از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون باکس برای بررسی همگن بودن ماتریس در جدول ۴-۴۰ آورده شده است.

جدول ۴-۴۰ آزمون باکس همگنی ماتریس واریانس اثربخشی تاب آوری بر مشکلات بین فردی

سطح معناداری	df ^۲	df ^۱	F	Box's M
۰/۰۹	۷۴۱۹/۵۷	۶	۱/۸۳	۱۱/۶۳

با توجه به معنادار نبودن آزمون باکس فرض صفر همگن بودن ماتریس ها رد شد ($P > 0/05$) و ماتریس واریانس همگن است. در ادامه به بررسی آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی اثربخشی دوره های آموزشی تاب آوری بر ابعاد مشکلات بین فردی پرداخته شد. مقادیر آزمون لامبدای ویلکز در جدول ۴-۴۱ آورده شده است.

جدول ۴-۴۱ آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت میانگین اثربخشی تاب آوری بر مشکلات بین فردی

مقیاس	مقدار	F	درجه آزادی	سطح معناداری	Eta	توان آماری
مشکلات بین فردی	۰/۷۸	۷/۹۵	۲	۰/۰۱	۰/۲۲	۰/۹۴
صراحت	۰/۸۰	۳/۳۱	۲	۰/۰۵	۰/۱۰	۰/۵۸
گشودگی	۰/۹۹	۰/۰۸	۲	۰/۹۱	۰/۰۱	۰/۰۶
در نظر گرفتن دیگران	۰/۸۴	۵/۰۶	۲	۰/۰۱	۰/۱۵	۰/۸۰
پرخاشگری	۰/۷۹	۷/۵۲	۲	۰/۰۱	۰/۲۱	۰/۹۳
حمایت گری	۰/۸۷	۴/۲۰	۲	۰/۰۲	۰/۱۳	۰/۷۱
وابستگی	۰/۸۳	۵/۶۷	۲	۰/۰۱	۰/۱۸	۰/۸۴

با توجه به جدول ۴-۴۱ و مقادیر لامبدای ویلکز برای مشکلات بین فردی، صراحت، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری و حمایت گری تفاوت معناداری بین اندازه گیری مکرر پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح $P < 0/05$ وجود دارد. مقادیر لامبدای ویلکز گشودگی و وابستگی معنادار نبوده است ($P > 0/05$). در ادامه به بررسی آزمون کرویت موچلی به منظور بررسی اعتبار مدل پرداخته شد. آزمون کرویت موچلی در جدول ۴-۴۲ نشان داده شده است.

جدول ۴-۴۲ آزمون کرویت موچلی برای بررسی اعتبار مدل اثربخشی تاب آوری بر مشکلات بین فردی

W موچلی	χ^2 تقریبی	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسین گرین هاوس گیر
۰/۹۸	۰/۷۱	۲	۰/۷۰	۰/۹۸

با توجه به جدول ۴-۴۲ مقدار موچلی برابر با ۰/۹۸ است که با درجه آزادی ۲ در سطح $P > 0/05$ معنادار نمی باشد. بنابراین دلیلی برای رد فرض همگنی واریانس تکرارهای مختلف آزمایش وجود ندارد و در نتیجه تخطی از الگوی آماری F صورت نگرفته است. همچنین مقدار اپسین گرین هاوس-گیزر نشان می دهد ماتریس واریانس- کوواریانس مدل به میزان بسیار جزئی از الگوی آماری F انحراف دارد. نتایج تحلیل واریانس بین گروهی و درون گروهی برای مشکلات بین فردی و ابعاد آن با سه اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۴-۴۳ نشان داده شده است.

جدول ۴-۴۳ تحلیل واریانس پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اثربخشی تاب آوری بر مشکلات بین فردی و ابعاد آن

مقیاس	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	توان آماری
-------	------	---------------	------------	-----------------	---	--------------	------------

۰/۹۴	۰/۱۲	۰/۰۱	۷/۶۶	۴۹۴/۱۵	۲	۹۸۸/۳۰	عامل	درون	مشکلات فردی
۰/۹۵	۰/۱۲	۰/۰۱	۷/۹۵	۵۰۷/۸۶	۲	۱۰۲۶/۶۳	اثر تعاملی	گروهی	
				۴۹۴/۱۵	۱۱۶	۱۰۲۶/۶۳	خطا		
۰/۵۹	۰/۰۵	۰/۰۳	۴/۳۵	۶۶۰/۸۰	۱	۶۶۰/۸۰	گروه	بین	بین گروهی
				۱۹۵/۷۳	۵۸	۱۱۳۵۲/۵۳	خطا		
۰/۴۳	۰/۰۷	۰/۰۲	۵/۱۵	۴۷/۸۷	۲	۹۷/۷۳	عامل	درون	صراحت
۰/۶۴	۰/۰۵	۰/۰۳	۳/۵۲	۵۵/۴۰	۲	۱۱۰/۸۰	اثر تعاملی	گروهی	
				۱۵/۷۳	۱۱۶	۱۸۲۵/۴۶	خطا		
۰/۵۷	۰/۰۵	۰/۰۳	۳/۱۶	۱۱۰/۴۵	۱	۱۱۰/۴۵	گروه	بین	بین گروهی
				۳۴/۹۰	۵۸	۲۰۲۴/۵۰	خطا		
۰/۲۲	۰/۰۲	۰/۳۶	۱/۰۲	۱۰/۰۷	۲	۲۰/۱۴	عامل	درون	گشودگی
۰/۰۶	۰/۰۱	۰/۸۹	۰/۱۱	۱/۱۱	۲	۲/۲۳	اثر تعاملی	گروهی	
				۹/۷۸	۱۱۶	۱۱۳۴/۹۵	خطا		
۰/۱۸	۰/۰۲	۰/۲۹	۱/۱۱	۱۶/۲۰	۱	۱۶/۲۰	گروه	بین	بین گروهی
				۱۴/۴۸	۵۸	۸۴۰/۳۷	خطا		
۰/۵۴	۰/۰۵	۰/۰۵	۳/۸۱	۲۱/۷۳	۲	۴۳/۴۷	عامل	درون	در نظر گرفتن دیگران
۰/۵۷	۰/۰۵	۰/۰۵	۳/۰۳	۲۳/۴۷	۲	۴۶/۹۴	اثر تعاملی	گروهی	
				۷/۷۲	۱۱۶	۸۹۶/۲۴	خطا		
۰/۷۶	۰/۰۸	۰/۰۳	۵/۵۵	۷۶/۰۷	۱	۷۶/۰۷	گروه	بین	بین گروهی
				۱۳/۶۱	۵۸	۷۸۹/۷۸	خطا		
۰/۹۷	۰/۱۳	۰/۰۱	۹/۱۲	۳۴/۸۳	۲	۶۹/۶۷	عامل	درون	پرخاشگری
۰/۹۱	۰/۱۰	۰/۰۱	۶/۸۱	۲۶/۰۱	۲	۵۲/۰۳	اثر تعاملی	گروهی	
				۳/۸۱	۱۱۶	۴۴۲/۹۵	خطا		
۰/۷۱	۰/۱۱	۰/۰۱	۶/۴۹	۸۰/۰۱	۱	۸۰/۰۱	گروه	بین	بین گروهی
				۶/۴۹	۵۸	۷۱۳/۹۱	خطا		
۰/۸۵	۰/۰۹	۰/۰۱	۵/۶۸	۴۷/۷۷	۲	۹۵/۵۴	عامل	درون	حمایت گری
۰/۶۵	۰/۰۶	۰/۰۳	۳/۵۱	۲۹/۵۷	۲	۵۹/۱۴	اثر تعاملی	گروهی	
				۸/۴۰	۱۱۶	۹۷۵/۳۱	خطا		
۰/۶۷	۰/۰۶	۰/۰۳	۳/۵۵	۲۳/۴۷	۱	۲۳/۴۷	گروه	بین	بین گروهی
				۴۲/۴۰	۵۸	۲۴۵۹/۵۲	خطا		
۰/۲۳	۰/۰۲	۰/۳۴	۱/۰۶	۵/۷۰	۲	۱۱/۴۱	عامل	درون	وابستگی
۰/۱۳	۰/۰۱	۰/۶۱	۰/۴۸	۲/۶۰	۲	۵/۲۱	اثر تعاملی	گروهی	
				۵/۳۶	۱۱۶	۶۲۲/۷۱	خطا		
۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۹۸	۰/۰۱	۰/۰۲	۱	۰/۰۲	گروه	بین	بین گروهی
				۹/۳۳	۵۸	۵۴۱/۳۸	خطا		

با توجه به جدول ۴-۴۳ و معنادار بودن عامل ها در درون گروه ها وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای مشکلات بین فردی، صراحت، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری و حمایت گری را در سطح $P < 0/05$ تایید گردید. همچنین با معنادار بودن منبع گروه در بین گروه ها در سطح $P < 0/05$ می توان گفت تفاوت معناداری بین گروه های آزمایشی تاب آوری و گروه کنترل برای مشکلات بین فردی و ابعاد صراحت، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری و حمایت گری وجود دارد. برای بررسی تفاوت میانگین های مقیاس های مورد مطالعه بین سه اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به صورت زوجی از آزمون تعقیبی بونفرونی اثربخشی تاب آوری بر مشکلات بین فردی به صورت زوجی در سری زمانی شد.

جدول ۴-۴۴ آزمون تعقیبی بونفرونی اثربخشی تاب آوری بر مشکلات بین فردی به صورت زوجی در سری زمانی

مقیاس	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین A-B	خطای استاندارد	سطح معناداری
مشکلات بین فردی	پیش آزمون	پس آزمون	۵/۶۵	۱/۴۲	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۵/۸۷	۱/۳۸	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۱۸	۰/۱۷	۰/۴۹
صراحت	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۰۳	۰/۷۶	۰/۰۲
	پس آزمون	پیگیری	۱/۹۷	۰/۷۳	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۱۷	۰/۱۳	۰/۶۲
گشودگی	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۹۵	۰/۳۵	۰/۲۷
	پس آزمون	پیگیری	۰/۸۸	۰/۵۷	۰/۳۹
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۲۶	۰/۵۶	۰/۹۹
در نظر گرفتن دیگران	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۸۸	۰/۴۵	۰/۰۲
	پس آزمون	پیگیری	۱/۸۵	۰/۴۷	۰/۰۴
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۲	۰/۱۳	۰/۹۹
پرخاشگری	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۵۰	۰/۳۴	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۹۸	۰/۳۵	۰/۰۲
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۵۱	۰/۳۷	۰/۵۲
حمایت گری	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۷۸	۰/۵۰	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۹۵	۰/۵۸	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۱۸	۰/۴۹	۰/۴۷
وابستگی	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۲۳	۰/۳۵	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۶۱	۰/۴۵	۰/۰۴
	پس آزمون	پیگیری	۰/۳۸	۰/۳۹	۰/۹۹

با توجه به جدول ۴-۴۴ نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری برای مشکلات بین فردی و ابعاد آن تفاوت معناداری دارد ($P < 0/05$). این نتیجه بیانگر این است که در آموزش سرمایه های روانشناختی تاب آوری در کاهش مشکلات بین فردی و ابعاد آن اثربخش است. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه ی فرعی ششم مبنی بر اثر بخشی آموزش سرمایه روانشناختی تاب آوری بر مشکلات بین فردی معنادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان تایید گردد.

فرضیه فرعی هفتم: آموزش سرمایه روانشناختی امید نسبت به آموزش تاب آوری برپیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معنادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان اثر بخشی متفاوت دارد.

برای بررسی تفاوت اثر بخشی آموزش سرمایه روانشناختی امید و تاب آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معنادان بهبود یافته از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون باکس برای بررسی همگن بودن ماتریس در جدول ۴-۴۵ آورده شده است.

جدول ۴-۴۵ آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس واریانس تفاوت اثربخشی امید و تاب آوری بر گرایش به مواد

سطح معناداری	df ^۲	df ^۱	F	Box's M
۰/۰۸	۲۴۳۷۱/۵۷	۶	۱/۸۹	۱۲/۰۳

با توجه به معنادار نبودن آزمون باکس فرض صفر همگن بودن ماتریس ها رد شد ($P > 0/05$) و ماتریس واریانس همگن است. در ادامه به بررسی آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی اثربخشی دوره های آموزشی تاب آوری پرداخته شد. مقادیر آزمون لامبدای ویلکز در جدول ۴-۴۶ آورده شده است.

جدول ۴-۴۶ آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت اثربخشی امید و تاب آوری بر گرایش به مواد

مقیاس	مقدار	F	درجه آزادی	سطح معناداری	Eta	توان آماری
گرایش به مواد	۰/۹۹	۰/۱۲	۲	۰/۸۸	۰/۰۱	۰/۰۶

با توجه به جدول ۴-۴۶ و ارزش ۰/۹۹ برای گرایش به مواد تفاوت معناداری بین اندازه گیری مکرر اثربخشی امید و تاب آوری در سطح $P > 0/05$ وجود ندارد. در ادامه به بررسی آزمون کرویت موچلی به منظور بررسی اعتبار مدل پرداخته شد. آزمون کرویت موچلی در جدول ۴-۴۷ نشان داده شده است.

جدول ۴-۴۷ آزمون کرویت موچلی برای بررسی اعتبار مدل تفاوت اثربخشی امید و تاب آوری به گرایش به مواد

W موچلی	χ^2 تقریبی	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسین گرین هاوس گیر
۰/۸۴	۹/۳۸	۲	۰/۰۹	۰/۸۶

با توجه به جدول ۴-۴۷ مقدار موچلی برابر با ۰/۸۴ است که با درجه آزادی ۲ در سطح $P > 0/05$ معنادار نمی باشد. بنابراین دلیلی برای رد فرض همگنی واریانس تکرارهای مختلف آزمایش وجود ندارد و در نتیجه تخطی از الگوی آماری F صورت نگرفته است. همچنین مقدار اپسین گرین هاوس-گیر نشان می دهد ماتریس واریانس- کوواریانس مدل به میزان بسیار جزئی از الگوی آماری F انحراف دارد. نتایج تحلیل واریانس بین گروهی و درون گروهی برای گرایش به مواد با سه اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۴-۴۸ نشان داده شده است.

جدول ۴-۴۸ تحلیل واریانس تفاوت اثربخشی امید و تاب آوری بر گرایش مواد با اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

مقیاس	منبع	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	تا	توان آماری
گرایش به مواد	درون	۴۸۶۰/۴۷	۲	۲۴۳۰/۲۳	۴۹/۵۴	۰/۰۱	۰/۴۶	۱/۰۰
	گروهی	۷/۶۷	۲	۳/۸۳	۰/۰۷	۰/۹	۰/۰۱	۰/۰۶
بین گروهی	خطا	۵۶۹۰/۵۱	۱۱۶	۴۹/۰۵				
	گروه	۹۹۸/۷۵	۱	۹۹۸/۷۵	۰/۶۰	۰/۴۳	۰/۰۱	۰/۱۲
	خطا	۹۵۳۵۳/۵۵	۵۸	۱۶۴۴/۰۲				

با توجه به جدول ۴-۴۸ و معنادار بودن عامل در درون گروهی وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای گرایش به مواد در سطح $P < 0/01$ تایید گردید. اما با معنادار نبودن منبع گروه در بین گروه ها می توان گفت تفاوت معناداری بین گروه آزمایش تاب آوری با گروه آزمایشی امید برای گرایش به مواد وجود ندارد ($P < 0/05$) و هر دو شیوه آموزشی به یک میزان بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد اثربخش بوده اند. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه ی فرعی هفتم مبنی بر وجود تفاوت معنادار بین اثربخشی آموزش سرمایه روانشناختی امید نسبت به آموزش تاب آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معنادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان تایید نگردید.

فرضیه فرعی هشتم: آموزش سرمایه روانشناختی امید نسبت به آموزش تاب آوری بر تحمل پریشانی معنادار بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان اثر بخشی متفاوت دارد.

برای بررسی تفاوت اثر بخشی آموزش سرمایه روانشناختی امید و تاب آوری بر تحمل پریشانی معنادار بهبود یافته از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون باکس برای بررسی همگن بودن ماتریس در جدول ۴-۴۹ آورده شده است.

جدول ۴-۴۹ آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس واریانس تفاوت اثربخشی امید و تاب آوری بر تحمل پریشانی

سطح معناداری	df ^۲	df ^۱	F	Box's M
۰/۹۵	۲۴۳۷۱/۵۷	۶	۰/۱۶	۰/۹۴

با توجه به معنادار نبودن آزمون باکس فرض صفر همگن بودن ماتریس‌ها رد شد ($P > ۰/۰۵$) و ماتریس واریانس همگن است. در ادامه به بررسی آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت اثربخشی دوره‌های آموزشی امید و تاب آوری بر ابعاد تحمل پریشانی پرداخته شد. مقادیر آزمون لامبدای ویلکز در جدول ۴-۵۰ آورده شده است.

جدول ۴-۵۰ آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت اثربخشی امید و تاب آوری بر تحمل پریشانی

توان آماری	Eta	سطح معناداری	درجه آزادی	F	مقدار	مقیاس
۰/۲۳	۰/۰۶	۰/۵۴	۲	۰/۷۷	۰/۹۴	تحمل پریشانی
۰/۲۱	۰/۰۷	۰/۴۷	۲	۰/۸۱	۰/۹۰	تحمل
۰/۲۲	۰/۰۵	۰/۵۷	۲	۰/۷۹	۰/۹۲	جذب
۰/۱۹	۰/۰۷	۰/۴۹	۲	۰/۸۳	۰/۹۱	ارزیابی
۰/۲۱	۰/۰۸	۰/۴۸	۲	۰/۸۲	۰/۹۰	تنظیم

با توجه به جدول ۴-۳۱ و مقادیر لامبدای ویلکز برای تحمل پریشانی، تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم تفاوت معناداری بین اندازه گیری مکرر بین امید و تاب آوری در سطح $P > ۰/۰۵$ وجود ندارد. در ادامه به بررسی آزمون کرویت موچلی به منظور بررسی اعتبار مدل پرداخته شد. آزمون کرویت موچلی در جدول ۴-۵۱ نشان داده شده است.

جدول ۴-۵۱ آزمون کرویت موچلی برای بررسی اعتبار مدل تفاوت اثربخشی امید و تاب آوری بر تحمل پریشانی

W موچلی	χ^2 تقریبی	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسین گرین هاوس گیزر
۰/۹۴	۳/۱۵	۲	۰/۲۰	۰/۹۴

با توجه به جدول ۴-۵۱ مقدار موچلی برابر با ۰/۹۴ است که با درجه آزادی ۲ در سطح $P > ۰/۰۵$ معنادار نمی باشد. بنابراین دلیلی برای رد فرض همگنی واریانس تکرارهای مختلف آزمایش وجود ندارد و در نتیجه تخطی از الگوی آماری F صورت نگرفته است. همچنین مقدار اپسین گرین هاوس-گیزر نشان می دهد ماتریس واریانس- کوواریانس مدل به میزان بسیار جزئی از الگوی آماری F انحراف دارد. نتایج تحلیل واریانس بین گروهی و درون گروهی برای تحمل پریشانی و ابعاد آن با سه اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۴-۵۲ نشان داده شده است.

جدول ۴-۵۲ تحلیل واریانس پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت اثربخشی امید و تاب آوری بر تحمل پریشانی و ابعاد آن

مقیاس	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اتا	توان آماری
تحمل پریشانی	درون	۱۷۲۷/۶۷	۲	۸۶۳/۸۳	۲۶/۴۲	۰/۰۱	۰/۳۱	۱/۰۰
	گروهی	۲۵/۵۴	۲	۱۲/۷۷	۰/۳۹	۰/۶۷	۰/۰۱	۰/۱۱
	خطا	۳۷۹۱/۴۴	۱۱۶	۳۲/۶۸				
	بین گروهی	۲۵/۶۸	۱	۲۵/۶۸	۰/۲۵	۰/۶۱	۰/۰۱	۰/۰۷
تحمل جذب	گروهی	۵۸۱۴/۸۸	۵۸	۱۰۰/۲۵				
	درون	۴۸/۲۳	۲	۲۴/۱۱	۴/۱۸	۰/۰۲	۰/۰۶	۰/۷۲
	گروهی	۱۰/۳۴	۲	۵/۵۳	۰/۸۹	۰/۴۱	۰/۰۲	۰/۲۰
	خطا	۶۶۸/۷۵	۱۱۶	۵/۷۶				
ارزیابی	بین گروهی	۲/۰۰	۱	۲/۰۰	۰/۱۱	۰/۷۳	۰/۰۱	۰/۰۶
	گروهی	۱۰۳۵/۶۱	۵۸	۱۷/۸۵				
	درون	۸۸/۳۱	۲	۴۴/۱۵	۱۰/۴۴	۰/۰۱	۰/۱۵	۰/۹۸
	گروهی	۲/۱۷	۲	۱/۰۸	۰/۲۵	۰/۷۷	۰/۰۱	۰/۰۹
ارزیابی	خطا	۴۹۰/۱۷	۱۱۶	۴/۲۲				
	بین گروهی	۵/۳۳	۱	۵/۳۳	۰/۲۹	۰/۵۸	۰/۰۱	۰/۰۸
	گروهی	۱۰۳۴/۱۸	۵۸	۱۷/۸۳				
	درون	۳۱۴/۱۷	۲	۱۵۷/۰۸	۱۲/۸۲	۰/۰۱	۰/۱۸	۰/۹۹
ارزیابی	گروهی	۲۱/۳۷	۲	۱۰/۶۸	۰/۸۷	۰/۴۲	۰/۰۱	۰/۱۹
	خطا							

				۱۲/۲۵	۱۱۶	۱۴۲۱/۱۱	خطا		
			۲/۲۳	۷۸/۶۷	۱	۷۸/۶۷	گروه	بین	
۰/۳۱	۰/۰۳	۰/۱۴		۳۵/۱۶	۵۸	۲۰۳۹/۶۵	خطا	گروهی	
			۹/۲۱	۵۷/۶۵	۲	۱۱۵/۳۰	عامل	درون	
۰/۹۷	۰/۱۳	۰/۰۱		۰/۹۵	۲	۱/۹۰	اثر تعاملی	گروهی	
۰/۰۷	۰/۰۱	۰/۸۵	۰/۱۵	۶/۲۶	۱۱۶	۷۲۶/۱۳	خطا		تنظیم
			۰/۵۹	۸/۴۵	۱	۸/۴۵	گروه	بین	
۰/۱۱	۰/۰۱	۰/۴۴		۱۴/۱۳	۵۸	۸۱۹/۹۶	خطا	گروهی	

با توجه به جدول ۴-۵۲ و معنادار بودن عامل ها در درون گروه ها وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای تحمل پریشانی و ابعاد آن را در سطح $P < 0/01$ تایید گردید. اما با معنادار نبودن منبع گروه در بین گروه ها در سطح $P > 0/05$ می توان گفت تفاوت معناداری بین گروه آزمایشی تاب آوری و گروه آزمایشی امید برای تحمل پریشانی و ابعاد آن وجود ندارد و میزان اثربخشی این دو شیوه آموزی بر تحمل پریشانی و ابعاد آن به یک اندازه بوده است. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه فرعی هشتم مبنی بر وجود تفاوت معنادار بین اثربخشی آموزش سرمایه روانشناختی امید نسبت به آموزش تاب آوری بر تحمل پریشانی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان تایید نگردید.

فرضیه فرعی نهم: آموزش سرمایه روانشناختی امید نسبت به آموزش تاب آوری بر مشکلات بین فردی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان اثر بخشی متفاوت دارد.

برای بررسی تفاوت اثر بخشی آموزش سرمایه روانشناختی امید و تاب آوری بر مشکلات بین فردی معتادان بهبود یافته از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون باکس برای بررسی همگن بودن ماتریس در جدول ۴-۵۳ آورده شده است.

جدول ۴-۵۳ آزمون باکس همگنی ماتریس واریانس تفاوت اثربخشی امید و تاب آوری بر مشکلات بین فردی

سطح معناداری	df ^۲	df ^۱	F	Box's M
۰/۱۳	۷۴۱۹/۵۷	۶	۱/۵۹	۱۰/۷۸

با توجه به معنادار نبودن آزمون باکس فرض صفر همگن بودن ماتریس ها رد شد ($P > 0/05$) و ماتریس واریانس همگن است. در ادامه به بررسی آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت اثربخشی دوره های

آموزشی تاب آوری و امید بر ابعاد مشکلات بین فردی پرداخته شد. مقادیر آزمون لامبدای ویلکز در جدول ۴-۵۴ آورده شده است.

جدول ۴-۵۴ آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت اثربخشی تاب آوری و امید بر مشکلات بین فردی

مقیاس	مقدار	F	درجه آزادی	سطح معناداری	Eta	توان آماری
مشکلات بین فردی	۰/۹۶	۰/۴۷	۲	۰/۸۷	۰/۰۴	۰/۰۹
صراحت	۰/۸۴	۳/۰۱	۲	۰/۱۱	۰/۱۰	۰/۵۸
گشودگی	۰/۹۹	۰/۰۸	۲	۰/۹۱	۰/۰۱	۰/۰۶
در نظر گرفتن دیگران	۰/۹۳	۰/۶۹	۲	۰/۸۱	۰/۰۳	۰/۱۱
پرخاشگری	۰/۹۵	۰/۵۱	۲	۰/۸۴	۰/۰۴	۰/۱۰
حمایت گری	۰/۹۸	۰/۱۲	۲	۰/۸۹	۰/۰۱	۰/۰۷
وابستگی	۰/۹۴	۰/۵۷	۲	۰/۸۶	۰/۰۶	۰/۱۲

با توجه به جدول ۴-۵۴ و مقادیر لامبدای ویلکز برای مشکلات بین فردی، صراحت، گشودگی، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری، حمایت گری و وابستگی تفاوت معناداری بین اندازه گیری مکرر برای آموزش های امید و تاب آوری در سطح $P > 0/05$ وجود ندارد. در ادامه به بررسی آزمون کرویت موچلی به منظور بررسی اعتبار مدل پرداخته شد. آزمون کرویت موچلی در جدول ۴-۵۵ نشان داده شده است.

جدول ۴-۵۵ آزمون کرویت موچلی برای بررسی اعتبار مدل تفاوت اثربخشی امید و تاب آوری بر مشکلات بین فردی

W موچلی	χ^2 تقریبی	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسین گرین هاوس گیزر
۰/۹۵	۲/۷۸	۲	۰/۲۴	۰/۹۵

با توجه به جدول ۴-۵۵ مقدار موچلی برابر با ۰/۹۵ است که با درجه آزادی ۲ در سطح $P > 0/05$ معنادار نمی باشد. بنابراین دلیلی برای رد فرض همگنی واریانس تکرارهای مختلف آزمایش وجود ندارد و در نتیجه تخطی از الگوی آماری F صورت نگرفته است. همچنین مقدار اپسین گرین هاوس-گیزر نشان می دهد ماتریس واریانس-کواریانس مدل به میزان بسیار جزئی از الگوی آماری F انحراف دارد. نتایج تحلیل واریانس بین گروهی و درون گروهی برای مشکلات بین فردی و ابعاد آن با سه اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۴-۵۶ نشان داده شده است.

جدول ۴-۵۶ تحلیل واریانس پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت اثربخشی امید و تاب آوری بر مشکلات بین فردی و ابعاد آن

توان	مقیاس	منبع	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	اتا	توان
اماری			مجذورات	آزادی	مجذورات		معناداری		
۱/۰۰	مشکلات بین فردی	عامل	۴۲۷۱/۴۷	۲	۲۱۳۵/۷۳	۳۷/۳۶	۰/۰۱	۰/۳۹	۱/۰۰
۰/۰۹		درون گروهی	۲۹/۸۷	۲	۱۴/۹۳	۰/۲۶	۰/۷۷	۰/۰۱	۰/۰۹
		خطا	۶۶۳۰/۶۴	۱۱۶	۵۷/۱۶				
۰/۰۹	صراحت	بین گروهی	۵۵/۵۵	۱	۵۵/۵۵	۰/۴۱	۰/۵۲	۰/۰۱	۰/۰۹
		درون گروهی	۷۷۲۵/۴۲	۵۸	۱۳۳/۱۹				
		عامل	۳۵۰/۷۱	۲	۱۷۶/۳۵	۹/۴۵	۰/۰۱	۰/۱۴	۰/۹۷
۰/۰۷	گشودگی	درون گروهی	۴/۹۷	۲	۲/۴۸	۰/۱۳	۰/۸۷	۰/۰۱	۰/۰۷
		خطا	۲۱۵۲/۳۱	۱۱۶	۱۸/۵۵				
		بین گروهی	۰/۰۲	۱	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۹۷	۰/۰۱	۰/۰۵
۰/۰۶	در نظر گرفتن دیگران	درون گروهی	۱۸۲۷/۹۵	۵۸	۳۱/۵۱				
		عامل	۲/۲۱	۲	۱/۱۰	۰/۱۱	۰/۸۹	۰/۰۱	۰/۰۶
		درون گروهی	۴۶/۴۳	۲	۲۳/۲۱	۲/۳۵	۰/۱۰	۰/۰۴	۰/۴۶
۰/۰۷	پرخاشگری	خطا	۱۱۴۴/۶۸	۱۱۶	۳۷/۱۰				
		بین گروهی	۲/۴۵	۱	۲/۴۵	۰/۲۰	۰/۶۵	۰/۰۱	۰/۰۷
		درون گروهی	۷۰۱/۲۱	۵۸	۱۲/۰۹				
۰/۹۸	حمایت گری	عامل	۸۶/۸۷	۲	۴۳/۴۳	۱۰/۵۲	۰/۰۱	۰/۱۵	۰/۹۸
۰/۵۱		درون گروهی	۲۱/۶۷	۲	۱۰/۸۳	۲/۶۲	۰/۰۷	۰/۰۴	۰/۵۱
		خطا	۴۷۸/۷۷	۱۱۶	۴/۱۲				
۰/۰۵	وابستگی	بین گروهی	۰/۰۲	۱	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۹۶	۰/۰۱	۰/۰۵
		درون گروهی	۵۳۰/۲۸	۵۸	۹/۱۴				
		عامل	۲۱۴/۴۳	۲	۱۰۷/۲۱	۳۱/۱۸	۰/۰۱	۰/۳۵	۱/۰۰
۰/۰۸	حمایت گری	درون گروهی	۱/۴۱	۲	۰/۷۰	۰/۲۰	۰/۸۱	۰/۰۱	۰/۰۸
		خطا	۳۹۸/۸۲	۱۱۶	۳/۴۳				
		بین گروهی	۹/۳۳	۱	۹/۳۳	۹/۳۳	۰/۶۷	۰/۴۱	۰/۱۲
۰/۹۹	وابستگی	درون گروهی	۸۰۴/۹۴	۵۸	۱۳/۸۷				
		عامل	۲۳۹/۶۴	۲	۱۱۹/۸۲	۱۵/۰۰	۰/۰۱	۰/۲۰	۰/۹۹
		درون گروهی	۱۳/۳۷	۲	۶/۶۸	۶/۶۸	۰/۸۳	۰/۴۳	۰/۱۷
۰/۲۵	وابستگی	خطا	۹۲۶/۳۱	۱۱۶	۱۵/۹۷				
		بین گروهی	۵۲/۲۷	۱	۵۲/۲۷	۱/۷۲	۰/۱۹	۰/۳۳	۰/۲۵
		درون گروهی	۱۷۵۹/۷۸	۵۸	۳۰/۳۴				
۰/۷۸		عامل	۵۵/۵۴	۲	۲۷/۷۷	۴/۸۰	۰/۰۱	۰/۰۷	۰/۷۸

گروهی	اثر تعاملی	۵/۰۷	۲	۲/۵۳	۰/۴۳	۰/۶۴	۰/۰۱	۰/۱۲
	خطا	۶۷۰/۷۱	۱۱۶	۵/۷۸				
بین	گروه	۱/۶۰	۱	۱/۶۰	۰/۱۹	۰/۶۶	۰/۰۱	۰/۰۷
گروهی	خطا	۴۷۴/۵۸	۵۸	۸/۱۸				

با توجه به جدول ۴-۵۶ و معنادار بودن عامل‌ها در درون گروه‌ها وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای مشکلات بین فردی، صراحت، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری و حمایت‌گری را در سطح $P < 0/05$ تایید گردید. اما با معنادار نبودن منبع گروه در بین گروه‌ها در سطح $P > 0/05$ ، تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایشی تاب‌آوری و گروه آزمایشی امید برای مشکلات بین فردی و ابعاد صراحت، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری و حمایت‌گری وجود ندارد و میزان اثربخشی هر دو شیوه‌ی آموزشی بر مشکلات بین فردی و ابعاد آن به یک اندازه می‌باشد. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه‌ی فرعی نهم مبنی بر وجود تفاوت معنادار بین آموزش سرمایه روانشناختی امید نسبت به آموزش تاب‌آوری بر مشکلات بین فردی معنادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان تایید نگردید.

خلاصه‌ی فصل

در این فصل به بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی سن، تحصیلات و مدت اعتیاد و ترک اعضای نمونه به تفکیک گروه‌ها پرداخته شد. در ادامه یافته‌های توصیفی آورده شد و فرضیه‌ی اصلی و فرضیات فرعی بررسی شد. فرضیه‌ی اصلی تحقیق مبنی بر اثر بخشی آموزش سرمایه‌های روانشناختی امید و تاب‌آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد، تحمل‌پریشانی و مشکلات بین فردی معنادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان تأیید شد. فرضیات فرعی اول، دوم، سوم، چهارم، پنجم و ششم تأیید شد و فرضیات فرعی هفتم، هشتم و نهم تأیید نگردید.

فصل پنجم:

بحث و نتیجه گیری

۱-۵ مقدمه

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش سرمایه های روانشناختی (امید، تاب آوری) بر پیشگیری از بازگشت مجدد به اعتیاد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان است. در این فصل نتایج مربوط به فرضیه‌هایی که در فصل چهارم آورده شد مورد بحث قرار گرفته و یافته‌های به دست آمده در این پژوهش با سایر یافته‌های صورت پذیرفته مقایسه شده است و در پایان به بیان محدودیت‌های پژوهش انجام شده و ارائه پیشنهاداتی برای پژوهش‌های آینده پرداخته شده است.

۲-۵ بحث و نتیجه گیری

فرضیه اصلی: آموزش سرمایه های روانشناختی امید و تاب آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان موثر است.

با توجه به جدول ۴-۱۴ میانگین گرایش به اعتیاد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی بین گروه آزمایشی امید و تاب آوری با گروه کنترل تفاوت معناداری در سطح $P < 0/01$ دارد و میانگین گروه آزمایشی امید با گروه آزمایشی تاب آوری تفاوت معناداری ندارد ($P < 0/05$). این نتایج بیانگر این است که آموزش سرمایه های روانشناختی امید و تاب آوری بر گرایش به اعتیاد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی اثربخش بوده است و همچنین تفاوت معناداری بین اثربخشی امید و تاب آوری وجود نداشته است. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه ی اصلی تحقیق مبنی بر اثر بخشی آموزش سرمایه های روانشناختی امید و تاب آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد، تحمل پریشانی و مشکلات بین فردی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان تایید گردید.

این یافته ها با یافته های پژوهش رحیمی، حسین ثابت و سهرابی (۱۳۹۵) با عنوان اثربخشی آموزش تاب آوری و مدیریت استرس بر کاهش استرس ادراک شده و تغییر نگرش به مصرف مواد، جمعی باباجان (۱۳۹۴) در خصوص رابطه منفی معناداری بین خرده مقیاس های خودکارآمدی، تاب آوری با استعداد اعتیاد، احمدی و شریفی درآمدی (۱۳۹۳)، در زمینه تاثیر آموزش تاب آوری بر نمره کل سلامت روان (و دو مولفه کارکرد اجتماعی و اضطراب-بیخوابی) افراد مبتلا به وابستگی مواد، غلامی (۱۳۹۳) در مورد رابطه مثبت معنادار تاب آوری با روابط بین فردی سازگارانه و توجه همدلانه، اندامی خشک (۱۳۹۲) در خصوص نقش میانجیگری تاب آوری در رابطه تحمل پریشانی با رضایت از زندگی، دوستیان (۱۳۹۲) در رابطه با اثر بخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر کاهش عود و افزایش خودکارآمدی در افراد وابسته به مواد افیونی، عباسی مقدم (۱۳۹۰) در زمینه اثر بخشی آموزش مهارت های تاب آورانه در زمینه پیشگیری از عود مجدد، خوشخرام و گلزاری (۱۳۹۰) مبنی بر اثربخشی آموزش رویکرد امید درمانی بر افزایش امید، روابط بین فردی و رضایت زناشویی، رحیم زاده (۱۳۹۰) در خصوص تاثیر آموزش مهارت های مثبت اندیشی (امید، خوشبینی و رضایتمندی) مبتنی بر مراحل تغییر در پیشگیری از عود اعتیاد، کیانی دولت آبادی (۱۳۸۹) در رابطه با اثربخشی تاب آوری بر پیشگیری از عود همسو هم راستا است. همچنین نتایج این تحقیق با پژوهش مدنی (۱۳۸۹) در رابطه با اثر بخشی آموزش تفکر مثبت در بهبود مشکلات بین فردی، کریمی (۱۳۸۹) در زمینه تاثیر آموزش تاب آوری بر میزان سرسختی، سبیدی (۱۳۸۹) مبنی بر اثر بخشی آموزش بر کاهش کینه توزی و افزایش روابط بین فردی، رئیسیان خیرآبادی (۱۳۸۹) در خصوص آموزش امید درمانی بر پیش گیری از عود اعتیاد بیماران زن وابسته به مواد، زرین کلک (۱۳۸۸) در رابطه با تاثیر آموزش مؤلفه های تاب آوری بر کاهش سطح اعتیاد پذیری، علاءالدینی، کجباف و مولوی (۱۳۸۶) مبنی بر اثر بخشی برنامه امید درمانی بر افزایش امید، سلامت روانی و کاهش نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی همسو است. نتایج نشان داد که یافته های این پژوهش

هماهنگ با پژوهش گنگرو (۲۰۱۶) در مورد توان خوشبینی، امید و قدر دانی در پیش بینی تحمل پریشانی در وقایع استرس زای زندگی، مای، هانتر، فراری، نوئل و جاسون (۲۰۱۵) در زمینه نقش موثر امید و خودکارآمدی در میزان پرهیز یا بازگشت به مصرف افراد در حال ترک، حجازی، انتسار و کرم زاده (۲۰۱۵) در مورد کسب نمرات بالاتر در مقیاس تاب آوری در افراد موفق به ترک، آنابل و همکاران (۲۰۱۴) در خصوص رابطه معکوس آسیب پذیری افراد با تاب آوری، نیکلاس و رابرت (۲۰۱۴) مبنی بر رابطه معکوس و منفی تاب آوری از یک طرف با رفتارهای پرخطر از جمله سوء مصرف مواد مخدر و از طرف دیگر رابطه مثبت با سلامت روانی و هیجانی و سازگاری اجتماعی، هولینگ ایورث، وینگات، توکر، اوکیف و کول (۲۰۱۴) در زمینه رابطه معکوس امیدواری بامشکلات بین فردی، لی، لی و کو (۲۰۱۵) در رابطه با رابطه مثبت بین امید و کیفیت روابط بین فردی، پالرمو (۲۰۰۸) در خصوص اثر بخشی امید و حمایت های اجتماعی دریافت شده از جانب اطرافیان بر کاهش پریشانی، آروالو، گلرمو و هرتنسید (۲۰۰۸) در زمینه رابطه معکوس توانایی حل مساله و تاب آوری با استعداد اعتیاد، بوکنر، مزاکاپا و بردسلی (۲۰۰۳) رابطه معکوس تاب آوری با ریسک مصرف مواد مخدر، فردیکسون، توگاد، ویوگ و لارکین (۲۰۰۳) در مورد نقش موثر تاب آوری، شادی و امید در گرایش به مصرف مواد یا الکل همسو و هم راستا بوده و با پژوهش های پیرنیا (۱۳۹۳) در زمینه عدم اثربخشی درمان بهزیستی در بهبود شاخص های روان شناختی بیماران وابسته به مت آمفتامین، گلزاری (۱۳۹۳) مبنی بر عدم رابطه معنی دار بین راهبردهای مقابله با استرس و امید و جکسون، ورنیک و هاگا (۲۰۰۳) در مورد رابطه منفی امید بالا با احتمال ورود به درمان سوء مصرف مواد نا همسو و ناهمخوان می باشد.

در تبیین این یافته می توان گفت که برخوردار بودن از سرمایه روانشناختی (امید و تاب آوری) افراد را قادر می سازد تا در برابر موقعیت های استرس زا بهتر مقابله کرده، کمتر دچار تنش شده، در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار شوند، به دیدگاه روشنی در مورد خود برسند و کمتر تحت تأثیر وقایع روزانه قرار بگیرند (رابینز، واترمارش، کاکسیوپ و میل، ۱۹۹۴).

امید هنگامی نیرومند است که هدفهای ارزشمندی را در بر گیرد و با وجود موانع چالش انگیز ولی برطرف شدنی، احتمال دستیابی به آن هدف ها در گستره زمانی وجود داشته باشد (استوارت، ۲۰۰۵، ترجمه گودرزی، بوستانی پور، دانشجو، افشار و نوابی نژاد، ۱۳۸۶). در طی جلسات امید درمانی به مراجع تحت درمان دارویی کمک می شود تا ضمن بررسی توانمندی ها، ارزشها (خانوادگی، شغلی و تحصیلی) و موانع موجود، اهداف خاصی را در نظر بگیرد و برای رهنمون شدن به سمت آن اهداف برنامه ریزی کند. در واقع دستیابی به اهداف سبب احساس خود ارزشمندی و بازگشت عزت نفس از دست رفته مراجع می شود که

این امر می‌تواند از بازگشت مجدد به سمت مواد و مشکلات اجتماعی و بین فردی جلوگیری نموده و تحمل مشکلات در رسیدن به اهداف را آسان نماید.

تاب‌آوری به عنوان میزان توانایی فرد در تطابق با شرایط ناگوار تعریف شده است (برجی پور، حسینی زاده و کرد میرزا، ۱۳۸۹). جلسات آموزشی در کسب تاب‌آوری بالا به مراجع کمک می‌کند تا از عواطف و هیجان‌های مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه‌های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند. در واقع تاب‌آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت باعث تقویت حرمت خود و مقابله موفق با تجربه‌های منفی شده و باعث می‌شود که فرد در مواجهه با مشکلات و عواطف منفی کمتر به سراغ مواد برود. بر این اساس این تبیین، تاب‌آوری از طریق تقویت حرمت خود به عنوان مکانیسم واسطه‌ای به انطباق‌پذیری و سازگاری مثبت با اعضای خانواده و آشنایان منتهی می‌شود (اکبرزاده، اکبرزاده و جوانمرد، ۱۳۹۳). افراد تاب‌آور توانایی برگشتن و بهبود یافتن، توانایی تعیین اهداف قابل دسترس و آشکار، توانایی درگیری و ارتباط معنادار با سایرین و توانایی حل مسائل و تعارضات را دارند (حسینی قمی و سلیمی، ۱۳۹۰). بنابراین می‌توان گفت که امید و تاب‌آوری از مهمترین سرمایه‌های روانشناختی هستند که به بهره‌وری فرد کمک می‌کند و شامل خود ادراکی، هدفمندی و مقاومت در برابر مشکلات می‌شود (گلد اسمیت، تم و داریتی، ۱۹۹۷).

فرضیه فرعی اول: آموزش سرمایه روانشناختی امید بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان موثر است.

با توجه به جدول ۴-۱۹ نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری برای گرایش به مواد تفاوت معناداری دارد و نمرات پس‌آزمون در مرحله‌ی پیگیری ثابت مانده و اثر دوره‌ی آموزش سرمایه‌های روانشناختی امید بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان همچنان ثابت است. این نتیجه بیانگر این است که آموزش سرمایه‌های روانشناختی امید بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معتادان اثربخش است. به علاوه، در کاهش میزان اثربخشی این روش درمانی، زمان از پس‌آزمون به پی‌گیری اثر نداشته است. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه‌ی فرعی اول مبنی بر اثر بخشی آموزش سرمایه روانشناختی امید بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان موثر گردید.

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های اکبرزاده، اکبرزاده و جوانمرد (۱۳۹۳) در زمینه تاثیر افزایش سرمایه روانشناختی و به کارگیری برنامه‌های مربوط به باورهای فراشناختی مختل بر کاهش گرایش به مصرف مواد در دانشجویان؛ رحیم زاده (۱۳۹۰) مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت

اندیشی (امید، خوشبینی و رضایتمندی) بر مراحل تغییر در پیشگیری از عود؛ رئیس‌ان خیرآبادی (۱۳۸۹) در خصوص آموزش امید درمانی بر پیش‌گیری از عود اعتیاد بیماران زن وابسته به مواد و مای و همکاران (۲۰۱۵) که نشان داد امید و خودکارآمدی در میزان پرهیز یا بازگشت به مصرف افراد در حال ترک نقش موهم موثری ایفا می‌کند همسو و همخوان می‌باشد.

در تبیین این فرضیات باید بیان کرد که مطالعات نشان می‌دهد که نتیجه مثبت انتظارات مطلوب از کم کردن مواد مصرفی در معتادین وابسته به آن مواد بیشتر تأثیر گذار بوده و فرد آمادگی بیش تری برای تغییر پذیری دارد (رولینز، ۲۰۱۶). تصورات اخیر حاکی از همراهی امید و خود متکی بودن با انتظارات مطلوب می‌باشد که یکی از مهمترین عوامل پیش‌بینی شده برای درمان پذیری است. امید به انسان اجازه می‌دهد که بر موقعیت‌های استرس‌زا غلبه کند و او را قادر می‌سازد تا تلاش ثابتی برای رسیدن به اهداف خود داشته باشد. انسان‌هایی که امید بیشتری دارند تلاششان را صرف کسب اهداف مشکل‌تر می‌کنند، اهدافشان را با اطمینان بیشتری به دست می‌آورند و آنها را با اهداف سخت‌تر دیگری ارزیابی می‌کنند. اما کسانی که امید کمتری دارند اینگونه نیستند.

جکسون و ورنیکل در سال ۲۰۰۳ تحقیقی درباره امید به عنوان پیش‌بینی‌کننده شروع درمان سوء مصرف مواد انجام دادند. نتایج این تحقیق نشان داد که برخلاف انتظار، انسان‌ها با درجه‌های متفاوت از امید ممکن است برای مشکلاتشان به دنبال کمک باشند. زیرا معتقدند که مشکل را باید حل کنند یا به خودی خود حل خواهد شد.

اگر فرد معتاد به این باور برسد که مواد مخدر راه حل مناسبی برای حل مسائل و فرار از مشکلات نیست و از طرف دیگر چنانچه در مواقع مواجه شدن با مشکلات جسمی و روانی نسبت به راه حل‌های منطقی و اصولی آگاهی و بینش داشته باشد، به گونه دیگری عمل کرده و دوباره در دام اعتیاد گرفتار نخواهد شد. در پژوهش‌های انجام شده نشان داده شده است که افراد امیدوارتر نسبت به کسانی که امید کمتری دارند، از تفکرات مثبت، عزت نفس و اعتماد به نفس بیشتری برخوردارند؛ افراد با سطح امید بالا احساسات را با انرژی بیشتری گزارش می‌کنند و خودشان را به شکل مثبت تری معرفی می‌کنند. تحقیقات انجام شده درباره نقش امید و افکار مثبت در دستیابی به اهداف، نشان می‌دهد که امید زیاد، خود اتکایی، پرهیز طولانی مدت از مواد و کیفیت بالای زندگی در کسانی که مراحل درمان را پشت سر گذاشته اند دیده شده است. از طرف دیگر پژوهش‌ها نشان داده اند که امید می‌تواند منجر به خوش‌بینی گردد (حسنیان، وازید و حسن، ۲۰۱۴). همچنین خوش‌بینی به عنوان تکمیل‌کننده خوبی برای کسانی که در حال گذراندن دوره بعد از درمان مواد می‌باشند، پیش‌بینی شده است.

فرضیه فرعی دوم: آموزش سرمایه روانشناختی تاب آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان موثر است.

با توجه به جدول ۴-۲۴ نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری برای گرایش به مواد تفاوت معناداری دارد و نمرات پس آزمون در مرحله ی پیگیری ثابت مانده و اثر دوره ی آموزش سرمایه های روانشناختی تاب آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان همچنان ثابت است. این نتیجه بیانگر این است که آموزش سرمایه های روانشناختی تاب آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معتادان اثربخش است. به علاوه، در کاهش میزان اثربخشی این روش درمانی، زمان از پس آزمون به پی گیری اثر نداشته است. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه ی فرعی دوم مبنی بر اثر بخشی آموزش سرمایه روانشناختی تاب آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان موثر گردید.

یافته‌های این پژوهش با یافته‌های قنبری طلب و فولاد چنگ (۱۳۹۴) که بین تاب آوری و نشاط ذهنی با استعداد اعتیاد دانشجویان رابطه منفی نشان دادند، دوستیان (۱۳۹۲) در زمینه اثرگذاری مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر کاهش عود و افزایش خودکارآمدی در افراد وابسته به مواد افیونی؛ عباسی مقدم (۱۳۹۰) تحت عنوان اثربخشی آموزش مبتنی بر تاب‌آوری در کاهش عود مجدد وابستگی به مواد در زنان استان قم؛ کیانی دولت آبادی (۱۳۸۹) با عنوان مقایسه‌ی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر شناختی-رفتاری از طریق ارتقاء تاب‌آوری بر پیشگیری از عود افراد وابسته به مواد؛ زرین کلک (۱۳۸۸) در پژوهشی در زمینه "اثربخشی آموزش مؤلفه‌های تاب آوری بر کاهش سطح اعتیاد پذیری و تغییر نگرش دانش آموزان نسبت به مصرف مواد"، آروالو و همکاران (۲۰۰۸) مبنی بر تاثیرگذاری مهارت های توانایی حل مساله و تاب آوری بر کاهش استعداد اعتیاد پذیری، فردریسکسون و همکاران (۲۰۰۳) در خصوص رابطه تاب آوری با احساسات مثبت و نقش آن به عنوان یک متغیر محافظتی درگرایش به مصرف مواد همسو و با یافته‌های (مدنی ۱۳۸۹) با عنوان بررسی تاثیر مداخلات روانی مبتنی بر مراحل تغییر بر پیشگیری از عود در مصرف‌کنندگان کراک غیر همسو می‌باشد.

تاب آوری را سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار (آسیبها و تهدیدات) می‌دانند. البته تاب آوری، تنها پایداری در برابرآسیب ها یا شرایط تهدید کننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است (جاهد مطلق، یونسی، ازخوش و فرضی، ۱۳۹۴).

با توجه به مطلب فوق، در تبیین یافته این فرضیه می‌توان گفت که برنامه آموزشی تاب آوری باعث می‌شود مراجعین راهبردها و مهارت های رویارویی با رویدادهای ناخوشایند زندگی را فراگیرند.

آسیب پذیری روانشناختی، افسردگی، اضطراب و نگرش به مصرف مواد از پیامدهای ضعف تاب آوری در مبتلایان به سوء مصرف مواد است. افرادی که از تاب آوری بالایی برخوردارند، در هنگام مواجهه با شرایط تهدید کننده امیدوار هستند و از سبک‌های مقابله ای موثر استفاده می کنند. تاب آوری که نوعی منبع حمایتی در مقابل عوامل استرس زا است سبب می شود فرد با این موقعیت ها به نحو موثر سازگار شود. افراد تاب آور دارای مهارت‌های مسأله گشایی، احساس شایستگی و کفایت، روابط صمیمانه و دلبستگی ایمن هستند. (اکبرزاده، اکبرزاده و جوانمرد، ۱۳۹۳).

مراجعه تحت آموزش تاب آوری در می یابند که در مواقع برخورد با مشکلات و فشارهای زندگی شخصی و اجتماعی بر افکار، احساسات و رفتار خود تسلط و مسئولیت پذیری بیشتری از خود نشان دهند (خزائلی پارسا، ۱۳۸۶). این افراد هنگام مواجهه با سختی ها و ناملازمات زندگی (در دوره درمان اعتیاد و پس از آن) از این مهارت‌ها و توانایی‌های خود بهره گرفته و از ارتباط‌های سازنده به دیگران استفاده می کنند. این عامل سبب کاهش افسردگی، اضطراب و فشار روزانه‌ی شده و به تبع آن سبب افزایش سلامت روان می شود. در واقع اگر فرد معتاد به این باور برسد که مواد مخدر راه حل مناسبی برای حل مسائل و فرار از مشکلات نیست و از طرف دیگر چنانچه در مواقع مواجه شدن با مشکلات جسمی و روانی نسبت به راه‌های منطقی و اصولی آگاهی و بینش داشته باشد، به طریق دیگری عمل کرده و دوباره در دام اعتیاد گرفتار نخواهد شد.

فرضیه فرعی سوم: آموزش سرمایه روانشناختی امید بر تحمل پریشانی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان موثر است.

با توجه به جدول ۴-۲۹ نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری برای تحمل پریشانی و ابعاد تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم تفاوت معناداری دارد ($P < 0/05$). برای مقیاس تحمل پریشانی، تحمل، ارزیابی و تنظیم نمرات پس آزمون در مرحله ی پیگیری ثابت مانده و اثر آموزش سرمایه روانشناختی امید بر تحمل پریشانی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان ثابت است. اما برای جذب نمرات مرحله ی پیگیری نسبت به مرحله ی پس آزمون افزایش یافته است. این نتیجه بیانگر این است که آموزش سرمایه روانشناختی امید در بهبود تحمل پریشانی و ابعاد آن اثربخش است. به علاوه، در کاهش میزان اثربخشی این روش درمانی، زمان از پس آزمون به پی گیری اثر نداشته است. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه ی فرعی سوم مبنی بر اثر بخشی آموزش سرمایه روانشناختی امید بر تحمل پریشانی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان تایید گردید.

یافته های حاصل از پژوهش حاضر با نتایج پژوهش های منوچهری، گلزاری و کردمیرزا نیکوزاده (۱۳۹۳) مبنی بر اثربخشی آموزش امید درمانی در زنان دارای همسر معتاد، گلزاری (۱۳۹۳) در زمینه رابطه

بین امید با راهبردهای مقابله با استرس و کیفیت زندگی در معتادین و گنگرو (۲۰۱۶) در خصوص اثرات تعدیل کننده خوشبینی، امید و قدر دانی در رابطه با تحمل پریشانی و ضایت از زندگی در رویداد های استرس آور زندگی همسو است.

در تبیین یافته پژوهش حاضر می توان به موارد زیر اشاره کرد. به اعتقاد فلدمن و اسنایدر (۲۰۰۵) در سال های اخیر، روانشناسان به سازه امید به عنوان یک نقطه قوت روانشناختی می نگرند و معتقدند که این سازه می تواند کمک زیادی به پرورش و ایجاد سلامت روانی کند. به اعتقاد تیمین و ویزینگ (۲۰۰۶) امید دارای دو مولفه شناختی و عاطفی است. مولفه شناختی شامل انتظار رخدادن وقایعی در آینده و مولفه عاطفی شامل امید به اینکه این رویدادها، رویدادهایی مثبت و دارای پیامدهای مطلوبی باشند، است. مولفه عاطفی آن می تواند پیشبینی کننده وقوع رویدادهای مثبت در آینده و در نتیجه افزایش سلامت روانی باشد. یافته های پژوهشی نشان داده اند افرادی که از امیدواری بالاتری برخوردار بودند، عزت نفس زیادتر (سوننز و دوریز، ۲۰۱۲) و تعهد بیشتری به فعالیت هایی که به بهداشت و سلامتی بیشتر منجر می شوند نشان می دهند (دزاتر، کزالین، و اچهلتنز، لویکس، هکینگ و همکاران، ۲۰۱۳). بزرگسالانی که از درجات بالای امید بهره میبرند، به دیگران به عنوان منابع حمایتی و پایگاه هایی می نگرند که می توانند به آنها تکیه کنند (مارکز، پی ریبرو، لویز، ۲۰۱۱). همچنین این افراد اعتقاد دارند که می توانند با چالش هایی که ممکن است در زندگی شان با آنها روبه رو شوند، سازگار شوند، شادی بالاتری را تجربه می کنند و از زندگی شان رضایت بیشتری دارند (کینگ، هیکس، کرول و دلگاسیو، ۲۰۰۶). آن ها می توانند این گفتمان درونی را در خود رشد دهند که "من میتوانم این کار را به پایان برسانم، من نباید شکست بخورم و ناامید شوم."

از آنجا که افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، پریشانی، استرس و اضطراب بالایی در طول دوره درمان و نیز بعد از آن تجربه می کنند، این موضوع، منجر به از دست رفتن امید در زندگی آن ها می شود. امیددرمانی با هدف قراردادن ایجاد امید در این افراد، موجب کاهش پریشانی آنها می شود. چرا که ترتیب دادن اهداف در زندگی، توصیف مجدد آینده و معنی دار بودن زندگی که از مفاهیم عمده این درمان محسوب میشود، موجب افزایش آرامش و انرژی در افراد می شود (بانوس، رو، لیساکر، ۲۰۱۰). از سوی دیگر افراد امیدوار به جای تمرکز بر رویدادهای ناگوار، از آنها درس می گیرند و در پیگیری اهداف آینده از آن استفاده می کنند (کاورادیم، اوزر، بزکوک، ۲۰۱۳). بر طبق آنچه اشاره شد آنان تعهد بیشتری در قبال سلامت روانی، رضایت از زندگی و سازگاری بیشتری در مواجهه با یک بیماری دشوار از خود نشان می دهند و در صدد دریافت کمک از منابع حمایتی متعدد برمی آیند و در نتیجه آن پریشانی و رنج روانی کمتری را تجربه می کنند.

علاوه بر این، امید همبسته های زیست شناختی متعددی دارد مثل کارکرد موثر دستگاه ایمنی و ترشح اکسیتوسین اندورفینی که به فرد کمک میکند که فشار و سختی را تحمل کند. بنابراین ترکیب روانشناختی و زیست شناختی امید در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد به افزایش کارآمدی، کنارآمدن موثر برای ارزیابی مجدد، حل مساله، اجتناب از رویدادهای فشارزای زندگی، جستجوی حمایت اجتماعی منجر می شود و پیش بینی کننده رفتار ارتقا دهنده سلامت است. نتایج پژوهش هوی، سولدو و مندز (۲۰۱۳) و آچنبام (۲۰۱۲) در مورد بیماران دچار اختلال های بدخیم، نشان داد که باور و انتظار مانند دارونما ها می توانند اثرات بالقوه مثبتی بر دستگاه اعصاب مرکزی بگذارند. به همین دلیل، بیماران امیدوار به بهبود و سلامتی، به دلیل باور و انتظارات مثبت از نتیجه ی درمان، با سرعت بیشتری بهبود یافته اند. در تائید یافته ها، پژوهشگرانی چون استوری، یوسف، لوتانز، باربوتو و بووارد (۲۰۱۳) امید را به عنوان یک دارونما در درمان بیماری های جسمانی و روانی مورد توجه قرار داده اند و بیان می کنند که امید باعث ایجاد تغییرات مثبت در جسم و روان انسان می شود که علاوه بر بهبود سلامت جسمانی فرد مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد، به کاهش فشارهای روانی، پریشانی و اضطراب وی نیز می انجامد.

فرضیه فرعی چهارم: آموزش سرمایه روانشناختی تاب آوری بر تحمل پریشانی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان موثر است.

با توجه به جدول ۴-۳۴ نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری برای تحمل پریشانی و ابعاد تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم تفاوت معناداری دارد ($P < 0/05$). برای مقیاس تحمل پریشانی، تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم نمرات پس آزمون در مرحله ی پیگیری ثابت مانده و اثر آموزش سرمایه روانشناختی تاب آوری بر تحمل پریشانی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان ثابت است. این نتیجه بیانگر این است که آموزش سرمایه روانشناختی امید در بهبود تحمل پریشانی و ابعاد آن اثربخش است. به علاوه، در کاهش میزان اثربخشی این روش درمانی، زمان از پس آزمون به پی گیری اثر نداشته است. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه ی فرعی چهارم مبنی بر اثر بخشی آموزش سرمایه روانشناختی تاب آوری بر تحمل پریشانی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان تایید گردید.

یافته های این پژوهش با یافته های رحیمی و همکاران (۱۳۹۵) مبنی بر اثربخشی آموزش تاب آوری و مدیریت استرس بر کاهش استرس ادراک شده و تغییر نگرش به مصرف مواد در بین زندانیان مرد وابسته به مواد؛ اندامی خشک (۱۳۹۲) در زمینه نقش واسطه ای تاب آوری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی با رضایت از زندگی؛ کریمی (۱۳۸۹) درخصوص تاثیر آموزش تاب آوری بر افزایش میزان سرسختی و تاب آوری گروه آزمایش؛ نیکلاس و رابرت (۲۰۱۴) با رسیدن به این موضوع که بعضی از

ویژگی های تاب آوری با تحمل پریشانی و استرس رابطه دارد؛ روز و همکاران (۲۰۱۲) با تایید اثربخشی درمان مبتنی بر تاب آوری بر کاهش استرس و پریشانی و ماتسن (۱۹۹۰) که نشان داد که تاب آوری نقش بسیار قوی برای سازگاری و انطباق در برابر شرایط استرس‌زا دارد همسو می‌باشد.

اگرچه فشار روانی به عنوان یکی از مهمترین عوامل پیدایش و شکل‌گیری بیماری‌ها و نیز مرگ و میر افراد مطرح بوده است. اما مسئله‌ی مهم در ارتباط با تنیدگی، نحوه‌ی پاسخ و یا واکنش به آن است که می‌تواند در سازگاری فرد نقش بسزایی ایفا نماید. تاب آوری به عنوان اطمینان فرد از توانایی برای مقابله با فشار روانی، احترام به خود، ثبات عاطفی و ویژگی‌هایی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می‌دهد، تعریف شده است. افرادی که دارای تاب آوری هستند، اغلب با ایجاد هیجانات مثبت پس از رویارویی با عوامل فشارزا، به حالت طبیعی باز می‌گردند و بدون اینکه سلامت روان‌شان کاهش یابد و دچار بیماری روانی شوند، رویدادهای فشارزا را پشت سر می‌گذارند (پینکورات، ۲۰۰۹؛ به نقل از جاهد مطلق و همکاران، ۱۳۹۴).

با توجه به مطلب فوق، در تبیین یافته این فرضیه می‌توان گفت که آموزش تاب آوری انعطاف‌پذیری مراجعان را افزایش می‌دهد. این ویژگی باعث افزایش سازگاری افراد با شرایط مختلف می‌گردد. آنان در می‌یابند که در مقابل رویدادهای استرس‌زا با خوشبینی و اعتماد به نفس بیشتری برخورد کنند و در نتیجه این رویدادها را قابل کنترل می‌دانند. نگرش خوش‌بینانه، پردازش و ارزیابی اطلاعات فرد در موقیت‌های استرس‌زا را موثرتر، و عکس‌العمل‌های ناشی از آن را مناسبتر می‌نماید. بنابراین در هنگام مواجهه با مشکل، به عنوان مسئله‌ای که می‌توانند آن را کندوکاو، تغییر، تحمل و یا به طرق دیگر حل کنند؛ نگاه می‌کنند.

همچنین این آموزش‌ها کمک می‌کند تا مراجعین، عواطف و احساسات خود را به خوبی بشناسند، آنها را به دقت ارزیابی کنند، افکار منطقی و غیرمنطقی مرتبط با آنها را دریابند، و در نهایت برای آنها آشکار می‌شود که افکار کارآمد و ناکارآمد، عواطف مثبت و منفی آنها را هدایت می‌کند. هنگامی که آزمودنی‌ها به این آگاهی می‌رسند که این خود آنها و تصوراتشان است که هیجانها و عواطف مثبت و منفی را تا حدود زیادی زیر نفوذ دارد، با مهارت‌های آموخته شده آنها را کنترل می‌کنند و از این طریق به سازگاری عاطفی و تحمل پریشانی می‌رسند.

فرضیه فرعی پنجم: آموزش سرمایه روانشناختی امید بر مشکلات بین فردی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان موثر است.

با توجه به جدول ۴-۳۹ نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری برای مشکلات بین فردی و ابعاد آن تفاوت معناداری دارد ($P < 0/05$). این نتیجه بیانگر این است که در آموزش سرمایه های روانشناختی امید در کاهش مشکلات بین فردی و ابعاد آن اثربخش است. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه ی فرعی پنجم مبنی بر اثر بخشی آموزش سرمایه های روانشناختی امید بر مشکلات بین فردی معنادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان تایید گردد.

یافته های حاصل از پژوهش حاضر با نتایج پژوهش های خوشخرام و گلزاری (۱۳۹۰) مبنی بر اثر بخشی امید درمانی و افزایش رضایتمندی و کاهش مشکلات بین فردی، مدنی (۱۳۸۹) در خصوص تأثیر تکنیک تفکر مثبت بر ارزش های میان فردی و مشکلات بین شخصی و هولینگ ایورث و همکاران (۲۰۱۴) در زمینه رابطه معکوس امیدواری با مشکلات بین فردی همسو و هم راستا می باشد.

در تبیین اثرگذاری روش امید درمانی بر مشکلات بین فردی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد باید بیان کرد؛ برقراری ارتباط و روابط بین فردی مؤثر مهمترین مؤلفه زندگی انسان است. با این همه جای تعجب است که انسان زمان کمی را صرف بهبود کیفیت روابط بین فردی خود می کند. هیچ یک از توانمندی های بالقوه انسان رشد نمی کند مگر در سایه برقراری ارتباط با دیگران. همچنین تداوم حیات نیز منوط به افزایش کیفیت ارتباط است (سجادی پور، ۱۳۸۶). لیکن امید در روابط و حل مشکلات بین فردی نقش مهمی ایفا می کند. پژوهش ها نشان داده اند که در روابط بین فردی، شخصی که از امید کافی برای برقراری ارتباطی موفق برخوردار نباشد، ممکن است از ارتباط با دیگران اجتناب کند و فردی درونگرا می شود. اما فردی که دارای امید است؛ از ارتباط با دیگران استقبال می کند و با آنها ارتباط صمیمی برقرار میکند و متقابلاً باعث می شود پس از برقراری ارتباط احساس ارزشمندی در خود تقویت شود (فتحی، ۱۳۸۴) در نتیجه افزایش امید و حل مشکلات بین فردی تأثیری متقابل بر روی هم دارند. افراد امیدوار از این که می تواند با دیگران ارتباط مؤثر برقرار کند و دیگران نیز از برقراری ارتباط با او خوشحال می شوند، احساس ارزشمندی بیشتری خواهد داشت؛ در نتیجه می تواند مشکلات بین فردی خود را در سایه این ارتباط حل کند.

در تبیین این یافته ها می توان گفت آموزش مهارت های مبتنی بر امید کمک بسزایی برای تسهیل سازگاری و سلامت و پیشگیری از اثرات سوء فشار روانی می کند. در این روش عرضه آموزش های مورد نیاز و اساسی، مجموعه مهارت های شناختی لازم برای کامیابی در زندگی به فرد آموزش داده می شود و به او کمک می شود تا توانایی ها، اطلاعات، گرایش ها و مهارت های لازم برای زندگی سالم و موفق را در خود پرورش دهد که در نهایت این عوامل باعث کاهش مشکلات بین فردی در افرادی که تحت مداخله امید درمانی قرار گرفته اند می شود. تبیین دیگر اینکه آموزش های امید باعث می شود افراد شناخت

بیشتری درباره خود و محیط اطراف کسب کنند، نقاط قوت و ضعف خود را بشناسند، از امکانات و محدودیت های در اختیار خود آگاهی پیدا کنند، واقعیت ها را بهتر بپذیرند و با آنها به طور صحیح تر سازش یابند که این امر باعث احساسات مثبت نسبت به خود و دیگران و در نتیجه ایجاد روابط موثر و کاهش مشکلات بین فردی می شود. همچنین شیوه آموزش گروهی خود می تواند تأثیر مثبتی در افراد داشته باشد. اینکه فرد احساس کند دیگران نیز مشکلاتی مشابه او دارد، به او در قبول واقعیت و کنار آمدن بهتر با آن کمک می کند. آخرین تبیین اینکه آموزش امید تقریباً یک پکیج درمانی کامل است که مجموعه مهارت های لازم و ضروری زندگی را به افراد آموزش می دهد و کمک می کند تا افراد عواطف و احساسات خود را به خوبی بشناسند، آنها را با دقت ارزیابی کنند، افکار منطقی و غیرمنطقی مرتبط با آنها را دریابند و در نهایت برای آنها آشکار می شود که افکار کارآمد و ناکارآمد و عواطف مثبت و منفی آنها را هدایت می کند. هنگامی که آزمودنی ها به این آگاهی می رسند که این خود آنها و تصورات آنها است که هیجان ها و عواطف مثبت و منفی را تا حدود زیادی زیر نفوذ دارد، بنابراین با عواطف رشد یافته می توانند مشکلات موجود در روابط بن فردی خود را شناسایی و اقدام به برطرف نمودن آنها کنند.

فرضیه فرعی ششم: آموزش سرمایه روانشناختی تاب آوری بر مشکلات بین فردی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان موثر است.

با توجه به جدول ۴-۴۴ نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری برای مشکلات بین فردی و ابعاد آن تفاوت معناداری دارد ($P < 0/05$). این نتیجه بیانگر این است که در آموزش سرمایه های روانشناختی تاب آوری در کاهش مشکلات بین فردی و ابعاد آن اثربخش است. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه ی فرعی ششم مبنی بر اثر بخشی آموزش سرمایه روانشناختی تاب آوری بر مشکلات بین فردی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان تایید گردد.

یافته های این پژوهش با یافته های احمدی و شریفی درآمدی (۱۳۹۳) مبنی بر اثربخشی آموزش تاب آوری بر نمره کل سلامت روان (و دو مولفه کارکرد اجتماعی و اضطراب-بیخوابی) افراد مبتلا به وابستگی مواد؛ غلامی (۱۳۹۳) درخصوص رابطه مثبت تاب آوری با روابط بین فردی سازگاران و توجه همدلانه؛ سیدری (۱۳۸۹) در زمینه اثربخشی آموزش کاهش کینه توزی بر افزایش روابط بین فردی؛ نیکلاس و رابرت (۲۰۱۴) با یافته هایی که بیانگر ارتباط تاب آوری با بهبود روابط بین فردی بود و آروالو (۲۰۰۸) که نشان دادند تاب آوری بالا منجر به سازگاری اجتماعی بالاتر می شود همسو می باشد.

فقدان پیوندهای اجتماعی از طریق تقویت حالات روانی منفی منجر به بروز بیماری های روانی در افراد و باعث کاهش بهزیستی روانشناختی می شود.. در واقع فقدان روابط با دوستان و خویشاوندان، نداشتن

ارتباط اجتماعی با دیگران، پیامدهای روانی متعددی برای افراد به ارمغان می‌آورد. به نظر برکمن (۱۹۹۵) محیط اجتماعی که فرد در آن قرار دارد و در درون آن به تعامل می‌پردازد، با وضعیت سلامتی و بهزیستی فرد رابطه تنگاتنگی دارد. افرادی که روابط گسترده‌ای با دیگران دارند، در مقایسه با افراد منزوی از بهزیستی روانشناختی بالاتری برخوردار می‌باشند (هاشمی نصرت آباد و همکاران، ۱۳۹۰).

با توجه به مطلب فوق، در تبیین این یافته می‌توان چنین استنباط نمود که از آنجایی که افراد معتاد نسبت به افراد عادی محرومیت‌های بیشتری را در برابر محیط زندگی تجربه می‌کنند، در بهرمندی از امکانات شغلی و اجتماعی فرصت کمتر و مهارت‌های ارتباطی ضعیفی دارند؛ از مشکلات ارتباطی و اجتماعی شدیدتری رنج می‌برند. در طول جلسات آموزشی، مراجعین مهارت‌هایی مانند همدلی، شکل‌دهی روابط مثبت، مشارکت در کار گروهی و ... را می‌آموزند. این مهارت‌ها این قابلیت را دارد که با افزایش آگاهی هیجانی، به معتادین تحت درمان کمک کند تا با درک احساسات و شرایط دیگران روابط بین فردی خود را که مهمترین آن روابط با همسالان، دوستان و خانواده است تغییر دهند. در واقع آموزش تاب‌آوری به افراد این توانایی را می‌دهد که هیجان‌ات منفی از قبیل غضب، کینه ورزی و تهاجم را کنترل نموده و با مدیریت روابط خود با دیگران سازگاری روانشناختی خود را بالا ببرند.

تاب‌آوری یکی از عوامل حفاظت‌کننده همراه با سایر عوامل محافظت‌کننده است که نقش مهمی در موفقیت معتادان تحت درمان و جان به در بردن از شرایط ناگوار دارد. به طوری که برخورداری از این خصوصیت باعث می‌شود افراد به رفتار سازگارانه در موقعیت حل مسئله دست پیدا کرده و رویارویی با مشکلات را برای آنها ساده‌تر سازد (جاهد مطلق و همکاران، ۱۳۹۴). در واقع برنامه‌های آموزشی به بیماران مبتلا به سوءمصرف مواد امکان می‌دهد تا تصمیمات متعهدانه‌ای اتخاذ کنند و رفتار اجتماعی پذیرفته شده‌ای در پیش بگیرند، و از بروز مشکلات بعدی که به موجب عدم کنترل این هیجان‌ات پیش می‌آید جلوگیری نمایند؛ که در نهایت سبب فراهم کردن فرصت‌ها و تجاربی برای افزایش تعاملات اجتماعی با سایرین (دوستان، خانواده و ...) خواهد شد (زرین کلک، ۱۳۸۹).

فرضیه فرعی هفتم: آموزش سرمایه روانشناختی امید نسبت به آموزش تاب‌آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان اثر بخشی متفاوت دارد.

با توجه به جدول ۴-۴۸ و معنادار بودن عامل در درون گروهی وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای گرایش به مواد در سطح $P < 0/01$ تایید گردید. اما با معنادار نبودن منبع گروه در بین گروه‌ها می‌توان گفت تفاوت معناداری بین گروه آزمایش تاب‌آوری با گروه آزمایش امید برای گرایش به مواد وجود ندارد ($P < 0/05$) و هر دو شیوه آموزشی به یک میزان بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد اثربخش بوده‌اند. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه ی فرعی هفتم مبنی بر

وجود تفاوت معنادار بین اثربخشی آموزش سرمایه روانشناختی امید نسبت به آموزش تاب آوری بر پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان تایید نگردید.

با توجه به این که پژوهشی مبنی بر مقایسه روش درمانی مبتنی بر افزایش امید و تاب آوری یافت نشد، لذا به پیشینه ای پرداخته می شود که حاکی از اثرگذاری این روش ها می باشد. یافته های حاصل از پژوهش حاضر با نتایج پژوهش های اکبرزاده، اکبرزاده و جوانمرد (۱۳۹۳) که نشان دادند با افزایش سرمایه روانشناختی و نیز با به کارگیری برنامه های مربوط به باورهای فراشناختی مختل می توان گرایش به مصرف مواد را در دانشجویان کاهش داد، رحیم زاده (۱۳۹۰) مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت های مثبت اندیشی (امید، خوشبینی و رضایتمندی) در پیشگیری از عود اعتیاد، رئیسیان خیرآبادی (۱۳۸۹) در خصوص اثربخشی آموزش امید درمانی بر پیش گیری از عود اعتیاد بیماران زن وابسته به مواد؛ مای و همکاران (۲۰۱۵) مبنی بر تاثیر امید و خودکفایی در میزان پرهیز یا بازگشت به مصرف افراد درحال؛ رحیمی و همکاران (۱۳۹۵) با هدف اثربخشی آموزش تاب آوری و مدیریت استرس بر کاهش استرس ادراک شده و تغییر نگرش به مصرف مواد در بین زندانیان مرد وابسته به مواد، اندامی خشک (۱۳۹۲) با عنوان نقش واسطه ای تاب آوری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی با رضایت از زندگی، کریمی (۱۳۸۹) در خصوص اثرگذاری آموزش تاب آوری بر افزایش میزان سرسختی و تاب آوری؛ نیکلاس و رابرت (۲۰۱۴) که نشان دادند بعضی از ویژگی های تاب آوری با تحمل پریشانی و استرس رابطه دارد، روز و همکاران (۲۰۱۲) در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر تاب آوری بر کاهش استرس و پریشانی و ماتسن (۱۹۹۰) در رابطه با تاثیر تاب بر سازگاری و انطباق در برابر شرایط استرس زا همسو می باشد.

در تبیین عدم تفاوت درمان تاب آوری و امید درمانی می توان اینگونه بیان نمود که امید نیرویی هیجانی است که تخیل را به سمت موارد مثبت هدایت می کند. امید، به انسان ها انرژی می دهد و آن ها را مجهز می کند تا برای کار و فعالیت آماده شوند. امید، به ما انعطاف پذیری نشاط و توانایی خلاصی از ضرباتی می دهد که زندگی به ما تحمیل می کند و باعث افزایش رضایت از زندگی می شود (پارکر و همکاران، ۲۰۰۳). بیلی و شنایدر (۲۰۰۷) معتقدند که امید یک حالت انگیزش مثبت با در نظر گرفتن اهداف روشن برای زندگی است. در امید، از یک سو انگیزه ی خواستن به اراده برای حرکت به سوی اهداف و از طرف دیگر، بررسی راه های مناسب برای حصول اهداف نهفته است. بنابراین، کارکرد امید در زندگی به عنوان یک مکانیزم حمایتی است و باعث رشد و پیشرفت کیفیت زندگی انسان می شود.

از طرف دیگر تاب آوری، به انطباق موفق می گفته می شود که در آوردگاه مصایب و استرس های توان کاه و ناتوان ساز، آشکار می شود. این تعریف از تاب آوری، بیانگر سازه ای است که مستلزم تعادل پیچیده بین عوامل خطر ساز و محافظت کننده است (برودریک و ساویر، ۲۰۰۳). تحقیقات، نشان می دهد که افراد

تاب آور دارای رفتارهای خودشکنانه نیستند، از نظر عاطفی آرام اند و توانایی مقابله با شرایط ناگوار و ناخوشایند را دارند (لتزینگ، بلوک و فوندر، ۲۰۰۵). ارک، سیمونز، استین، ویکل من و هیچکاک (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان دادند که افراد دارای تاب آوری بالا، در مواجهه با رویدادهای هیجانی با ماهیت خنثی و نامعلوم، بیشتر تمایل به نشان دادن هیجانات مثبت داشتند. به اعتقاد آنها این امر ممکن است به علت توانایی این افراد برای کنار آمدن موفقیت آمیز به هنگام روبرو شدن با موقعیت های دشوار، به خصوص موقعیت هایی با ماهیت بین فردی باشد. ریو (۲۰۰۵) نشان داد که تاب آوری، با هیجانات مثبت، همبستگی مثبت و با هیجانات منفی همانند خشم و غمگینی، همبستگی منفی دارد. همچنین پژوهش کار (۲۰۰۴) نشان داد که سطوح بالای تاب آوری به فرد کمک می کند تا از عواطف و هیجان های مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند. در واقع به نظر می رسد که امیدواری و تاب آوری به عنوان یکی از متغیرهای روان شناسی مثبت گرا، ارتباطی دوطرفه با یکدیگر داشته باشند. از اینرو افرادی که تحت مداخله امید درمانی قرار می گیرند توانایی تاب آوری در برابر مشکلات و شکل دهی هیجان های مثبت در برابر مسائل زندگی را دارند و افرادی که تحت مداخله مبتنی بر آموزش تاب آوری قرار می گیرند به پرورش هیجان های مثبت همچون امید می پردازند. لذا با توجه به مطالب مطرح شده طبیعی به نظر می رسد که درمان های مبتنی بر امید و تاب آوری عملکرد یکسانی در بازگشت مجدد افراد معتاد به سوء مصرف مجدد مواد داشته باشند.

فرضیه فرعی هشتم: آموزش سرمایه روانشناختی امید نسبت به آموزش تاب آوری بر تحمل پریشانی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان اثر بخشی متفاوت دارد.

با توجه به جدول ۴-۵۲ و معنادار بودن عامل ها در درون گروه ها وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای تحمل پریشانی و ابعاد آن را در سطح $P < 0.01$ تایید گردید. اما با معنادار نبودن منبع گروه در بین گروه ها در سطح $P > 0.05$ می توان گفت تفاوت معناداری بین گروه آزمایشی تاب آوری و گروه آزمایشی امید برای تحمل پریشانی و ابعاد آن وجود ندارد و میزان اثربخشی این دو شیوه آموزی بر تحمل پریشانی و ابعاد آن به یک اندازه بوده است. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه فرعی هشتم مبنی بر وجود تفاوت معنادار بین اثربخشی آموزش سرمایه روانشناختی امید نسبت به آموزش تاب آوری بر تحمل پریشانی معتادان بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان تایید نگردید.

با توجه به این که پژوهشی مبنی بر مقایسه روش درمانی مبتنی بر افزایش امید و تاب آوری یافت نشد، لذا به پیشینه ای پرداخته می شود که حاکی از اثرگذاری این روش ها می باشد. یافته های حاصل از

پژوهش حاضر با نتایج پژوهش های قبلی طلب و فولاد چنگ (۱۳۹۴) که بین تاب آوری و نشاط ذهنی با استعداد اعتیاد دانشجویان رابطه منفی نشان دادند، دوستیان (۱۳۹۲) در زمینه تاثیرگذاری مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر کاهش عود و افزایش خودکارآمدی در افراد وابسته به مواد افیونی، عباسی مقدم (۱۳۹۰) با هدف اثربخشی آموزش مبتنی بر تاب آوری در کاهش عود مجدد وابستگی به مواد در زنان استان قم، کیانی دولت آبادی (۱۳۸۹) مبنی بر مقایسه ی اثربخشی روان درمانی مثبت نگر و درمان مبتنی بر شناختی-رفتاری از طریق ارتقاء تاب آوری بر پیشگیری از عود افراد وابسته به مواد، زرین کلک (۱۳۸۸) در خصوص اثربخشی آموزش مؤلفه های تاب آوری بر کاهش سطح اعتیاد پذیری و تغییر نگرش دانش آموزان نسبت به مصرف مواد؛ آروالو و همکاران (۲۰۰۸) با یافته های مبنی بر اینکه کسانی که دارای توانایی حل مساله و تاب آوری بالاتری هستند دارای استعداد کمتری خواهند بود، فردریسکسون و همکاران (۲۰۰۳) که نشان دادند که تاب آوری با احساسات مثبت مرتبط بوده و به عنوان یک نقش محافظتی را درگرایش به مصرف مواد دارد، خوشخرام و گلزاری (۱۳۹۰) با پژوهشی در ارتباط با اثر بخشی امید درمانی و افزایش رضایتمندی و کاهش مشکلات بین فردی، مدنی (۱۳۸۹) با تحقیقی درخصوص تأثیر تکنیک تفکر مثبت بر ارزش های میان فردی و مشکلات بین شخصی و هولینگ ایورث و همکاران (۲۰۱۴) که نشان داد افرادی که از میزان امیدواری بالاتری برخوردار هستند، مشکلات بین فردی کمتری را تجربه کرده همسو و با یافته های (مدنی ۱۳۸۹) مبنی بر عدم تاثیر مداخلات روانی مبتنی بر مراحل تغییر بر پیشگیری از عود در مصرف کنندگان کراک غیر همسو می باشد.

تاب آوری یکی از مفاهیم و سازه های بهنجار مورد توجه در مطالعات روان شناسی مثبت نگر است و به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه های تلخ و ناگوار اطلاق می شود (هاشمی و جوکار، ۲۰۱۱). به عبارت دیگر، تاب آوری را به معنای مهارت ها و خصوصیات و توانمندی هایی تعریف می کنند که فرد را قادر می سازد با سختی ها، مشکلات و چالش ها سازگار شود. فرد تاب آور به طور عادی قادر به تفکر خلاقانه و منعطف درباره ی حل مسائل است. افراد تاب آور درجه هایی از سلامتی و استقلال را نشان می دهند. قادرند نظراتشان را به دیگران انتقال دهند. به توانایی های خود برای تغییر دادن محیط شان باور دارند (میکائیلی، مختاری و میثمی، ۲۰۱۲). از طرف دیگر، بنظر می رسد امید نقش بسزایی در ارزیابی مثبت از مسائل داشته باشد امید یک فرایند مشترک و اساسی در تغییر روان درمانی می باشد. امید فاکتوری تعدیل کننده بین فرد با خدای خود، خانواده، دوستان و دیگران است تا فرد بتواند در مقابل سد هولناک اضطراب درونی خود ایستادگی کند و از اثرات منفی و عواقب آن بکاهد یا مصون بماند. (کندی، ۲۰۱۰). لذا باتوجه به مطالب مطرح شده و با توجه به این که هر دو سازه از متغیر های سرمایه های روانشناختی می باشند؛ این

گونه بیان می شود که این دو متغیر در عمل و کارایی شباهت زیادی به یکدیگر داشته و اثراتی مشابه در فرد ایجاد می کنند که همین امر باعث عدم تفاوت در میزان تاثیر گذاری آنها می گردد.

در تبیینی دیگر می توان بیان نمود از آنجایی که عدم تحمل پریشانی، از سازه های معمول برای بی نظمی عاطفی است و از آنجایی که تحمل پریشانی، توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی می باشد؛ تحمل پریشانی یک متغیر تفاوت های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی مربوط می شود (اسلیریگ، آبرونسون و اسمیتز، ۲۰۰۷). لیکن درمان مبتنی بر امید با افزایش امیدواری فرد در غلبه بر این پریشانی ها و آموزش های تاب آوری با ایجاد تحمل در برابر ناراحتی های موجود، اثری مشابه در توانایی های فرد ایجاد کرده اند.

فرضیه فرعی نهم: آموزش سرمایه روانشناختی امید نسبت به آموزش تاب آوری بر مشکلات بین فردی معنادار بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان اثر بخشی متفاوت دارد.

با توجه به جدول ۴-۵۶ و معنادار بودن عامل ها در درون گروه ها وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای مشکلات بین فردی، صراحت، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری و حمایت گری را در سطح $P < 0/05$ تایید گردید. اما با معنادار نبودن منبع گروه در بین گروه ها در سطح $P > 0/05$ ، تفاوت معناداری بین گروه های آزمایشی تاب آوری و گروه آزمایشی امید برای مشکلات بین فردی و ابعاد صراحت، در نظر گرفتن دیگران، پرخاشگری و حمایت گری وجود ندارد و میزان اثربخشی هر دو شیوه ی آموزشی بر مشکلات بین فردی و ابعاد آن به یک اندازه می باشد. با توجه به نتایج به دست آمده فرضیه ی فرعی نهم مبنی بر وجود تفاوت معنادار بین آموزش سرمایه روانشناختی امید نسبت به آموزش تاب آوری بر مشکلات بین فردی معنادار بهبود یافته مراکز درمان و بازتوانی شهر اصفهان تایید نگردید.

با توجه به این که پژوهشی مبنی بر مقایسه روش درمانی مبتنی بر افزایش امید و تاب آوری یافت نشد، لذا به پیشینه ای پرداخته می شود که حاکی از اثرگذاری این روش ها می باشد. یافته های حاصل از پژوهش حاضر با نتایج پژوهش های منوچهری، گلزاری و کردمیرزا نیکوزاده (۱۳۹۳) با هدف اثربخشی آموزش امید درمانی در زنان دارای همسر معنادار؛ گلزاری (۱۳۹۳) مبنی بر رابطه بین امید با راهبردهای مقابله با استرس و کیفیت زندگی در معنادین؛ گنگرو (۲۰۱۶) در خصوص اثرات تعدیل کننده خوشبینی، امید و قدر دانی در رابطه با تحمل پریشانی و ضایت از زندگی در رویداد های استرس آور زندگی، احمدی و شریفی درآمدی (۱۳۹۳) که نشان دادند آموزش تاب آوری بر نمره کل سلامت روان (و دو مولفه کارکرد

اجتماعی و اضطراب-بیخوابی) افراد مبتلا به وابستگی مواد درکانون توسکا موثر است، غلامی (۱۳۹۳) در زمینه رابطه مثبت تاب آوری با روابط بین فردی سازگارانه و توجه همدلانه، سیدری (۱۳۸۹) در خصوص اثربخشی آموزش کاهش کینه توزی بر افزایش روابط بین، نیکلاس و رابرت (۲۰۱۴) مبنی بر تاثیر تاب آوری بر بهبود روابط بین فردی و آروالو (۲۰۰۸) که نشان دادند تاب آوری بالا منجر به سازگاری اجتماعی بالاتر می شود همسو و همراستا می باشد.

عدم تفاوت در تاثیر مداخله های تاب آوری و امید بر مشکلات بین فردی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد را می توان اینگونه تبیین کرد که با توجه به اینکه مشکلات بین فردی به فقدان تعاملات اجتماعی موفقیت آمیز و عدم جرأت ورزی و ابرازگری در افراد اطلاق می شود (انگلس و همکاران، ۲۰۰۵)، بنابراین سوء مصرف کنندگانی که دچار مشکلات بین فردی هستند کم جرأت بوده و از تماس ها و ارتباطات اجتماعی اجتناب می کنند و افراد دارای جرأت ورزی ضعیف به جهت احساس ناکارآمدی در تعامل های بین فردی و محدودیت برقراری ارتباط، از منابع حمایت اجتماعی مناسب بهره مند نیستند (لین و پلویهارت، ۲۰۰۴). لیکن در آموزش تاب آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت عاطفی و شناختی شکل می گیرد که این خود نقش مهمی در سازگاری و رضایت هر چه بیشتر از زندگی دارد (لوتار، سیسچیتی و بکر، ۲۰۰۰) عوامل تاب آور باعث می شوند که فرد در شرایط دشوار و با وجود عوامل خطر از ظرفیت های موجود خود در دستیابی به موفقیت و رشد زندگی استفاده کند و از این چالش ها و آزمون ها به عنوان فرصتی برای توانمند کردن خود بهره جوید و از آنها سربلند بیرون آید (زرین کلک، ۱۳۸۹). پژوهشگران بر این باورند که تاب آوری به عنوان یک احساس بنیادی از کنترل فرد، امکان ترسیم و دسترسی به فهرستی از راهبردهای از عهده برآیی را نیز خواهد داد که این به نوبه خود نقش مهمی در مواجهه با حوادث فشار زای زندگی به عنوان منبع مقاومت و سپر محافظ دارد (لازاروس، ۲۰۰۱).

ازطرف دیگر افرادی که تحت مداخله امید درمانی قرار می گیرند به جای تمرکز بر رویداد های ناگوار، از آن ها درس گرفته و در پیگیری اهداف آینده از آن استفاده می کنند. علت این امر را نیز میتوان چنین بیان نمود که چون امید درمانی بعنوان یک عامل مداخله ای موجب افزایش توان فرد در مقابله با موقعیت تنش زای بیماری میگردد، لذا این نوع از روش درمانی، سازگاری و در پی آن تاب آوری فرد را افزایش میدهد. لیکن تفاوتی در شیوه و میزان اثر گذاری دو روش امید درمانی و مداخله مبتنی بر افزایش تاب آوری وجود ندارد.

۵-۳ محدودیت های پژوهش

انجام هر پژوهشی قاعداً با محدودیت‌هایی در اجرای آن پژوهش مواجه است، پژوهش حاضر هم از این امر مستثنی نیست. به همین دلیل محدودیت‌های پژوهش حاضر را می‌توان در موارد زیر خلاصه کرد:

۱- از جمله محدودیت‌های این پژوهش تعداد جلسات کوتاه مدت برای روش‌های درمانی مبتنی بر امید و تاب‌آوری بوده است. با توجه به آنکه افراد مبتلابه سوء مصرف مواد هر روز با مشکلات روانی دست و پنجه نرم می‌کنند، بنابراین جلسات درمانی درمان مبتنی بر امید و تاب‌آوری در درازمدت برای آنان می‌تواند مفید و مؤثر واقع شود.

۲- محدودیت دیگر این پژوهش مدت زمان انجام پیگیری بوده که در این پژوهش بعد از یک ماه پیگیری به عمل آمده است.

۳- از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش عدم کنترل تأثیر انواع داروها در افراد مبتلابه سوء مصرف مواد بوده است. با توجه به اینکه این افراد در مراکز درمانی و زیر نظر پزشک و روان‌پزشک بوده‌اند و ممکن است از داروهای زیادی استفاده کنند، بنابراین این داروها می‌توانند بر نتایج پژوهش تأثیر داشته باشند.

۴- محدودیت دیگر پژوهش محدود شدن نمونه به افراد مبتلابه سوء مصرف مواد مخدر بوده و از ورود افراد مبتلابه دیگر مواد اعتیادآور (همانند شیشه) در پژوهش حاضر جلوگیری به عمل آمده لذا نتایج قابل تعمیم به سایر گروه‌های معتادان نیست.

۵-۴ پیشنهاد های پژوهش

۵-۴-۱ پیشنهادات پژوهشی

۱- پیشنهاد می‌شود که در انجام پژوهش‌های آتی این روش‌های درمان با تعداد جلسات بیشتر و مقایسه با درمان‌های دیگر روانشناختی انجام گردد.

۲- پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی مدت زمان پیگیری بیشتر از یک ماه و در چند نوبت در نظر گرفته شود تا بتوان به نتایج مطمئن‌تری در مورد اثربخشی درمان‌های مبتنی بر امید و تاب‌آوری در دوره‌ی پیگیری دست یافت.

۳- پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی جهت رسیدن به یافته‌های دقیق‌تر داروهای مورد استفاده افراد مبتلابه سوء مصرف مواد در گروه‌های آموزش کنترل شود.

- ۴- پیشنهاد می‌شود که در انجام پژوهش‌ها، به کاربرد این روش درمانی در کاهش مشکلات افراد مبتلا به سوء مصرف مواد صنعتی (همانند شیشه) نیز توجه شود.
- ۵- پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده میزان تاثیر گذاري این درمان‌ها با توجه به جنسیت معتادان مورد بررسی قرار گیرد.
- ۶- پیشنهاد می‌گردد روش‌های درمانی حاضر با سایر درمان‌های موج سوم روانشناختی مورد مقایسه قرار گیرد.
- ۷- پیشنهاد می‌گردد اثربخشی درمان‌های حاضر بر پیشگیری از اعتیاد گروه‌های در معرض خطر مورد بررسی قرار گیرد.

۵-۴-۲ پیشنهاد های کاربردی

- ۱- با توجه به نتایج حاصل از تحلیل یافته‌های حاصل از جداول ۴-۱۴، ۴-۱۹، ۴-۲۹، ۴-۳۹، ۴-۴۸، ۴-۴۹ و ۴-۵۶ پیشنهاد می‌شود آموزش‌های درمانی مبتنی بر امید به عنوان یک روش درمانی مفید:
- الف: جهت کاهش گرایش به مصرف مجدد مواد به کار رود چرا که کاهش گرایش افراد در حال ترک می‌تواند بر جلوگیری از بازگشت مجدد آنها موثر واقع شود.
- ب: جهت افزایش تحمل پریشانی افراد در حال ترک استفاده گردد، چراکه نتایج پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر امید می‌تواند تحمل افراد نسبت به پریشانی را افزایش داده و در نتیجه باعث کاهش رفتارهای گرایش به مواد بخاطر تسکین پریشانی در معتادان گردد.
- ج: جهت کاهش مشکلات بین فردی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد به کار رود و با توجه به حمایت‌های اجتماعی که پدید می‌آورد میزان رفتارهای پرخطر افراد در حال ترک و لغزش‌های آنها را کنترل کند.
- ۲- با توجه به نتایج حاصل از تحلیل یافته‌های حاصل از جداول ۴-۱۴، ۴-۲۴، ۴-۳۴، ۴-۴۴، ۴-۴۸، ۴-۴۹ و ۴-۵۶ پیشنهاد می‌شود آموزش‌های درمانی مبتنی بر تاب‌آوری به عنوان یک روش درمانی مفید:
- الف: جهت کاهش گرایش به مصرف مجدد مواد به کار رود چرا که تاثیر تاب‌آوری در کاهش گرایش افراد در حال ترک می‌تواند بر جلوگیری از بازگشت مجدد آنها موثر واقع شود.
- ب: جهت افزایش تحمل پریشانی افراد در حال ترک استفاده گردد، چراکه نتایج پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر افزایش تاب‌آوری می‌تواند تحمل افراد نسبت به پریشانی را افزایش داده و در نتیجه باعث کاهش رفتارهای گرایش به مواد بخاطر تسکین پریشانی در معتادان گردد.
- ج: جهت کاهش مشکلات بین فردی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد به کار رود و با توجه به حمایت‌های اجتماعی که پدید می‌آورد میزان رفتارهای پرخطر افراد در حال ترک و لغزش‌های آنها را کنترل کند.

۳- درمان مبتنی بر امید و تاب آوری به مشاوران و درمانگران مرتبط با درمان سوء مصرف مواد آموزش داده شود تا بتوانند از این طریق، گامی مؤثر در ارتقای سلامت این افراد بردارند و به صورت طولانی مدت از این روش‌های درمانی استفاده نمایند.

۴- پیشنهاد می‌شود سازکارهای مرتبط با افزایش امید و تاب آوری بر روی نوجوانان، در مدارس اجرا گردد تا با افزایش تحمل افراد در برابر پریشانی موجب پیشگیری از گرایش این افراد به سوء مصرف مواد گردد.

منابع

- ابراهیمی، ن. صباغیان، ز. ابوالقاسمی، م. (۱۳۸۸). بررسی رابطه امید با موفقیت تحصیلی دانشجویان. فصلنامه پژوهش و برنامه ریزی در آموزش عالی، شماره ۱۳۹۰، ۶۰، صص. ۱۶-۱.
- ابولقاسمی، عباس؛ کیامرثی، آذر و مومنی، سویل (۱۳۹۲). مقایسه سرشت و منش در افراد معتاد به موادمخدر و غیرمعتاد. اعتیاد پژوهی. ۷ (۲۷): ۱۲۵-۱۳۶.
- اتکینسون، ریتال، اتکینسون، ریچاردسی، اسمیت، ادواردای، بم، داریل ج و هوکسما، سوزان نولن. (۱۳۷۸). زمینه روانشناسی هیلگارد. ترجمه محمدنقی براهنی و همکاران. جلد اول. تهران: انتشارات رشد.
- اتکینسون، ریتا، اتکینسون، ریچارد، اسمیت، ادوارد، بم، داریل و نولن - هوکسما، سوزان (۲۰۰۶). زمینه روان شناسی هیلگارد. ترجمه محمد نقی براهنی، بهروز بیرشک، مهرداد بیک، رضا زمانی، سعید شاملو، مهرناز شهرآرای، یوسف کریمی، نیرسان گاهان، مهدی محی الدین و کیانوش هاشمیان (۱۳۸۹). تهران: انتشارات رشد.
- احمدوند، محمد علی (۱۳۸۸). بهداشت روانی. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور
- احمدی، احمد (۱۳۸۹). روانشناسی نوجوانان و جوانان. اصفهان: انتشارات مشعل.
- اله وردی پور، حمید؛ علیرضا، حیدرنیا؛ انوشیروان، کاظم نژاد؛ فروغ، شفیع، پرویز، آزاد - فلاح؛ الهه، میرزایی (۱۳۸۴). بررسی وضعیت سوءمصرف مواد مخدر در دانش آموزان و تلفیق عامل خود کنترلی در مدل **EPPM**. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی شهید صدوقی یزد، شماره ۱: صص ۲۱-۳۱.
- اعتصامی پور راضیه، امیرپور برزو (۱۳۹۳). مقایسه وضعیت افسردگی و تاب آوری در بیماران قلبی با افراد عادی. مجله علوم پزشکی رازی. ۲۱ (۱۲۶): ۸۲-۷۳.
- افروز، غلامعلی (۱۳۸۶). روانشناسی رابطه ها. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- اقدسی، علی نقی. گل محمدنژاد، غلامرضا. برمکی، محمد (۱۳۹۰). بررسی رابطه سبک های هویت با ارتباط همسالان در بین همسالان دبیرستان های شهرستان میاندوآب. مجله آموزش و ارزشیابی (علوم تربیتی): دوره ۴، شماره ۱۵؛ صص ۴۷-۵۸.
- اکبرزاده، داود. اکبرزاده، حسن. جوانمرد، غلام حسین؛ (۱۳۹۳). مقایسه سرمایه روانشناختی و باورهای فراشناختی بین دانشجویان مصرف کننده مواد و دانشجویان عادی. مجله اعتیاد پژوهشی، شماره ۳۱، صص ۹-۲۴.
- اندامی خشک، علیرضا (۱۳۹۲). نقش واسطه ای تاب آوری در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان و تحمل پریشانی با رضایت از زندگی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی.
- آقایی س ص، کمالی ا، دهقانی فیروزآبادی س، اصفهانی م. ۱۳۹۳. فراتحلیل مقایسه عوامل فردی و محیطی موثر بر بازگشت مجدد به اعتیاد بعد از ترک مواد مخدر (ایران: ۱۳۸۳ - ۱۳۹۱). ۸ (۳۰): ۳۵-۵۳.
- آذربایجانی، مسعود ، سالاری فر، محمد رضا ،عباسی، اکبر، کاویانی، محمد و موسوی اصل، سید مهدی (۱۳۷۸)، روانشناسی اجتماعی با نگرش به منابع اسلامی ،تهران، سمت.

آهنی ع، سامانیان م، اسفندیاری ا ق، یزدان پناه م ر. ۱۳۸۸. شناخت مواد مخدر و عوارض اعتیاد. تهران. نشر سالوک.

باچر، جیمز؛ مینکا، سوزان؛ و هولی، جیل (۲۰۰۷). آسیب شناسی روانی (جلد دوم). ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ارسباران

بزمی، نعیمه، ۱۳۹۱، روان شناسی وابستگی به مواد (سبب شناسی، تشخیص و درمان اعتیاد)، تهران، انتشارات ارجمند بشارت م ع. ۱۳۸۶. ویژگی های روان سنجی فرم فارسی مقیاس تاب آوری. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران. بشارت، محمد علی (۱۳۸۸). ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی. نشریه مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی، سال ۱۰، شماره ۱. ص ۱۲۹-۱۴۵.

بشارت، محمد علی؛ گرانمایه پور، شیوا؛ پورنقدعلی، علی؛ افقی، زهرا؛ حبیب نژاد، محمد و آقایی ثابت، سارا (۱۳۹۳). رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی: نقش تعدیل کننده سبک های دلبستگی. روانشناسی معاصر، ۱(۱): ۱۶-۳.

بولتون، رابرت (۱۳۸۶). روانشناسی روابط انسانی، ترجمه حمیدرضا سهرابی. تهران: انتشارات رشد. پروین، لارنس، ا؛ جان، الیور، بی (۱۳۸۱). روانشناسی شخصیت نظریه و پژوهش. ترجمه: محمدجعفر جوادی و پروین کدیور، تهران: نشر آیش.

پناهی، احسان. فاتحی زاده، مریم السادات (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین مؤلفه های سرمایه روان شناختی و کیفیت زندگی زنانشویی در بین زوجین شهر اصفهان. فصلنامه زن و جامعه، سال ششم - شماره ۳ ص ۴۱ - ۵۸. پورشهبازی، ع؛ شاملو، س؛ جزایری، ع ر؛ قاضی طباطبایی، م. (۱۳۸۴). روابط ساختاری عوامل روان شناختی خطرزا و محافظت کننده مصرف مواد مخدر در نوجوانان. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۵ (۱۹): ۳۱-۵۴.

پوزاد، اکرم (۱۳۹۱). اثر بخشی درمان غنی سازی رباط بر کاهش مشکلات بین فردی نوجوانان دختر منطقه ۲ شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی. پیرنیا، بیژن (۱۳۹۳). اثر بخشی بهزیستی درمانی بر شادکامی، خوشبینی، امید، سلامت روان، آسیب و بهزیستی روان شناختی در مردان مصرف کننده مت آمفتامین. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان .

جمعی باباجان، مهرداد (۱۳۹۴). بررسی رابطه ی علی استعداد اعتیاد از طریق طرحواره های ناسازگار اولیه، سرمایه روان شناختی و نیاز های اساسی روان شناختی با میانجیگری الگوهای ارتباطی خانواده در دانش آموزان کرمانشاه. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه رازی.

جوزدانی طبایی، بهناز (۱۳۸۸). تاثیر آموزش مهارتهای زندگی بر میزان استرس و کیفیت زندگی مادران کودکان ناشنوای مقطع دبستان شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد واحد خوراسگان.

چوخاچی زاده مقدم، ن. (۱۳۸۹). بررسی اثر بخشی امید درمانی در کاهش افسردگی و افزایش خودکارآمدی زنان مطلقه جوان زیر ۳۵ سال شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

حاجلو، نادر. جعفری، عیسی (۱۳۹۳). رابطه بین بهزیستی معنوی و امید با رضایت از زندگی در سالمندان. مجله روانشناسی و دین (حوزه علمیه)، شماره ۲۸، ص ۷۹ تا ۹۰.

حامدی فرد، منیره (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت های حل مسئله اجتماعی بر مهارت های اجتماعی و مشکلات بین فردی در دانش آموزان دختر دبیرستانی تیز هوش. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان.

حداد رحمانی، مجید (۱۳۹۰). مقایسه میزان سازگاری اجتماعی، امید و رضایت از زندگی در اعضای گروه های گمنام و مراجعان به کلینیک های ترک اعتیاد شهر مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.

حسینی، جعفر. طاهری، مهدی (۱۳۹۳). بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی نسخه ی فارسی فرم کوتاه سیاهه ی مشکلات بین فردی. مجله روانشناسی، سال هجدهم - شماره ۷۱ علمی-پژوهشی. ص ۳۰۸ - ۳۲۶.

حسین خان زاده ع، طاهر م، سیدنوری س ز، یحیی زاده آ، عیسی پور م. ۱۳۹۲. رابطه شیوه تعامل والد فرزند با میزان اعتیاد پذیری و گرایش به جنس مخالف در دانشجویان. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۷(۲۸): ۵۹-۷۴.

حلاج زاده ه، مارتین ز. ۱۳۹۰. بررسی تأثیر وضعیت اقتصادی_اجتماعی خانواده بر اعتیاد جوانان ۱۸-۲۵ سال شهرستان دزفول. ژوهش نامه علوم اجتماعی، بهار ۹۰. (۱): ۲۰-۷.

حمدی؛ رضا؛ شریفی درآمدی، پرویز (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی آموزش تاب آوری بر سلامت روان افراد مبتلا به وابستگی مواد در کانون توسکای شهر تهران. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، دوره ۵، شماره ۱۶: ص ۱-۱۷.

خاکشور، حسین (۱۳۹۲). تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر تغییر منبع کنترل و پیشگیری از بازگشت مجدد اعتیاد معتادان بهبود یافته نوجوان شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، دانشگاه آزاد بیرجند

خدایی، علی؛ عبدلهی، محمد حسین؛ گراهانی، محمد نقی و رضانی ولی اله (۱۳۹۰). پنج عامل شخصیت و هوش هیجانی در مردان معتاد و غیرمعتاد. مجله روانشناسی. ۵۷ (۱۵): ۴۰-۵۷.

دلاور، علی. روش های تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: نشر ویرایش، ۱۳۷۸.

دوستیان، یونس (۱۳۸۹). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر کاهش عود و افزایش خودکارآمدی در افراد وابسته به مواد افیونی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی.

دیکسون، دیوید. هارجی، اوون. ساندرز، کریستین (۱۳۹۰). مهارتهای اجتماعی در ارتباطات میان فردی. ترجمه مهرداد فیروزبخت. تهران: انتشارات رشد.

راتوس، اسپنسر (۱۹۹۵). روان شناسی عمومی (جلد دوم). ترجمه حمزه گنجی (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ویرایش رادفر، سید رامین (۱۳۸۴). راهنمای کاربردی برای پیشگیری از عود اعتیاد. اصفهان: انتشارات کنکاش.

رحمتی، عباس (۱۳۸۷). آموزش مهارت‌های مقابله ای در تغییر نگرش نسبت به سوء مصرف موادمردانش آموزان کرمان. پایان نامه دکتری. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. دانشگاه علامه طباطبایی

رحیم‌زاده، ناهید (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی مبتنی بر مراحل تغییر در پیشگیری از عود اعتیاد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه سمنان.

رحیمی موقر، آفرین (۱۳۸۴). شیوع و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد در زنان ایران. فصلنامه رفاه اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی: گروه پژوهشی رفاه اجتماعی.

رحیمی، کاوه؛ حسین ثابت، فریده؛ سهرابی، فرامرز (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تاب آوری و مدیریت استرس (SMART) بر کاهش استرس ادراک شده و تغییر نگرش به مصرف مواد در بین زندانیان مرد وابسته به مواد. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، دوره ۷، شماره ۲۲: ۱-۱۹.

رستمی، رضا؛ نصرت آبادی، مسعود؛ محمدی، فاطمه (۱۳۸۷). بررسی مقدماتی دقت تشخیصی مقیاس های **APS**، **AAS**. مجله پژوهش های روانشناختی، دوره سوم: ص ۳۳-۴۱.

رضایی س، جهانگیرپور م، موسوی س و ا، موسوی س ح ا. ۱۳۹۳. نقش میانجی ویژگی شخصیتی وظیفه شناسی در رابطه بین گرایش به اعتیاد و عملکرد تحصیلی. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد. سال هشتم، شماره، سی ام. تابستان ۱۳۹۳.

رضایی نژاد، سالار (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی (مهارت‌های مقابله با استرس، ابراز وجود) بر پیشگیری از عود بیماران مرد مبتلا به اعتیاد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی.

رضایی، فاطمه، نشاط دوست حمید، مولوی، حسین و امرا، بابک، ۱۳۸۸، اثر بخشی مداخلات شناختی-رفتاری، مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به آسم، مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۶(۱) ۹-۱۶.

رفیع پور، محمد حسین (۱۳۹۰). اعتیاد و جوانان. تهران: نشر رستم و سهراب.

ریو، جان مارشال (۱۳۹۴). انگیزش و هیجان. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: انتشارات ویرایش.

رئیس‌یان خیرآبادی، اکرم سادات (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش امید درمانی بر کاهش افسردگی و پیشگیری از عود زنان درمانجوی وابسته به مواد مخدر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی.

رئیس‌یان، اکرم سادات. گلزاری، محمود. برجعلی، احمد (۱۳۹۰). اثر بخشی امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمان جوی وابسته به مواد مخدر. نشریه اعتیاد پژوهی، دوره ۵، شماره ۱۷، صفحه ۲۱ تا ۴۰.

زارع، حسین؛ محبوبی، طاهر؛ سلیمی، حسین (۱۳۹۴). "تأثیر آموزش شناختی ارتقای امید بر کاهش اهمال‌کاری و خودناتوان‌سازی تحصیلی دانشجویان دانشگاه پیام‌نور بوکان". نشریه علمی- پژوهشی آموزش و ارزشیابی، ۱۳۹۴، سال هشتم، شماره ۳۲.

زاهد، عادل؛ قلیلو، کلثوم؛ ابوالقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد (۱۳۸۹). ارتباط بین راهبردهای تنظیم هیجان و رفتار بین فردی در سوء مصرف کنندگان مواد، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد. ۳ (۱۱): ۹۹-۱۱۳.

زرین کلک، حمید رضا (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مؤلفه های تاب آوری بر کاهش سطح اعتیاد پذیری و تغییر نگرش دانش آموزان نسبت به مصرف مواد. مجله اعتیاد پژوهی، سال سوم- شماره ۱۱، ص ۱۱۵ تا ۱۳۸.

زکریایی م.ع. (۱۳۸۸). تصاویر مرجع مواد اعتیاد آور، تهران: جامعه و فرهنگ.

زهراکار، کیانوش (۱۳۸۷). مشاوره استرس (پیشایندها، پیامدها و راهبردهای درمانی استرس). تهران: نشر دانشگاهی بال.

زهراکار، کیانوش؛ جعفری، فروغ (۱۳۹۰). مشاوره خانواده. چاپ دوم. تهران: نشر ارسباران

زینالی ع، وحدت ر، عیسوی م. ۱۳۸۷. زمینه های مستعد کننده پیش اعتیادی معتادان بهبود یافته. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴ (۱): ۷۱-۷۹.

زینالی، علی (۱۳۹۱). گسترش و رواسازی پرسشنامه استعداد اعتیاد- ویراست دانشجویان. مجله یافته های نو در روان شناسی، سال هشتم، شماره ۲۵: ص ۸۸-۹۵.

ساجدی، س. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر روابط بین فردی، ابراز وجود و حرمت خود دختران نابینای مجتمع فاطمه‌الزهرا (س). پایان‌نامه کارشناسی ارشد. اصفهان: دانشگاه آزاد واحد خوراسگان.

سادوک ب، ساوک ج، آلکوت و. ۲۰۰۷. خلاصه روان پزشکی علوم رفتاری و روان پزشکی بالینی (ویراست دهم). ترجمه فرزین رضایی (۱۳۸۹)، تهران: انتشارات ارجمند.

سادوک، ب، سادوک، و. (۱۳۹۱). ترجمه فرزین رضایی؛ خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی. تهران: انتشارات ارجمند.

سهرابی، فرامرز؛ هادیان، مینا؛ دائمی، حمیدرضا و اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۸۷) اثربخشی برنامه ی آموزشی (ساخت رفتارهای سالم) در نگرش دانشجویان نسبت به سوء مصرف مواد. مجله علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله. دوره ۲. شماره ۳. ۲۰۹.

سیبدری، سمیه (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش تاب آوری بر کاهش رفتار پرخطر پرخاشگرانه دختران دبیرستانی مقطع اول متوسطه منطقه ۱۳ آموزش و پرورش شهر تهران سال تحصیلی ۸۸-۸۹. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی.

شاکرمی، محمد. داورنیا، رضا. زهراکار، کیانوش. حسینی، امین (۱۳۹۳). نقش پیش بین سرمایه روانشناختی، سخت رویی روانشناختی و هوش معنوی در بهزیستی روانشناختی دانشجویان. مجله پژوهش و سلامت، سال چهارم، شماره ۴.

شعبانی، امامعلی و مرادی، رقیه (۱۳۹۴). اعتیاد و مصرف مواد مخدر در قرون میانه تاریخ ایران. تحقیقات تاریخ اجتماعی، ۵(۱۰): ۱۰۳-۱۲۴.

شکیبا، شیما. محمدخانی، پروانه. پورشهباز، عباس. مشتاق بیدختی، نهاله (۱۳۸۹). اثربخشی روان درمانی کوتاه مدت روابط موضوعی بر کاهش شدت افسردگی و مشکلات بین فردی زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با همبودی اختلال های شخصیت خوشه C. نشریه روانشناسی بالینی، شماره ۸ علمی-پژوهشی (۱۲ صفحه - از ۲۹ تا ۴۰). صدیق سروستانی، رحمت الله (۱۳۸۶). آسیب اجتماعی. تهران: انتشارات سمت.

صرامی، حمید (۱۳۸۲). گزارش عملکرد اداره کل فرهنگی - پیشگیری، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر و دستگاههای فرهنگی، روابط عمومی دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر.

طارمیان، فرهاد (۱۳۷۸). سوء مصرف مواد در نوجوانان و جوانان. تهران: انتشارات تربیت.

عاشوری، احمد؛ ملازاده، جواد و محمدی، نورالله (۱۳۸۷). اثر بخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری در بهبود مهارت های مقابله ای و پیش گیری از عود در افراد معتاد. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۳(۵۴): ۲۸۱-۲۸۸.

عباسی مقدم، زهرا (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مبتنی بر تاب آوری در کاهش عود مجدد وابستگی به مواد در زنان استان قم. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی.

عرفانی، نصراله؛ زارع بهرام آبادی، مهدی؛ مشایخی پور، مصطفی. (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن بر مؤلفه های سلامت عمومی معتادین مراکز ترک اعتیاد. فصلنامه روانشناسی بالینی، سال پنجم، شماره ۱۸: ص ۲۵-۳۴.

عزیزی، علیرضا؛ میرزایی، آزاده؛ شمس، جمال (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. نشریه حکیم، دوره ۱۳، شماره ۱: ص ۱۱-۱۸.

عسگری، امین (۱۳۸۸). بررسی نقش گزارای روانی بر تغییر نگرش دانش آموزان شهر خرم آباد. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اصفهان.

علاءالدینی، ز. کجیاف. م. ب. مولوی، ح. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی امید درمانی گروهی بر میزان امید و سلامت روانی. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، دوره اول، شماره چهارم.

عمید، حسن. (۱۳۸۷). فرهنگ عمید شامل: واژه های فارسی و لغات عربی و اروپایی مصطلح در زبان فارسی و اصطلاحات علمی و ادبی. تهران: انتشارات امیرکبیر.

غلامی، فائزه (۱۳۹۳). نقش تاب آوری و سرشت و منش در پیش بینی شاخص واکنش پذیری بین فردی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی.

فرجاد، م. ح. (۱۳۷۰). آسیب شناسی اجتماعی و جامعه شناسی انحرافات، چاپ اول، تهران: دفتر تحقیقات و انتشارات بدر.

فرگاس، جوزف (۱۳۹۴). روانشناسی تعامل اجتماعی: رفتار میان فرد. ترجمه خشیار بیگی و مهرداد فیروزبخت. تهران: نشر ابجد.

فروزنده، ن. دل آرام، م. (۱۳۸۲). بررسی تاثیر درمان رفتاری شناختی بر روشهای مقابله ای دانشجویان غیرپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، سال پنجم شماره ۳، ص ۲۶-۳۴. فیجانی پ. ۱۳۹۱. اثر بخشی رواندرمانی (CBT رفتاری - شناختی) در کاهش برخی نشانه های اختلالات روانی سوء مصرف کنندگان موادمحرک. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اراک.

قاسمی، افشان؛ عابدی، احمد و باغبان، ایران (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر نظریه اسنایدر بر میزان شادکامی سالمندان. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۴۱: ۱۷-۴۰.

قنبری، محمد؛ فولاد چنگ، محبوبه (۱۳۹۴). رابطه بین تاب آوری و نشاط ذهنی با استعداد اعتیاد دانشجویان. فصلنامه اعتیاد پژوهی، سال نهم، شماره ۳۴: ص ۹-۲۲.

کاپلان، هارلود. سادوک، بنیامین. (۱۳۹۳). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری و روان پزشکی بالینی (جلد اول) مترجم: مهدی گنجی، تهران، انتشارات ساوالان

کردمیرزا، عزت الله. (۱۳۸۸). الگوی ابیژیستی/روانی/معنوی در افراد وابسته به مواد و تدوین برنامه مداخله برای ارتقاء تاب آوری مبتنی بر روایت شناسی شناختی و روانشناسی مثبت نگر. پایان نامه دکتری. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. دانشگاه علامه طباطبایی

کرمانی، زهرا. خداپناهی، محمد کریم. حیدری، محمود (۱۳۹۰). ویژگی های روانسنجی مقیاس امید اسنایدر. فصلنامه روان شناسی کاربردی، سال ۵، شماره ۳، از صفحه ۷-۲۳.

کریمی، پروانه (۱۳۸۹). اثربخشی "آموزش تاب آوری" بر سرسختی روانشناختی و تاب آوری افراد بعد از ترک اعتیاد. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

کلیشادی، فاطمه و یزدخواستی، فریبا (۱۳۹۵). تأثیر ادراک طرد - پذیرش و کنترل والدین بر هوش اخلاقی و تحمل پریشانی. فصلنامه علمی پژوهشی راهبرد فرهنگ. ۹(۳۳): ۱۵۵-۱۶۹.

کوچکی، غلامحسین (۱۳۹۰). بررسی عوامل اعتیاد در مراجعان مرکز معتادان خود معرف مراغه. مجله پیک نور، ۱ (۴).

کیانی دولت آبادی، رسول (۱۳۸۹). مقایسه ی اثربخشی روان درمانی مثبت نگر و درمان مبتنی بر شناختی-رفتاری از طریق ارتقاء تاب آوری بر پیشگیری از عود افراد وابسته به مواد. پایان نامه دکترا، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی.

گلزاری، مهناز (۱۳۹۳). رابطه بین امید با راهبردهای مقابله با استرس و کیفیت زندگی در معتادین شهرستان زاهدان. پایان نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

لادانی، فاطمه (۱۳۸۹). تاثیر خودکار آمدی بر موفقیت افراد در زندگی. مجله رشد مشاور مدرسه، شماره ۲۲ (۴) صفحه - از ۴ تا ۷).

مجله، مهسا (۱۳۹۱). رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با مشکلات بین فردی در زنان دانشجوی مجرد و متأهل بین ۳۰ تا ۴۰ سال شهر رشت. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان.

محققان، زهرا و پرچم، اعظم (۱۳۹۰) بررسی تطبیقی راهکارهای ایجاد و افزایش امید از دیدگاه روانشناسی مثبت نگر و قرآن کریم. نشریه معرفت، شماره ۱۶۴، صفحات ۹۹-۱۱۰

مدنی، پگاه (۱۳۸۹). بررسی تاثیر مداخلات روانی مبتنی بر مراحل تغییر بر پیشگیری از عود در مصرف‌کنندگان کراک. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهرا (س).

مدنی، شبنم (۱۳۸۹). بررسی تأثیر تکنیک تفکر مثبت بر ارزشهای میان فردی و مشکلات بین شخصی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه پیام نور تهران.

مک لم، گایل (۱۳۹۰). تنظیم هیجان کودکان، ترجمه احمد رضا کیانی، فاطمه بهرامی، تهران: کتاب ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷)

مکری، آذرخش (۱۳۷۸). بحثی پیرامون رویکردهای مناسب درمانی در سوءمصرف موادمخدر. تازه های علوم شناختی، سال اول، ویژه نامه، ص ۱۱-۲۱.

مکری آ، نوروزی ع (۱۳۹۲). راهنمای درمان نگهدارنده با متادون در وابستگان به مواد افیونی. انتشارات ایرسا، ۱۳۹۲

مکری آ، نوروزی ع (۱۳۹۲). راهنمای درمان نگهدارنده با متادون در وابستگان به مواد افیونی. انتشارات ایرسا، ۱۳۹۲

منوچهری، محدثه. گلزاری، محمود. کردمیرزا نیکوزاده، عزت اله (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی در زنان دارای همسر معتاد. فصلنامه روش ها و مدل های روان شناختی، سال پنجم، شماره ۱۸.

مهریار، امیرهوشنگ؛ جزایری، مجتبی (۱۳۹۰). اعتیاد: پیشگیری و درمان. تهران: نشر پیکان.

موحدی، یزدان. باباپورخیرالدین. جلیل. موحدی، معصومه (۱۳۹۳). اثر بخشی آموزش گروهی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش امید و بهزیستی روان شناختی دانش آموزان. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی مدرسه، دوره ۳، شماره ۱، ص ۱۱۶-۱۳۰.

می بتی، اکرم (۱۳۹۳). تبیین جنبه‌های آموزشی و تربیتی امید و نقش آن در سلامت روان انسان از دیدگاه اسلام. پایان نامه کارشناسی ارشد، پژوهشکده علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.

نادری ش، بینا زاده م، صفاتیان س، پیوندی ع ا. ۱۳۸۷. درسنامه جامع درمان اعتیاد (وابستگی به انواع مواد و درمان های دارویی و غیردارویی آنها). تهران، سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران.

نامداری، کورش؛ مولوی، حسین؛ ملک پور، مختار و کلانتری، مهرداد (۱۳۹۰). تأثیر آموزش ارتقاء امید بر توانمندی های رفتاری مراجعین مبتلا به افسرده خوئی. مجله ی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۱۳ (۲) ۵۲-۶۰.

نصیری، حبیب اله. جوکار، بهرام (۱۳۸۷). معناداری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان (گروهی از زنان شاغل فرهنگی). نشریه زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، دوره ۶، شماره ۲، از صفحه ۱۵۷ تا ۱۷۶.

نوابخش، مهرداد (۱۳۸۷). مبانی نظری جامعه شناسی. تهران: انتشارات پردیس دانش.

نوحی، سیما. ماهیار، آذر (۱۳۹۴). دایره‌المعارف اعتیاد و مواد مخدر. تهران: نشر ارجمند، چاپ سوم.

نورانی پور، رحمت اله. (۱۳۸۳). بررسی علل اعتیاد به مواد تغییر دهنده خلق و رفتار و روش های مؤثر و کارآمد مشاوره اعتیاد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، سال دوم، شماره ۶: ص ۱۳-۵۴.

هاتفی، مهدی (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان روان پویشی کوتاه مدت بر کاهش مشکلات بین فردی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد.

هاشمی نصرت آباد، تورج. باباپورخیرالدین، جلیل. بهادری خسروشاهی، جعفر (۱۳۹۰). نقش سرمایه روان شناختی در بهزیستی روانی با توجه به اثرات تعدیلی سرمایه اجتماعی نشریه پژوهش های روان شناسی اجتماعی، دوره ۱، شماره ۴، ص ۱۲۳-۱۴۴.

هاشمی، ز. (۱۳۸۵). رابطه جهت گیریهای مذهبی با ابعاد هویت و سبکهای هویت در بین دانشجویان دختر پسر دانشگاه شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز.

هالچین ر پ، ویتبورن س ک. ۱۳۸۹. آسیب شناسی روانی (ترجمه یحیی سید محمدی). تهران: نشر روان.

هدایتی، ناجی. (۱۳۸۵). اثربخشی مشاوره گروهی به روش معنادرمانی فرانکل بر کاهش ناامیدی در نوجوانان سنین ۱۳ تا ۱۸ ساله هنرستان آزادگان سقز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

یوسفی افراکتی، ر. (۱۳۸۳). نقش خانواده در پیشگیری از مصرف مواد مخدر. همایش منطقه ای پیشگیری از مصرف مواد مخدر استان گلستان، شهرستان کردکوی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان گلستان.

یوسفی، حدیثه (۱۳۹۲). تاثیر آموزش خود کترلی بر بهزیستی هیجانی و پیشگیری از عود افراد معتاد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی دانشگاه محقق اردبیلی.

منابع انگلیسی

- Achenbaum, W. A. (۲۰۱۲). This chronic patient becomes a humanistic patient who helps clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, ۴۴ (۵): ۷۸۴- ۷۸۸.
- Adams, V.H., & Jackson, J.s., (۲۰۰۰). The Contribution of Hope to the Quality of Life among Aging African Americans: ۱۹۸۰-۱۹۹۲, *The International Journal of Aging and Human Development*, Vol.۳۰, No.۴, pp. ۲۷۹-۲۹۵.
- Antonovsky A, Sourani T. ۱۹۸۸. Family Sense of Coherence and Family Adaptation. *Journal of Marriage and Family*, (Feb. , ۱۹۸۸), ۵۰ (۱): ۷۹-۹۲ .
- Arce, E., Simmons, A. W., Stein, M. B., Winkielman, P., Hitchcock, C., & Paulus, M. P. (۲۰۰۸). Association between individual differences in self – reported emotional resilience and the affective perception of neutral faces. *Journal of Affective Disorders*, ۲(۴), ۱۲۰-۱۳۱.
- Averill, J.R., Catlin, G., & Chon, K.K. (۱۹۹۰). *Rules of hope*. New York SpringerVeriag.
- Baily, T. C., & Snyder, C. R. (۲۰۰۷). Satisfaction with life and hope: a look at age and marital status. *Psychological Record*, ۵۷, ۲, ۲۳۳-۲۴۰.
- Baldwin DR, Jackson D, Okoh I, Cannon RL. ۲۰۱۰. Resiliency and optimism: An African American senior citizen's perspective. *Journal of Black Psychology*. Retrieved at: published online at <http://jbp.sagepub.com/content/early/2010/03/10/0095798410364394> .
- BESTER C. ۲۰۰۹. THE IDENTIFICATION OF RESILIENCE IN, AND THE DEVELOPMENT OF A CORRESPONDING INTERVENTION PROGRAMME FOR

FAMILIES WITH A PARENT LIVING WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER. Dissertation presented for the degree of Doctor of Philosophy at Stellenbosch University . between family functioning, pubertal timing and adolescent substance use. *Addiction* 2013; 108(3):487-96.

Birkeland, M. S., Nielsen, M. B., Knardahl, S., & Heir, T. (2015). Correction: Associations between work environment and psychological distress after a workplace terror attack: the importance of role expectations, predictability and leader support. *PloS one*, 10(4), e0124849 . Braverman, M.T.(2005). *Applying Resilience Theory to the Prevention of Adolescent Substance Abuse*. The University of California, Davis, Center for Youth Development.

Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: a conceptual analysis. *Journal of Adolescent*, 26, 1-11.

Buckner, J. C., Mezzacappa, E., & Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development & Psychopathology*, 15(1), 139-162.

Butler, R., & Bauld, L. (2005). The parents' experience: coping with drug use in the family. *Drugs: education, prevention and policy*, 12(1), 35-45 .

Carr, A. (2004). *Positive Psychology*. London: Routledge

Chauvet, C., Nicolas, C., Lafay-Chebassier, C., Jaber, M., Thiriet, N., & Solinas, M. (2015). Statins reduce the risks of relapse to addiction in rats. *Neuropsychopharmacology* .

Cheavens, S. J., Gum, A., Feldman, B. D., Micheal, S. T., and Snyder, C. R (2006). A group intervention to increase hope in a community sample. Poster presented at American Psychological Association, San Francisco .

Cleirigh, C., Ironson, G., Smits, J.A.J. (2007). Does Distress Tolerance Moderate the Impact of Major Life Events on Psychosocial Variables and Behaviors Important in the Management of HIV. *Behavior Therapy*, 38, 314-323.

Coomber, K., & King, R. M. (2012). Coping strategies and social support as predictors and mediators of eating disorder carer burden and psychological distress. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(5), 789-796 .

Cornelio G.Banaage.MD(2009). "Resiliency, street children and substance abuse prevention". *PREVENTION PERSPECTIVES*. Nov. 2002. Vol

Daniel B, Wassell S. 2002. *Assessing and Promoting Resilience in Vulnerable Children*, volumes 1, 2 and 3, London and Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers Ltd .

Dezutter, J., Casalin, S., Wachholtz, A., Luyckx, K., Hekking, J., & Vandewiele, W. (2013). Meaning life: An important factor for the psychological well being of chronically ill patients? *Journal of Rehabilitation Psychology*, 58 (4): 334- 341.

Dunn, M.E., Burbine, T., Bowers, C.A., Tantledd-Dunn, S. (2001). Moderators of stress in parents of children with autism. *Community Mental Health Journal*, 37, 39- 51.

Eisenberg, N. (2002). Empathy-related emotional responses, altruism, and their socialization. *Visions of compassion: Western scientists and Tibetan Buddhists examine human nature*, 135, 131-164 .

Eric Vance MD&Horacio Sanchez (1998). "creating a service system that builds resiliency.

Fisher GL, Harrison TC. 2008. *Substance abuse* (7th Ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Fredrickson, B.L., Tugade, M.M., Waugh, C.E., Larkin, G.R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States.

Glassman, L. H., Martin, L. M., Bradley, L. E., Ibrahim, A., Goldstein, S. P., Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2016). A Brief Report on the Assessment of Distress Tolerance: Are We

- Measuring the Same Construct? *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 34(2), 87-99 .
- Gungor, A. (2016). Investigating the Moderating Effects of Optimism, Hope, and Gratitude on the Relationship Among Negative Life Events and Psychological Distress and Life Satisfaction .
- Hashemi L, Jokar B. Relationship between moral excellence and resilience in students. *Journal of studies educational psychology*. 2011; 8(13): 123-142. 26- Mikaili N, Mokhtarpur E, Meisami S. The role of perceived social support, coping style and resilience in prediction of quality of life between Multiple Sclerosis. 2012; 7(23): 5-17 .
- Hasnain, N., Wazid, S., & Hasan, Z. (2014). Optimism, hope, and happiness as correlates of psychological well-being among young adult assamese males and females. *IOSR J Humanit Soc Sci (IOSR-JHSS)*, 14(2, Ver. II), 44-51 .
- Hollingsworth, D. W., Wingate, L. R., Tucker, R. P., O'Keefe, V. M., & Cole, A. B. (2014). Hope as a moderator of the relationship between interpersonal predictors of suicide and suicidal thinking in African Americans. *Journal of Black psychology*, 40(4), 395-414.
- Horowitz LM. *Interpersonal foundations of psychopathology*. 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association. 2004.
- Howard S, Dryden J, Johnson B. 1999. "Childhood resilience: Review and critique of the literature", *Oxford Review of Education*, 25 (3): 307- 23 .
- Howard S, Dryden J, Johnson B. 1999. "Childhood resilience: Review and critique of the literature", *Oxford Review of Education*, 25 (3): 307- 23 .
- Hoy, B. D., Suldo, S. M., & Mendez, L. R. (2013). Links between parent's and children's levels of gratitude, life satisfaction, and hope. *Journal of Happiness Studies*, 14 (4): 1343-1361.
- Hummel A, Shelton K, Heron J, Moore L, Bree M. A systematic review of the relationships Jackson, R., Wernicke, R., & Haaga, D. A. (2003). Hope as a predictor of entering substance abuse treatment. *Addictive behaviors*, 28(1), 13-28 .
- Jackson, R., Wernicke, R., Haaga, A. F. (2003). Hope and problem-solving healthy adjustment. *Journal of human resource*, 43.
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., & Schwartz, G. E. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of behavioral medicine*, 33(1), 11-21 .
- Karademas, F.C. (2006), Self-efficacy, social support and wellbeing the role of optimism. *Personality and individual differences*, 40, 1281-1290.
- Kashdan, T. B., Pelham, W. E., Lang, A. R., Hoza, B., Jacob, R. G., Jennings, J. R., Blumenthal, J. D., & nagy, E. M. (2002). Hope and optimism as human strengths in parents of children with externalizing disorders: stress is in the eye of the beholder . *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21, 441-468 .
- Kavradim, S. T., Ozer, Z. C., & Bozcuk, H. (2013). Hope in people with cancer: a multivariate analysis from Turkey. *Journal of advanced nursing*, 69 (5): 1183- 1196 .
- Keng S, Smoski M, Robins C. Effects of mindfulness on psychological health: A review of Kennedy, M. (2010). *Personal Counseling Theory: Hope Therapy*: Liberty University.
- King, L. A., Hicks, J. A., Krull, J., & Del Gaiso, A. K. (2006). Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90 (1): 179- 196.
- Lazarus A. Ordinary magic: Resilience processes in development. *Journal of American Psychology* . 2001; 56:227-238.

Lee, K., Lee, C. S., & Ko, S. H. (2015). The Relationship between Self-Image, Interpersonal Relationship, Social Support, Psychological Well-Being and Hope among Hansen's Disease Patients. *Indian Journal of Science and Technology*, 8(S7), 504-511 .

Lefcourt, H. M. (2013). The locus of control as a moderator variable: Stress. *Research with the locus of control construct*, 2, 253-270 .

Letzring, T. D., Block, J., & Funder, D. C. (2005). Ego-control and ego-resiliency: Generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of Research in Personality*, 39, 395-422.

Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. 2000. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71: 543-56 .

Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 2000; 71: 543- 562 .

MacDermid Wadsworth SM. 2010. Family risk and resilience in the context of war and terrorism. *Journal of Marriage and Family*, 72, 537-556. doi:10. 1111/j. 1741-3737. 2010. 00717. x

Malia JA. 2007. A reader s guide to family stress literature. *Journal of Loss & Trauma*, (): .

Marques, S., Pais-Ribeiro, J., & Lopez, S. H. (). The role of positive psychology constructs in predicting mental health and academic achievement in children and adolescents: A two-year longitudinal study. *Journal of happiness studies*, (): - .

Masten A. . *Ordinary Magic: Lessons from Research on Resilience in Human Development*. Education Canada, (n): - .

Masten AS. . Ordinary magic. Resilience processes in development. *Am Psychol*. Mar; (): - .

May, E. M., Hunter, B. A., Ferrari, J., Noel, N., & Jason, L. A. (). Hope and abstinence self-efficacy: Positive predictors of negative affect in substance abuse recovery. *Community mental health journal*, (), - .

McCubbin H, McCubbin M. . Typologies of resilient families: Emerging roles of social class and ethnicity. *Family Relations*, : - .

Middlemiss, W. (). Prevention and Intervention: Using Resiliency-Based Multi Setting Approaches and a Process-Oriented. *Child and Adolescence Social Work Journal*. Vol. , No. . -

Moon, D. G Jackson, K M and Hecht , M .L."Family Risk and Resiliency Factors , substance use, and the drug resistance process in adolescence. *Journal of drug education*, (), pp -

Nozomi F, Gordon C, Barnes E. . The development of Addiction-Prone Personality traits in biological and adoptive families. *Personality and Individual Differences*, August, : - .

Nozomi F, Gordon C, Barnes E. . The development of Addiction-Prone Personality traits in biological and adoptive families. *Personality and Individual Differences*, August, : - .

O'Cleirigh, C., Ironson, G., & Smits, J. A. (). Does distress tolerance moderate the impact of major life events on psychosocial variables and behaviors important in the management of HIV? *Behavior therapy*, (), - .

O'Cleirigh, C., Ironson, G., Smits, J. A. J. (). Does Distress Tolerance Moderate the Impact of Major Life Events on Psychosocial Variables and Behaviors Important in the Management of HIV. *Behavior Therapy*, , - .

Palermo, J. A. (). Hope and social support as protective factors in postpartum psychological distress: ProQuest.

Parker, C. P., Baltes, B., Young, S., Altmann, R., LaCost, H., Huff, J., & Roberts, J. E. ((Patterson JM. a. Understanding family resilience. *Journal of Clinical Psychology*, :

Patterson JM. b. Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family*, :

Randolph C. Arnau, David H. Rosen, John F. Finch, Jamie L. Rhudy, Vincent J. Fortunato , (). Longitudinal Effects of Hope on Depression and Anxiety: A Latent Variable Analysis. *Journal of Personality*, Volume , Issue , Pages - .

Reeve, J. (). *Understanding motivation and emotion*. New York:Wiley.

Reynolds, F. (). Relationships between catastrophic thoughts, perceived control and distress during menopausal hot flushes: exploring the correlates of a questionnaire measure.

Maturitas, (), - .

Rollins, J. A., Ivey, J., Huth, J. J., Boles, J., Sosensky, M. M., Doyle, E. A., & Dellert, J. C. (). From the Editor Heroin Addiction: Not a Laughing Matter The Future and Career Optimism—An Overview And Application to Practice Using Mentoring Activities The Children’s Corner: Perspectives on Supportive Care Preparing Children and Families for Proc .

Rutherford, H. J.(). Investigating the association between parental reflective functioning and distress tolerance in motherhood. *Infant Behavior and Development*, , - .

Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock’s. . comprehensive textbook of psychiatry. th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. p. - .

Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock’s. . comprehensive textbook of psychiatry. th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. p. - .

Sarracino, F. (). Social capital and subjective well-being trends: Comparing western European countries. *The Journal of SocioEconomics*, Elsevier, (), - .

Schneider, M. C., C. Castillo-Salgado, et al. (). “Summary of indicators most used for the measurement of the health inequalities.” *Epidemiol Bull* (): -

Segrin C, Taylor M. Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Pers Individ Diff*. ; (): - .

Shin SH, Choi H, Kim MJ, Kim YH. . Comparing adolescents’ adjustment and family resilience in divorced families depending on the types of primary caregiver. *Journal Clin Nurs*. Jun, (-): - .

Simons, J. S., & Gaher, R. M. (). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, (), - .

Snyder, C. R. () “The Psychology of Hope: You Can Get There From Here”, New York: Free Press

Snyder, C. R., Shorey, H. S., Cheavens, J. S., Pulvers, K. M., Adams, V. H. III, & Wiklund,C. (). Hope and academic success in college. *Journal of Educational Psychology*, , -

Snyder, C. R.; Irving, L. & Anderson, J. R. () “Hope and Health: Measuring the Will and Ways”, In: C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of Social and Clinical Psychology: The Health Perspective* (pp. -). New York: Pergamon Press.

Snyder, C. R.; Rand, K. L.; Sigmon, D. R. (). "Hope Theory: A Member of the Positive Psychology Family" In: C. R. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*, New York: Oxford University Press, pp. - .

Soenens, B., & Duriez, B. (). Does conservatism have a self-esteem enhancing function? An examination of associations with contingent selfworth and ill-being in late adults. *Journal of personality and individual differences*, (): - .

Spina S, Ziviani J, Nixon J. . Children, Brain Injury and the Resiliency Model of Family Adaptation. *Brain Impairment*, (): - .

Spinella M, Martino S, Ferri C. Mindfulness and addictive behaviors. *Journal of Behavioral Health* ; (): - .

Story, S. P., Youssef, C. M., Luthans, F., Barbuto, J. E., & Bovaird, J. (). The contagion effect of global leader's positive psychological capital on follower. *International Journal of Human Resource Management*, (): - .

Sumer, N., Karanci, A. N., Berument, S. K., & Gunes, H. (). Personal resources, coping self efficacy, and quake exposure as predictors of psychological distress following the earthquake in Turkey. *Journal of traumatic stress*, (), - .

Temane, Q. M., & Wissing, M. P. (). The role of spirituality as a mediator for psychological well-being across different contexts. *South African Journal of psychology*, (): - .

Titus CS. . Resilience and Christian virtues: What the psychosocial sciences offer for the renewal of Thomas Aquinas' moral theology of fortitude and its related virtues (Doctoral dissertation). Retrieved from RERO DOC digital library. R .

Walsh S. . Investigating Classroom Discourse, London: Routledge .

Westerop, Karem. (). Building healthy couple relationship: Do communication skills, gender, hope, and family types make a difference? Trinity western university. Canada. www.mhrn.net at : IRDT on Friday May th

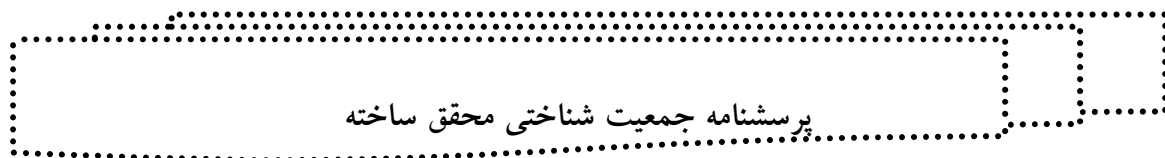
Yamaoka, K. (). Social capital and health and well-being in East Asia: a population-based study. *Journal Social Science & Medicine*. (), - .

Yanos, P., & Roe, D. (). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, (): - .

Yilmaza, M; Kumcagiza, H; Balci Celika, S & Eren, Z. (). The effects of emotional intelligence on optimism of university students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* () - .

ضمائم :

پیوست الف : پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته



ضمن تقدیر و تشکر از همکاری شما ، پرسشنامه ای که در پیش رو دارید شامل مشخصات فردی و خانوادگی شماست .

پرسشنامه دیگری نیز به منظور استفاده از نظرات ارزشمند شما در مورد اعتیاد و مواد مخدر در جهت پیشگیری از این بلای خانمانسوز تهیه گردیده است . در این پرسشنامه ها پاسخ درست یا غلط وجود ندارد و مطمئن باشید که پاسخ های شما محرمانه نگهداری شده و فقط برای کار پژوهشی استفاده خواهد شد . پس لطفاً صادقانه به سؤالات آنان پاسخ دهید. ضمناً محدودیتی در زمان پاسخ دهی به سؤالات وجود ندارد . قبلاً از همکاری صادقانه شما تشکر می نمایم . با تشکر ، پژوهشگر

الف (مشخصات فردی :

سن به سال: جنس : مذکر مونث رشته تحصیلی : پایه تحصیلی :

ب (لطفاً به سؤالات زیر پاسخ دهید :

۱. مدت زمان اعتیاد شما چقدر بود ؟

۱ تا ۵ سال ۶ تا ۱۰ سال ۱۱ تا ۱۵ سال ۱۶ تا ۲۰ سال بیشتر از ۲۰ سال

۲. مدت زمان ترک خود را علامت بزنید ؟

۱ سال ۲ سال ۳ سال ۴ سال ۵ سال ۶ سال

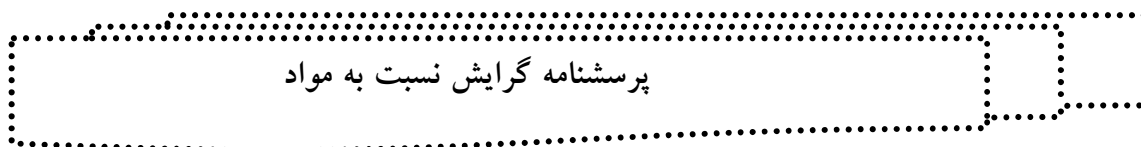
۳. آیا از اقوام یا فامیل نزدیک کسی را می شناسید که معتاد باشد ؟

بلی خیر

۴. آیا از دوستان نزدیک شما کسی هست که معتاد باشد ؟

بلی خیر

پیوست ب : پرسشنامه گرایش به مواد مخدر در معتادین درمان شده



پرسشنامه گرایش نسبت به مواد

بسمه تعالی

پرسشنامه گرایش به مواد مخدر در معتادین درمان شده

با تشکر و قدردانی از شما ، خواهشمند است پرسشنامه زیر را (که برای یک تحقیق علمی تهیه شده است) را تکمیل نموده و آنرا تحویل دهید . قبلا از همکاری صمیمانه شما سپاسگزارم .

با تشکر ، پژوهشگر

تاریخ :

کد :

سن به سال : تحصیلات: ابتدائی راهنمایی دیپلم دیپلم بالاتر غیره

شغل : متاهل مجرد

نوع اعتیاد: تریاک هروئین حشیش غیره

چندمین بار ترک :

علت اعتیاد : دوستان دسترسی مواد خوشگذرانی بیماری

موارد دیگر :

علت اعتیاد مجدد : دوستان خانواده

موارد دیگر (نام ببرید) :

احساس خودتان را نسبت به هر یک از حالات زیر در حال حاضر را علامت بزنید .

بسیار کم	کم	تردید دارم	شدید	بسیار شدید	نوع احساس
					* ۱- افسردگی (غم و اندوه داشتن)
					* ۲- اضطراب (دلهره و نگرانی داشتن)
					* ۳- تنش داشتن (احساس فشار و بیقراری)
					* ۴- احساس بی تفاوتی کردن
					* ۵- حسرت بردن از زندگی دیگران
					۶- داشتن رضایت از خویشتن
					* ۷- سرزنش کردن خود
					* ۸- در عالم خود بودن
					۹- رضایت داشتن دیگران از من
					* ۱۰- احساس تنهایی و بی کسی کردن
					۱۱- امیدواری نسبت به زندگی و آینده
					* ۱۲- داشتن احساس حقارت
					* ۱۳- سیگار کشیدن در جمع
					* ۱۴- لذت بردن از سیگار
					۱۵- شرکت کردن در مراسم مذهبی (نماز جمعه-زیارت- عزاداری)
					۱۶- داشتن دوستان واقعی و دلسوز

					۱۷- سرکشی به فامیل و انجام صله رحم
					۱۸- توانائی کنار گذاشتن دوستان معتاد
					۱۹- راضی و خوشحال از بودن در مرکز
					* ۲۰- اعتقاد به اینکه اکثر افراد معتاد هستند
					۲۱- قابل درمان بودن اعتیاد
					۲۲- وجوب جلوگیری از اعتیاد برای همه
					* ۲۳- روی آوردن به اعتیاد به هنگام فشار زندگی
					* ۲۴- معتادین بازپروری شده به اعتیاد مجدد روی می آورند
					* ۲۵- اعمال زور در ترک اعتیاد
					۲۶- کم بودن مدت ۲ ماه برای بازپروری
					* ۲۷- استفاده از مواد مخدر برای رفع ناراحتیهای جسمی
					* ۲۸- استفاده از مواد مخدر اگر بطور رایگان در اختیار افراد قرار گیرد
					* ۲۹- چنانچه انسان به مجالس خوش گذرانی دعوت شود بپذیرد
					* ۳۰- فروش اشیاء منزل برای تهیه مواد مخدر

پیوست ج : پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی (DTS)

پرسشنامه تحمل پریشانی هیجانی (DTS)

هدف: ارزیابی میزان تحمل پریشانی هیجانی از ابعاد مختلف (تحمل، جذب، ارزیابی، تنظیم)

شیوه تکمیل: به مواقعی فکر کنید که احساس پریشانی یا آشفتگی می کنید. پاسخی را انتخاب کنید که به بهترین وجه عقاید شما درباره احساس پریشانی یا آشفتگی را توصیف می کند.

ردیف	گویه	۱- کاملاً موافق	۲- اندکی موافق	۳- نه موافق و نه مخالف	۴- اندکی مخالف	۵- کاملاً مخالف
۱	داشتن احساس پریشانی یا آشفتگی کردن برای من غیر قابل تحمل است.					
۲	وقتی پریشان یا آشفته هستم، فقط به این می توانم فکر کنم که چه احساس بدی دارم.					
۳	من نمی توانم احساس پریشانی یا آشفتگی ام را کنترل کنم.					
۴	احساسات پریشانی من آن قدر شدید هستند که کاملاً بر من غلبه می کنند.					
۵	هیچ چیز بدتر از احساس پریشانی یا آشفتگی نیست.					
۶	من به خوبی سایر مردم می توانم پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنم.					
۷	احساسات پریشانی یا آشفتگی ام قابل قبول نیست.					
۸	من هر کاری را انجام می دهم تا از احساس پریشانی یا آشفتگی دوری کنم.					
۹	دیگران بهتر از من قادرند احساس پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنند.					
۱۰	پریشان یا آشفته بودن همیشه برای من آزمایشی سخت است.					
۱۱	وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی می کنم از خودم خجالت می کشم.					
۱۲	از احساسات پریشانی یا آشفتگی ام وحشت دارم.					
۱۳	من هر کاری را برای توقف احساس پریشانی یا آشفتگی ام انجام می دهم.					
۱۴	وقتی پریشان یا آشفته می شوم، باید بلافاصله کاری در مورد آن انجام دهم.					
۱۵	وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی می کنم، به جز این که بر بد بودن آن تمرکز کنم، کاری نمی توانم بکنم.					

پیوست د: پرسشنامه مشکلات بین فردی (IIP-۲۲)

پرسشنامه مشکلات بین فردی (IIP-۲۲)

خواهشمند است سوالات را به دقت مطالعه نموده، و گزینه مناسب را مشخص کنید. مطمئناً پاسخهای شما کاملاً محرمانه بوده و فقط در محاسبات آماری تحقیق، استفاده خواهد شد.

ردیف	پرسشنامه مشکلات بین فردی (IIP-۲۲)	کاملاً مخالفم	مخالقم	نظری ندارم	موافقم	کاملاً موافقم
		۱	۲	۳	۴	۵
۱	پیوستن به گروه‌ها برایم دشوار است.					
۲	به راحتی نمی‌توانم در برابر دیگران برخورد قاطعی داشته باشم.					
۳	دوست شدن با دیگران برایم دشوار است.					
۴	مخالفت با دیگران برایم دشوار است.					
۵	اینکه یک تعهد طولانی مدت با کسی داشته باشم، برایم دشوار است.					
۶	برایم دشوار است دیگران به خواسته‌های من بی‌توجه باشند.					
۷	معاشرت با دیگران برایم دشوار است.					
۸	ابراز احساسات و عواطف به دیگران برایم دشوار است.					
۹	احساس آرامش در حضور دیگران برایم دشوار است.					
۱۰	گفتم مسائل شخصی به دیگران برایم دشوار است.					

					برایم دشوار است که در موقع لزوم نسبت به عقیده ام محکم و استوار باشم.	۱۱
					برایم دشوار است که نسبت به کسی احساس عشق داشته باشم.	۱۲
					حمایت دیگران برای اینکه به اهدافشان برسند، برایم دشوار است.	۱۳
					برایم دشوار است که از دل و جان برای مشکلات دیگران مایه بگذارم.	۱۴
					برایم دشوار است که نیازهای شخص دیگری را بر نیازهای خودم مقدم بشمارم.	۱۵
					پیروی از دستورات افرادی که بر من اقتدار دارند، برایم دشوار است.	۱۶
					برایم دشوار است که با دیگران راحت باشم و احساساتم را با آنها در میان بگذارم.	۱۷
					برایم دشوار است زمانی که فردی مشکل دارد، به فکر آسایش و راحتی خودم باشم.	۱۸
					نظر دیگران برایم خیلی اهمیت دارد.	۱۹
					زیاد با دیگران دعوا می کنم.	۲۰
					به آسانی ناراحت و عصبانی می شوم.	۲۱
					خیلی انتظار دارم که دیگران، مرا مورد تحسین قرار دهند.	۲۲
					خیلی به دیگران وابسته هستم.	۲۳

					با دیگران خیلی راحت هستم.	۲۴
					تا حد زیادی خواسته های دیگران را بر خواست خودم، مقدم می شمارم.	۲۵
					نسبت به دیگران خیلی بخشش و کرم دارم.	۲۶
					خیلی نگران واکنش دیگران نسبت به خودم هستم.	۲۷
					به آسانی از کوره در می روم.	۲۸
					مسائل شخصی ام را خیلی زیاد با دیگران در میان می گذارم.	۲۹
					خیلی با دیگران جر و بحث می کنم.	۳۰
					تا جایی که می توانم به دیگران در مشکلاتشان کمک می کنم.	۳۱
					رنج و ناراحتی دیگران خیلی مرا تحت تاثیر قرار می دهد.	۳۲

Abstract

The aim of this study was to investigate the efficacy of psychological capital (hope, resilience) are again returning to addiction prevention, distress tolerance and interpersonal problems improved drug treatment and rehabilitation centers were Isfahan. In this study used a quasi-experimental methods. The target population of the city had improved for all addicts, of them are available in Three groups hope therapy(sessions of minutes) , resiliency(sessions of minutes) and control(Waiting for treatment) replacement and responded In the pre-test, post-test and follow-up (days) research questionnaires were included tendency towards substance Askari (), distress tolerance Simons and Gaher () and interpersonal problems Barkham et al (). Data were analyzed by software SPSS- With analysis of variance with repeated measures. The results showed that psychological capital hope and resiliency training on the prevention of relapse of drug addiction, distress tolerance and interpersonal problems improved drug treatment and rehabilitation centers in Isfahan is effective ($p < /$). But there was no difference between the two treatment provided ($p < /$). As a result, we can state capital resiliency new approach and effective use of relapse prevention and other problems are people with a history of substance abuse And recommended to the field of addiction therapists that this treatment should be used to treat and reduce symptoms of drug abuse.

Keywords: Psychological Capital, hope, resilience, prevention of relapse of drug addiction, distress tolerance, interpersonal problems, addicts improved.



Islamic Azad University
Naein Branch
Factory of Psychology

**A Thesis Submitted in partial Fulfillment of the Requirement for
The Degree in Islamic Psychology Positive trends (M.A)**

Title

**The Aim of this Study was to Investigate the Efficacy of
Psychological Capital (Hope, Resilience) are Again
Returning to Addiction Prevention, Distress Tolerance and
Interpersonal Problems Improved Drug Treatment and
Rehabilitation Centers were Isfahan**

Supervisor

Dr. Hassan Khoshakhlag

By

Omolbanin Esmatpanah

January ۲۰۱۷