

نقش سرمایه‌های روان‌شناختی در پیشگیری از گرایش افراد به اعتیاد

حسین پورمهدی میکال^۱

چکیده

اعتیاد به موادمخدر یکی از پدیده‌های خطرناکی که نسل بشر را در معرض انحطاط روانی، اخلاقی و جسمانی قرار می‌دهد. اعتیاد هزینه‌های اقتصادی، عاطفی و اجتماعی گزافی را بر فرد و جامعه تحمیل می‌کند. اعتیاد اختلالی چند عاملی است که اغلب سیری مزمن و عودکننده دارد. آنچه در این زمینه مهم است، این است که اعتیاد امری قابل پیشگیری و قابل درمان است، اما درمان آن ساده نیست چرا که اعتیاد ابعاد گوناگون دارد. پیشگیری، موثرتر و کم‌هزینه‌تر از درمان است و با شناخت عوامل، ویژگی‌ها و خصیصه‌هایی که افراد را در مقابل اعتیاد آسیب‌پذیر می‌کند، شروع می‌شود. در سال‌های اخیر توجه روان‌شناسان به مفهوم روان‌شناسی مثبت جلب شده است. نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ظرفیت‌های روان‌شناختی از قبیل امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی در کنار هم عاملی را با عنوان سرمایه‌های روان‌شناختی تشکیل می‌دهند. به عبارت دیگر، متغیرهای روان‌شناختی امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی نقش مهمی در پیشگیری و درمان اعتیاد دارند. با شناخت سرمایه‌های روان‌شناختی مثبت (خوش‌بینی، تاب‌آوری، خودکارآمدی و امید) می‌توان از گرایش افراد به اعتیاد پیشگیری کرد و حتی می‌توان درمان موثر و متناسب با شرایط افراد وابسته به مواد انتخاب نمود.

کلیدواژه‌ها: گرایش به اعتیاد، سرمایه‌های روان‌شناختی مثبت، تاب‌آوری، خوش‌بینی، خودکارآمدی، امید.

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران، پست الکترونیک:

Hosainpooormhdy@gmail.com

مقدمه

اعتیاد را شاید بتوان گریزگاهی دانست که انسان ناکام از کمبودها، تزلزل‌ها و اختلالات روانی به آن پناه می‌برد. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۲، به نقل از سهرابی، ۱۳۸۷) ویژگی‌های اعتیاد را این‌گونه بیان می‌کند: (۱) نیاز به مصرف یک ماده شیمیایی که عدم مصرف آن سبب ایجاد حالات غیرعادی در بدن شده و برای معتادین غیر قابل تحمل می‌شود (۲) تمایل به افزایش تدریجی میزان مصرف دارو جهت کسب لذت و آرامش (۳) وابستگی جسمی و روانی به دارو و (۴) احساس خوشی که بعد از استعمال دارو به معتاد دست می‌دهد. بنابراین، می‌توان بیان داشت که اعتیاد حالتی است که شخص از نظر جسمانی و روانی به ماده‌ای وابستگی پیدا می‌کند، احتیاج شدید و اجباری به ادامه مصرف آن ماده دارد، قادر نیست به میل و اراده خود آن را ترک کند و تحمل او در مقابل مصرف تدریجی مواد کمتر می‌شود (نریمانی، ۱۳۷۸؛ به نقل از جوانمرد، ۱۳۸۰). در سال‌های اخیر مشکل اعتیاد به تدریج از محله‌های کوچک و خصوصی معتادان بزرگسال خارج شده و به مراکز عمومی راه یافته است. اعتیاد علاوه بر آسیب‌های جسمی و روانی برای فرد معتاد، هزینه سنگینی نیز بر جامعه تحمیل می‌کند. بر این اساس می‌توان گفت که میزان خسارت‌های اقتصادی-اجتماعی مستقیم و غیرمستقیم موادمخدر در کشور در حد بالایی است (صادقی، ۱۳۸۲؛ به نقل از باقری، نبوی، ملتفت و تقی‌پور، ۱۳۸۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد بیشتر در سنین نوجوانی و جوانی قربانی اعتیاد می‌شوند. پژوهشی در ایران نشان داد که سن سرنوشت‌ساز و حساس برای اعتیاد ۱۶ تا ۲۵ سال است (نریمانی، ۱۳۷۸؛ به نقل از جوانمرد، ۱۳۸۰). نکته حائز اهمیت در این میان این است که این پدیده قابل پیشگیری است و برای پیشگیری از این پدیده نیاز است که عوامل محافظت‌کننده و عوامل خطر در ارتباط با این پدیده شناسایی شود. یکی از عوامل محافظت‌کننده در برابر اعتیاد، سرمایه‌های روان‌شناختی مثبت است.

سرمایه روان‌شناختی یک حالت مثبت روان‌شناختی با ویژگی‌هایی به شرح زیر است: اعتماد به نفس (خودکارآمدی^۱)، تعهد و انجام تلاش برای موفقیت در کارها، وظایف

چالش برانگیز، داشتن اسناد مثبت دربارهٔ موفقیت‌های حال و آینده (خوش‌بینی^۱)، پایداری در راه هدف و در صورت لزوم تغییر مسیر رسیدن به هدف برای دستیابی به موفقیت (امیدواری^۲)، پایداری و استواری هنگام بروز سختی‌ها و مشکلات برای حفظ و بازایی خود و حتی فراتر از آن، پیشرفت و ترقی هنگام مواجه شدن با مشکلات و سختی‌ها (انعطاف‌پذیری یا تاب‌آوری^۳). نشان داده شده است که سرمایه‌های روان‌شناختی، انعطاف‌پذیرند و احتمال اینکه بتوان میزانی از رشد را در طول حیات فرد ایجاد کرد، همواره وجود دارد (بهادری خسروشاهی، هاشمی نصرت آباد و باباپور خیرالدین، ۱۳۹۱). این تحقیق پایه‌ها و بنیان‌های تئوری و عملی لازم جهت شناخت یکی از مسائل امروزی جامعه، یعنی اعتیاد به موادمخدر را فراهم می‌کند. همچنین راهکارهایی برای بهبود وضعیت پیشگیری از اعتیاد از جمله ارتقاء سرمایه‌های مثبت روان‌شناختی (خودکارآمدی، خوش‌بینی، امید و تاب‌آوری) ارائه می‌دهد تا در پرتو آن مسئولین با شناخت آگاهی از این مسئله مهم روز، اقدامات عملی لازم در این زمینه را انجام دهند. در این مقاله مروری سعی شده است که مبانی نظری و پیشینه پژوهشی ارتباط سرمایه‌های مثبت روان‌شناختی (تاب‌آوری، خودکارآمدی، خوشبینی و امید) با گرایش افراد به اعتیاد بررسی شود.

روانشناسی مثبت‌نگر

روانشناسی مثبت‌نگر، گرایشی نو در روانشناسی محسوب می‌شود. این گرایش نو بر همان اصولی بنا نهاده شده است که فلاسفه گذشته آرای خود را عرضه کرده‌اند و مسیر سعادت و شادکامی انسان‌ها را تاکید بر هیجان‌های مثبت، زندگی خوب، غوطه‌وری در آن و معناداری زندگی می‌دانند. در این گرایش یکی از مفاهیم محوری، شادکامی است که آن را با خشنودی از زندگی مترادف می‌دانند. اما دیدگاه فوق در بررسی‌های خویش یک تفاوت عمده با آرای پیشینیان دارد و آن اینکه برای دستیابی به خشنودی از زندگی و شادکامی از همان روش‌های علمی بهره می‌جوید که روان‌شناسان دهه‌هاست در مطالعات خویش مورد استفاده قرار می‌دهند. فنون و تکنیک‌های مورد استفاده در این گرایش

1. optimism
2. hope

3. resiliency

شیوه‌های عملی یا فعالیت‌هایی هستند که افراد به طور روزمره در زندگی خود انجام می‌دهند (نظیر شکر به خاطر داشته‌ها، تلاش برای پرهیز از شتابزدگی، نوع‌دوستی و خیرخواهی، کمک‌رسانی و امید داشتن) (براتی سده، ۱۳۸۸). روان‌شناسان مثبت‌نگر مدعی‌اند که فنون مورد نظر آنان نه تنها از سطح افسردگی افراد می‌کاهد، بلکه راه و روش درست زندگی کردن و در نتیجه رضایتمندی از زندگی و در نهایت سعادت‌مندی را نیز به افراد آموزش می‌دهد (سلیگمن و چیک‌سنت‌میهایلی^۱، ۲۰۰۰). گابل و هایت^۲ (۲۰۰۵) روان‌شناسی مثبت‌گرا را مطالعه شرایط و فرایندهای دخیل در شکوفایی یا عملکرد بهینه افراد، گروه‌ها و نهادها می‌دانند. روان‌شناسی مثبت‌گرا را از دیدگاهی دیگر چنین تعریف می‌کنند: مطالعه علمی کارکردهای بهینه آدمی با هدف کشف و ارتقای عواملی که به افراد، اجتماعات محلی و جوامع بزرگ اجازه می‌دهد که به رشد و شکوفایی دست یابند (به نقل از کامپتون^۳، ۲۰۰۵). داک ورت^۴ و سلیگمن (۲۰۰۵) روان‌شناسی مثبت‌نگر را چنین تعریف کرده‌اند: روان‌شناسی مثبت‌نگر مطالعه علمی تجارب و صفات فردی مثبت و نهادهایی است که رشد آن‌ها را تسهیل می‌کنند. روان‌شناسی مثبت‌نگر با توجه به اینکه به بهزیستی ذهنی و کارکرد بهینه می‌پردازد، در بدو امر شاید یک پیوست روان‌شناسی بالینی یا بخشی از آن باشد. باور ما این است که افرادی که شدیدترین فشارهای روان‌شناختی را تحمل می‌کنند، در زندگی به دنبال امری به مراتب بیشتر از تسکین یافتن از درد و رنج هستند. افراد دچار مشکل در پی خشنودی بیشتر، لذت بیشتر و رضایتمندی بیشتر هستند تا صرف کمتر کردن غم و نگرانی. آنان به دنبال ساخت نقاط قوت هستند نه اصلاح نقاط ضعفشان. آن‌ها همچنین به دنبال زندگی معنادار و دارای قصد و هدف هستند. بدیهی است که این شرایط به سادگی و با رفع درد و ناراحتی حاصل نمی‌شوند (داک ورت و همکاران، ۲۰۰۵).

سرمایه‌های روان‌شناختی

محققان معتقدند که اکنون زمان آن رسیده است که روند پژوهش‌ها در جهت تأکید بر

1. Seligman & Csikszentmihalyi
2. Gable & Haidt

3. Compton
4. Duckworth & Steen

جنبه‌های مثبت به منظور فهم بهتر آن‌ها و اثراشان تغییر یابد. بر این اساس، مکانیزم‌های روان‌شناختی مثبت منجر به پیامدهای مثبت و کاهش پیامدهای منفی می‌شود (اسنایدر و لویز^۱، ۲۰۰۷). لاتانس^۲ و همکاران (۲۰۰۴) رویکردی نوین از تفکر در مورد سرمایه یا منابع را معرفی کردند که می‌توان آن را مورد استفاده قرار داد. در این دیدگاه از نقطه نظر جایگاه سرمایه، بیشترین تأکید بر خود فرد است. لاتانس و همکاران (۲۰۰۴) در کاربردها و تحقیقات روانشناسی مثبت‌گرا، از دیدگاه سنتی سرمایه اقتصادی^۳ شروع کردند و سپس مرزهای جدیدی از تفکر روان‌شناختی مثبت را گسترش دادند. سرمایه اقتصادی سنتی شامل پاسخ سازمان به این سؤال بود که: چه دارید؟ در پاسخ به این سؤال فهرستی از تجهیزات و تسهیلات یک سازمان از جمله ساختمان‌ها، تجهیزات، اطلاعات، اختراعات، تکنولوژی و نظایر آن فهرست می‌شود. نوع دیگر سرمایه، سرمایه انسانی^۴ است که به کارکنان در همه سطوح سازمان اطلاق می‌شود. هسته اصلی دیدگاه سرمایه انسانی این سؤال است که چه می‌دانید؟ در پاسخ به این سؤال، تجارب، آموزش، مهارت، استعدادها، دانش و نظایر آن فهرست می‌شود. نوع دیگر سرمایه یعنی سرمایه اجتماعی^۵ به سرمایه انسانی نزدیک است. سؤال اصلی در سرمایه اجتماعی این است که: چه کسانی را دارید یا می‌شناسید؟ در پاسخ به این سؤال روابط، شبکه ارتباطی و دوستان قرار می‌گیرند. آخرین و جدیدترین نوع سرمایه که دانشمندان اجتماعی در مورد آن بحث کرده‌اند، سرمایه روان‌شناختی مثبت^۶ است که از دیدگاه لاتانس و همکاران (۲۰۰۴) چهار متغیر روان‌شناختی کارآمدی، امیدواری، خوش بینی و تاب‌آوری را شامل می‌شود. لاتانس و همکاران (۲۰۰۴) معتقدند که اکنون زمان آن فرا رسیده است که وابستگی مان به منابع سنتی سرمایه را کاهش دهیم و در جهت انواع سرمایه‌های روان‌شناختی حرکت کنیم.

مروری بر پژوهش‌های انجام شده

در زمینه ارتباط سرمایه‌های روان‌شناختی مثبت و اعتیاد مطالعات گوناگونی انجام شده که

1. Snyder & Lopez
2. Luthans
3. economic capital

4. human capital
5. social capital
6. positive psychological capital

در ادامه به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود. شیخی فینی، کاووسیان و رضانی (۱۳۸۸) در پژوهشی به بررسی عوامل خطر و محافظت‌کننده گرایش به مصرف مواد در دانشجویان پرداختند. به همین منظور ۳۱۰ نفر را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی با گرایش به مصرف مواد رابطه منفی دارد. نتایج تحقیق محمدی، آفاجانی و زهتاب‌ور (۱۳۹۰) با موضوع ارتباط اعتیاد، تاب‌آوری و مؤلفه‌های هیجانی نشان داد که اضطراب، افسردگی و استرس در آزمودنی‌هایی که احتمال سوء مصرف مواد در آن‌ها بالاتر بود نسبت به گروه مقابل بیشتر و میزان تاب‌آوری کمتر بود. بیگی، فراهانی، محمدخانی و محمدی فر (۱۳۹۰) نشان دادند که میانگین نمرات اعضای انجمن معتادان گمنام در مؤلفه تفکر عاملی، ریزمؤلفه امیدواری، روابط بین فردی و سلامت فیزیکی به طور معناداری بالاتر از میانگین افراد تحت درمان متادون بود. همچنین نتایج تحلیل تشخیصی نشان داد که این تفاوت، در ترکیبی از متغیرهای پژوهشی (برحسب اهمیتشان به ترتیب روابط بین فردی، تفکر عاملی و سلامت فیزیکی) دو گروه را به نحو برجسته‌ای از یکدیگر متمایز می‌کند. مومنی، مولایی پاره و محبی (۱۳۹۲) در پژوهشی به بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و تاب‌آوری با استعداد اعتیاد دانشجویان پرداختند. به همین منظور ۲۰۰ نفر را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که بین تاب‌آوری با گرایش به اعتیاد رابطه معکوس وجود دارد. اکبرزاده، اکبرزاده و جوانمرد (۱۳۹۳) در پژوهشی به مقایسه سرمایه روان‌شناختی و باورهای فراشناختی بین دانشجویان مصرف‌کننده مواد و دانشجویان عادی پرداختند. به همین منظور ۱۰۰ نفر را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که دانشجویان مصرف‌کننده مواد از سرمایه روان‌شناختی پایینی نسبت به دانشجویان عادی برخوردار بودند. احمد محمودی و جعفری هرندی (۱۳۹۳) در پژوهشی به بررسی و مقایسه خودکارآمدی با گرایش به مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان تک‌والدی و عادی شهرستان شهرکرد پرداختند. به همین منظور ۱۴۰ نفر را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که بین خودکارآمدی و گرایش به مصرف مواد رابطه معکوس و معنی‌داری وجود دارد. سلم آبادی، سلیمی بجستانی، خیامی آبیز و جوان (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی سهم ابعاد فرسودگی تحصیلی، تاب‌آوری و استرس ادراک

شده در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد دانش‌آموزان پرداختند. به همین منظور ۲۰۰ نفر از دانش‌آموزان مقطع متوسطه استان خراسان جنوبی را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که تاب‌آوری با گرایش به اعتیاد ارتباط دارد و می‌تواند آن را پیش‌بینی کند. جلالی و احدی (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی رابطه تنظیم‌شناختی هیجان، خودکارآمدی، برانگیختگی و مهارت‌های اجتماعی با سوء‌مصرف مواد در نوجوانان پرداختند. به همین منظور ۴۰۰ دانش‌آموز پایه اول و دوم دبیرستان‌های شهر شیراز را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که سطوح پایین خودکارآمدی سهم معناداری در پیش‌بینی سوء‌مصرف مواد دارند. رستمی و اکبری (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی ارتباط بین پنج عامل بزرگ شخصیت و تاب‌آوری با آمادگی به اعتیاد در بین دانشجویان پرداختند. به همین منظور ۲۳۰ نفر را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که تاب‌آوری با آمادگی نسبت به اعتیاد رابطه منفی دارد. مولایی پساولی و عبدی (۱۳۹۴) در پژوهشی به مقایسه تاب‌آوری و راهبردهای مقابله با فشار روانی در افراد وابسته به مواد و عادی پرداختند. به همین منظور ۱۸۸ نفر را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که بین افراد معتاد و عادی از نظر تاب‌آوری تفاوت وجود دارد و گروه معتاد از سطوح پایین‌تر تاب‌آوری برخوردار بودند. نتایج تحقیق قنبری‌طلب و فولادچنگ (۱۳۹۴) نشان داد که تاب‌آوری و نشاط ذهنی یکی از عوامل مؤثر در ایجاد آمادگی در افراد برای مصرف مواد مخدر است. نتایج مطالعه جلیلی نیکو، خرامین، قاسمی چوبنه و محمد علی‌پور (۱۳۹۴) نشان داد که بین تاب‌آوری خانواده و ابعاد آن با آمادگی به اعتیاد رابطه وجود دارد. همچنین نتایج حاکی از اهمیت تاب‌آوری و ذهن‌آگاهی به عنوان متغیرهای خانوادگی و فردی در آمادگی به اعتیاد بود. بنابراین آموزش مهارت‌های تاب‌آوری خانواده و ذهن‌آگاهی می‌تواند آمادگی به اعتیاد دانشجویان را کاهش دهد. قاسم‌زاده (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی نقش عاطفه مثبت و امیدواری در پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد افراد وابسته به مواد در شهر زاهدان پرداخت. به همین منظور ۱۲۰ نفر را مورد بررسی قرار داد و نتایج نشان داد که بین عاطفه مثبت و بازگشت به اعتیاد، بین امیدواری و بازگشت به اعتیاد رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد. اکبری زردخانه و زندی (۱۳۹۵) نشان دادند که

خودکارآمدی و حمایت اجتماعی کلی چهار درصد از واریانس پذیرش اعتیاد را تبیین می‌کنند. رشیدی، حجت‌خواه، رسولی و جمعی (۱۳۹۵) در پژوهشی به بررسی رابطه علی استعداد اعتیاد از طریق طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سرمایه‌های روان‌شناختی و نیازهای اساسی روان‌شناختی با میانجی‌گری الگوهای ارتباطی خانواده پرداختند. به همین منظور ۴۰ نفر از دانش‌آموزان دختر و پسر کرمانشاه را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که سرمایه‌های روان‌شناختی با اعتیاد رابطه منفی دارد. حسینیان، رسولی و صادقیان (۱۳۹۵) در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش سبک‌های اسنادی خوش‌بینانه بر کاهش آمادگی به اعتیاد و تغییر سبک اسنادی دانش‌آموزان پرداختند. به همین منظور ۴۰ نفر را در قالب دو گروه آزمایش و کنترل مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که آموزش خوش‌بینی منجر به کاهش معنادار آمادگی به اعتیاد می‌شود. افشاری، باباخانی، احمدی و شمس‌الدینی لری (۱۳۹۵) در پژوهشی به مقایسه میزان حرمت خود، خودکارآمدی و خودتنظیمی در افراد وابسته به مواد افیونی، مواد محرک و افراد عادی پرداختند. به همین منظور ۲۱۴ نفر را در قالب سه گروه مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که بین میزان حرمت خود، خودتنظیمی و خودکارآمدی در افراد وابسته به مواد افیونی و مواد محرک با افراد عادی تفاوت وجود دارد و افراد مصرف‌کننده از خودکارآمدی پایین‌تری برخوردارند. بستامی، دالوندی، خانکه، بستامی و پاشایی ثابت (۱۳۹۵) در پژوهشی به بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های تاب‌آوری بر تغییر نگرش نسبت به مواد مخدر در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی شهر خرم‌آباد پرداختند. به همین منظور ۱۲۰ نفر را در قالب دو گروه آزمایش و کنترل مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های تاب‌آوری می‌تواند در تغییر نگرش دانش‌آموزان نسبت به مصرف مواد موثر واقع شود. رحیمی، حسین‌ثابت و سهرابی (۱۳۹۵) در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری و مدیریت استرس بر کاهش استرس ادراک شده و تغییر نگرش به مصرف مواد در بین زندانیان مرد وابسته به مواد پرداختند. به همین منظور ۲۰ نفر را در قالب دو گروه مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که آموزش تاب‌آوری موجب تقویت نگرش منفی نسبت به مواد می‌شود. باقری و تقوایی (۱۳۹۶) در پژوهشی به

بررسی رابطه سوء مصرف مواد اعتیاد آور با سرسختی روان شناختی، کیفیت زندگی و خودپنداره در معتادان پرداختند. به همین منظور ۲۵۰ نفر از افراد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر قم را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که بین سوء مصرف مواد اعتیاد آور و سرسختی روان شناختی رابطه وجود دارد و افرادی که شدت سوء مصرف مواد بالاتری دارند از سرسختی روان شناختی پایین تری برخوردارند. ملازاده اسفنجانی، کافی و صالحی (۱۳۹۰) در پژوهشی به مقایسه سرسختی روان شناختی و سبک های مقابله با فشار روانی در افراد معتاد و عادی پرداختند. به همین منظور ۲۰۰ نفر را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که بین سرسختی روان شناختی در افراد معتاد و عادی تفاوت وجود داشت. صدری دمیرچی، فیاضی و محمدی (۱۳۹۵) در پژوهشی به بررسی رابطه خود کار آمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با آمادگی به اعتیاد در سربازان خدمت وظیفه پرداختند. به همین منظور ۱۶۸ سرباز شهر اردبیل را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که بین خود کار آمدی با گرایش به اعتیاد رابطه منفی وجود دارد. نتایج تحقیق فولادوند، برجعلی، حسین ثابت و دلاور (۱۳۹۵) با عنوان نقش افسردگی، روابط خانواده و خود کار آمدی در پیش بینی آمادگی به اعتیاد در نوجوانان نشان داد که بین افسردگی، روابط خانواده و خود کار آمدی با آمادگی به اعتیاد رابطه معنی داری وجود دارد. تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد که افسردگی $37/2\%$ درصد از واریانس آمادگی به اعتیاد را به طور معنی داری پیش بینی می کند. فرگوس و زیمرمن^۱ (۲۰۰۵) در پژوهشی به بررسی تاب آوری نوجوانان به عنوان یک چارچوب برای رشد سالم در مواجهه با عوامل خطر ساز پرداختند و به این نتیجه رسیدند که تاب آوری با مصرف مواد، رفتارهای خشونت آمیز و رفتارهای پر خطر جنسی ارتباط دارد. آروالو، گوئیلرمو و هورتنسید^۲ (۲۰۰۸) نشان دادند که عضویت در گروه های معتاد و مصرف مواد مخدر از طریق مؤلفه های تاب آوری قابل پیش بینی است و افراد غیر معتاد دارای سطح بالاتری از تاب آوری هستند. صالحی فدردی، آزاد و نعمتی (۲۰۱۰) در پژوهشی به بررسی رابطه بین تاب آوری، ساخت های انگیزشی و سوء مصرف مواد پرداختند. به همین منظور ۱۲۰ نفر را

مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که تاب‌آوری به صورت منفی با سوء مصرف مواد رابطه دارد و آن را پیش‌بینی می‌کند. تاب‌آوری بالا با ایجاد انعطاف‌پذیری انطباقی منجر به کاهش سوء مصرف مواد در نوجوانان می‌شود (باربارا و ویلند^۱، ۲۰۱۲). بارتون، هیستاد، اید و برویک^۲ (۲۰۱۲) در پژوهشی به بررسی تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای به عنوان عوامل خطر و حمایتی برای سوء مصرف الکل پرداختند. به همین منظور یک نمونه بزرگ از کارکنان نظامی ملی نیروژ را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای می‌توانند سوء مصرف الکل را پیش‌بینی کنند. ویلند^۳ و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی به بررسی تاب‌آوری در نوجوانان در معرض خطر سوء مصرف مواد پرداختند. به همین منظور ۶۷ نوجوان را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که سطوح بالای تاب‌آوری با سطوح پایین سوء مصرف مواد مرتبط است. کراسیکووا، لستر و هارمز^۴ (۲۰۱۵) در پژوهشی به بررسی رابطه سرمایه‌های روان‌شناختی مثبت و سلامت روان و سوء مصرف مواد پرداختند و به این نتیجه رسیدند که افرادی که از ظرفیت بالای سرمایه‌های روان‌شناختی برخوردار بودند، کمتر دچار سوء مصرف مواد می‌شدند. هودر^۵ و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی به بررسی ارتباط بین مصرف مواد، الکل و سیگار در نوجوان و عوامل حمایتی فردی و محیطی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی می‌تواند به عنوان یک عامل حمایتی در برابر سوء مصرف مواد عمل کند و با سوء مصرف مواد رابطه منفی دارد. بابایی، رضایی و اکبری بلوطبندگان (۱۳۹۶) پژوهشی با هدف تعیین رابطه تحول مثبت نوجوانی و رضایت از زندگی با نگرش به مواد مخدر در دانش‌آموزان انجام دادند. جامعه مورد مطالعه دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر قم بودند. نتایج حاصل از همبستگی پیرسون نشان داد که بین مؤلفه‌های تحول مثبت نوجوانی و نگرش به مواد مخدر و بین مؤلفه‌های نگرش به مواد مخدر و رضایت از زندگی رابطه منفی و معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نیز نشان داد که مؤلفه‌های ارتباط، منش، مراقبت و رضایت از زندگی به ترتیب

1. Barbara & Weiland
2. Bartone, Hystad, Eid & Brevik
3. Weiland

4. Krasikova, Lester & Harms
5. Hodder

بیشترین سهم را در پیش بینی نگرش به مواد مخدر در دانش آموزان داشتند. نتایج حاصل از این یافته‌ها، ضرورت توجه به منابع و سرمایه‌های مثبت نوجوانی و رضایت از زندگی را در کاهش اعتیاد و گرایش به مواد مخدر دانش آموزان مورد تأکید قرار داد. نتایج تحقیق عالی پور بیرگانی، زغبی قناد، حسامی و سرانچه (۱۳۹۳) نشان داد که خودکارآمدی، حمایت خانواده و خوش بینی مهم ترین پیش‌بین‌های گرایش به اعتیاد بودند و در مجموع ۲۴ درصد از واریانس آن را تبیین کردند. این محققان نتیجه گرفتند که با افزایش خودکارآمدی، حمایت خانواده و خوش‌بینی می‌توان گرایش به اعتیاد را کاهش داد.

تاب‌آوری

در حیطه روان‌شناسی تحولی، تاب‌آوری به عنوان یک فرآیند پویای مقابله موفق با شرایط ناگوار مورد مطالعه قرار گرفته است. در مطالعات طولی که در چارچوب این رویکرد در جمعیت‌های پرخطر انجام گرفته، درصدی از این افراد به مشکلات و آسیب‌هایی مبتلا می‌شدند، اما درصد بیشتری نیز سالم می‌ماندند. محققان برای این افراد که در شرایط ناگوار و پرخطر، پیامدهای نامطلوب را نشان نمی‌دادند، اصطلاحات گوناگونی مثل آسیب‌ناپذیر، مقاوم در برابر استرس و سرسخت به کار برده‌اند. اخیراً نیز اکثر محققان واژه تاب‌آور را برای مواجهه فرد در برابر شرایط پرخطر و ناگوار به کار می‌برند (بنارد،^۱ ۱۹۹۸). به اعتقاد زاترا، هال و مورای^۲ (۲۰۱۰) بهترین تعریفی که برای تاب‌آوری وجود دارد این است که آن را به عنوان سازگاری موفق با شرایط ناگوار در نظر بگیریم. ویژگی‌های شخص و موقعیت ممکن است تعیین‌کننده فرآیندهای تاب‌آوری باشند. تاب‌آوری فرایندی پویا است، یعنی سازماندهی مجدد سیستم‌های سازگاری برای ایجاد تاب‌آوری جدید در محیط‌های جدید. بنابراین تاب‌آوری ممکن است در مراحل مختلف زندگی متفاوت باشد و می‌تواند تحت تأثیر تحول افراد در طول زمان قرار گیرد (لیمری-چالفات^۳، ۲۰۱۰). تعریف دیگری که اخیراً مورد توجه قرار گرفته این است که تاب‌آوری نباید به عنوان یک صفت ایستا تصور شود یا به عنوان یک ویژگی فردی انگاشته شود.

1. Benard
2. Zautra, Hall & Murray

3. Lemery-Chalfant

تاب‌آوری از مجموعه فرآیندها و تعاملاتی که فراتر از مرزهای ارگانسیم فردی است و شامل روابط نزدیک و حمایت اجتماعی است، به وجود آمده است. تاب‌آوری انسان به فرایندها یا الگوهای از سازگاری و تحول مثبت در زمینه‌ی تهدیدهای قابل توجه در زندگی یا فعالیت‌های هر فرد اشاره دارد. آسیب‌های قابل توجه و شرایط ناگوار روان‌شناختی به طور آشکاری باعث تغییرات مهمی هم در پیامدهای کوتاه‌مدت و پیامدهای بلندمدت می‌شوند. مطالعات تاب‌آوری انسان بخصوص بر فهم تفاوت‌های فردی در ارتباط با تجربه‌های ناگوار متمرکز است (ماستن^۱، ۲۰۰۱). علاوه بر این تاب‌آوری به عنوان فرآیندهای تحولی مداوم از دوران کودکی به بزرگسالی تعریف شده است، یعنی این که کودکان و نوجوانان قادرند در مواجهه با شرایط ناگوار منابع درونی و بیرونی را شناسایی و از آن‌ها استفاده کنند. بررسی فرآیندهای تاب‌آوری در دوره نوجوانی ممکن است برای دوره بزرگسالی حیاتی باشد (جکسون، فرتکو و ادنبوروف^۲، ۲۰۰۷).

سازه تاب‌آوری به توانایی افراد برای سازگاری موفقیت‌آمیز در مواجهه با استرس‌های حاد، وقایع آسیب‌زا، شرایط ناگوار مزمن، حفظ یا به دست آوردن سریع بهزیستی روان‌شناختی و تعادل حیاتی مربوط است (چارنی^۳، ۲۰۰۴). محققان مفهوم تاب‌آوری را با عنوان یک فرآیند یا نیرویی که تحمل شخص در شرایط ناگوار و هنگام نگرانی را افزایش می‌دهد، به حساب می‌آورند. مک‌آلیستر و مک‌کینون^۴ (۲۰۰۹) تاب‌آوری را به عنوان یک توانایی برای بهبود در شرایط ناگوار و غلبه بر مشکلات در زندگی افراد، توصیف کرده‌اند. آن‌ها همچنین معتقدند افرادی که از خود تاب‌آوری نشان می‌دهند تمایل دارند که مجموعه‌ای از ویژگی‌ها و خصوصیات را به دست آورند که این ویژگی‌ها و خصوصیات آن‌ها را برای غلبه بر مشکلات موجود در زندگی مجهز می‌کند. تاب‌آوری شامل تعامل بین محرک تنش‌زا، محیط و ویژگی‌های شخصی است (جوکار، ۱۳۸۶). گارمزی^۵ و ماستن (۱۹۹۱) تاب‌آوری را یک فرآیند، توانایی، یا پیامد مقابله موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده تعریف نموده‌اند. به بیان دیگر، تاب‌آوری مقابله مثبت در واکنش به

1. Mastan
2. Jakson, Fritko & Edenborough
3. Charney

4. Mc Alister & Mckinnon
5. Garnezy

شرایط ناگوار است (والر، ۲۰۰۱). البته تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می‌توان گفت که تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی - روانی در شرایط خطرناک است (بشارت، صالحی، شاه محمدی، نادعلی و زبردست، ۱۳۸۷). افزون بر این، پژوهشگران بر این باورند که تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است. کامپفر^۲ (۱۹۹۹) باور داشت که تاب‌آوری، بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر (در شرایط تهدید کننده) است و از این رو مقابله موفق در زندگی را فراهم می‌کند. در عین حال کامپفر به این نکته نیز اشاره می‌نماید که مقابله مثبت با زندگی، هم می‌تواند پیامد تاب‌آوری به شمار رود و هم به عنوان پیشایندهای سطح بالاتری از تاب‌آوری را سبب شود. وی این مسأله را ناشی از پیچیدگی تعریف و نگاه فرآیندی به تاب‌آوری می‌داند. به طور کلی واژه تاب‌آوری به عوامل و فرایندهایی اطلاق می‌شود که خط سیر تحولی را از رفتارهای مشکل‌زا و آسیب روان‌شناختی دور کرده و به رغم وجود شرایط ناگوار به پیامدهای سازگارانه منتهی می‌گردد (کامپفر، ۱۹۹۹؛ به نقل از محمدی، ۱۳۸۴). محققان تاب‌آوری و آسیب‌پذیری را دو قطب متضاد یک پیوستار می‌دانند. آسیب‌پذیری به افزایش احتمال پیامدای منفی در برابر خطرات اطلاق می‌شود (به نقل از محمدی، ۱۳۸۴). در خصوص ارتباط تاب‌آوری با سوءمصرف مواد می‌توان گفت که تاب‌آوری فرایندی پویا است که شامل سازگاری مثبت هنگام سختی‌های چشمگیر است. به عبارت دیگر تاب‌آوری اشاره به ویژگی شخصیتی دارد که منعکس کننده کارایی شخصی به طور کلی و انعطاف‌پذیری عملکرد در پاسخ به شرایط محیطی مختلف است. این سازه اغلب در رابطه نزدیک با خودتنظیمی در نظر گرفته می‌شود و نشان دهنده توانایی انعطاف‌پذیر در تنظیم سطوح کنترل در شرایط متفاوت است و از این رو به عنوان مقابله موثر و کارآمد در برخورد با عوامل تنش‌زا و چالش‌ها محسوب می‌شود. تاب‌آوری مفهومی چند بعدی و به معنای مقابله موثر با عوامل تنش‌زا است و منابع مقابله‌ای انسان،

عواملی چون خودپنداره و عزت نفس، خوش‌بینی، راهبردهای مقابله‌ای و روابط اجتماعی مطلوب را در بر می‌گیرد (رحمتی و صابر، ۱۳۹۶). افراد تاب‌آور قدرت پذیرش واقعیت را دارند و بر این باور هستند که زندگی بامعنا تر از آن است که بخواهند در مقابل مشکلات تسلیم شوند و برعکس افراد با تاب‌آوری پایین در مقایسه با افراد دارای تاب‌آوری بالا، تغییر در زندگی را منفی و کنترل‌ناپذیر ارزیابی می‌کنند (پارسا و یزدخواستی، ۱۳۹۳). افراد تاب‌آور به دلیل بهره‌مندی از سبک تبیین خوش‌بینانه احساس توانمندی در رویارویی با مشکلات، برخورد مسئله‌مدارانه با مشکلات، انتظارات مثبت درباره پیامدها و باور به وابستگی پیامد به عمل، می‌توانند سازگاری خود را در رویدادهای پیش‌بینی نشده و ناگوار حفظ کنند. همچنین افراد سرسخت به رویارویی موفق و کارآمد در برابر استرس‌ها با وجود بروز پیشامدهای ناگوار امیدوار هستند. از توانایی یافتن معنی در تجارب آشفته ساز بهره‌مند هستند و به نقش خود به عنوان فرد ارزنده و با اهمیت باور دارند (کینگ، ۲۰۱۰). بنابراین، با توجه ویژگی‌های افراد تاب‌آور می‌توان گفت که تاب‌آوری بالاتر گرایش به مصرف مواد را کاهش می‌دهد و به فرایند درمان و بهبود افراد وابسته به مواد نیز کمک می‌کند.

ابعاد اساسی تاب‌آوری

تاکنون سه جریان مطالعه و تحقیق در مورد تاب‌آوری وجود دارد و چهارمین جریان نیز در حال شکل‌گیری است (ماستن، ۲۰۰۷).

- جریان اول بر توصیف و تبیین تفاوت میان افرادی که در برابر شرایط ناگوار و خطر در موارد مختلف عکس‌العمل نشان می‌دادند، متمرکز شد. این جریان مقدار قابل ملاحظه‌ای از ثبات و سازگاری افراد، روابط و منابع تاب‌آوری را آشکار ساخته است و این عوامل محافظتی اثر خود را در جریان‌های بعدی نشان داده است.
- جریان دوم فراتر از توصیف عوامل یا متغیرهای مربوط به تاب‌آوری، روی فرآیندها متمرکز شده است. این جریان با وجود توجه زیاد به سطوح چندگانه‌ی

تحلیل و فرآیندهای نوربیولوژیکی به این نوع تحقیق ادامه می‌دهد (سیچتی و کورتیس، ۲۰۰۷).

• جریان سوم با تلاش‌هایی برای آزمون ایده‌های مربوط به تاب‌آوری از طریق مداخله، همچون تربیت مفید و کارآمد، درگیری مدرسه (هاو کینز، کاتالانو، کاسترمن، آبت و هیل، ۱۹۹۹) و اخیراً مهارت‌های اجرایی (دایموند، بارت، توماس و مونرو، ۲۰۰۷) آغاز شد.

• مطالعات مربوط به جریان چهارم تاب‌آوری به دنبال پیشرفت سریع مطالعه ژن‌ها، برای درک بهتر فرآیندهای پیچیده‌ای است که منجر به تاب‌آوری می‌شوند (ماستن، ۲۰۰۷).

گرچه ممکن است تاب‌آوری تقریباً فراگیر باشد، ولی احتمال اینکه همه ما به یک اندازه تاب‌آور باشیم و یا عوامل محیطی که تاب‌آوری را در برابر استرس تقویت یا تضعیف می‌کنند به طور مساوی در بین مردم تقسیم شده باشند، اندک است. انسان‌ها از نظر توان درونی، انعطاف‌پذیری و تحمل در برابر مشکلات متفاوت هستند (گالو، بوگارت، ورانسینو و ماتیوس، ۲۰۰۵). در زمینه پیامدهای تاب‌آوری، شماری از پژوهش‌ها به تأثیر سلامت روان یا کاهش مشکلات هیجانی بر رضایت از زندگی اشاره داشته‌اند (هامارات، تامپسون، زابراکی، استیل و ماتنی، ۲۰۰۱؛ باسو، ۲۰۰۴). سازگاری مثبت یا تحول مثبت می‌تواند در اصطلاح عملکرد درونی (یعنی بهزیستی روان‌شناختی) یا عملکرد بیرونی (یعنی انجام اعمال خوب در مدرسه و محل کار و همکاری در جامعه) یا ترکیب چیزهایی مانند شادی و موفقیت، تعریف شود (ماستن، بورت و کاتس وورث، ۲۰۰۶). فهم بهتر سازگاری و منابع انطباقی ممکن است بیشتر در طراحی مداخلات برای ارتقاء تاب‌آوری در بزرگسالی سودمند باشد.

1. Cicchetti & Curtis
2. Hawkins, Catalano, Kosterman, Abbott & Hill
3. Diamond, Barnett, Thomas & Munro

4. Gallo, Bogart, Vranceanu & Matthews
5. Hamarat, Thompson, Zabucky, Steele & Matheny
6. Basu
7. Burt & Coatsworth

خودکارآمدی

خودکارآمدی از نظریه شناخت اجتماعی بندورا^۱ (۱۹۹۷) روان‌شناس مشهور، مشتق شده است و به باورها یا قضاوت‌های فرد به توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسئولیت‌ها اشاره دارد. نظریه شناخت اجتماعی مبتنی بر الگوی علی سه جانبه رفتار، محیط و فرد است. این الگو به ارتباط متقابل بین رفتار، اثرات محیطی و عوامل فردی (عوامل شناختی، عاطفی و بیولوژیک) که به ادراک فرد برای توصیف کارکردهای روان‌شناختی اشاره دارد، تأکید می‌کند. بر اساس این نظریه، افراد در یک نظام علیت سه جانبه بر انگیزش و رفتار خود اثر می‌گذارند. بندورا (۱۹۹۷) اثرات یک بعدی محیط بر رفتار فرد که یکی از فرضیه‌های مهم روان‌شناسان رفتارگرا بوده است، را رد کرد. انسان‌ها دارای نوعی نظام خودکنترلی و نیروی خودتنظیمی هستند و توسط آن نظام بر افکار، احساسات و رفتارهای خود کنترل دارند و بر سرنوشت خود نقش تعیین‌کننده‌ای ایفا می‌کنند. بدین ترتیب رفتار انسان تنها در کنترل محیط نیست بلکه فرایندهای شناختی نقش مهمی در رفتار آدمی دارند. عملکرد و یادگیری انسان متأثر از گرایش‌های شناختی، عاطفی و احساسات، انتظارات، باورها و ارزش‌هاست. انسان موجودی فعال است و بر رویدادهای زندگی خود اثر می‌گذارد. انسان تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی است و به‌طور فعال بر انگیزه‌ها و رفتار خود اثر دارد. بندورا (۱۹۹۷) مطرح می‌کند که خودکارآمدی، توان سازنده‌ای است که از طریق آن مهارت‌های شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان برای تحقق اهداف مختلف، به گونه‌ای اثربخش ساماندهی می‌شوند. به نظر وی داشتن دانش، مهارت‌ها و دستاوردهای قبلی افراد پیش‌بینی‌کننده‌های مناسبی برای عملکرد آینده افراد نیستند، بلکه باور انسان درباره توانایی‌های خود در انجام آن‌ها بر چگونگی عملکرد خویش مؤثر است. بین داشتن مهارت‌های مختلف با توان ترکیب آن‌ها به روش‌های مناسب برای انجام وظایف در شرایط گوناگون، تفاوت آشکار وجود دارد. افراد کاملاً می‌دانند که باید چه وظایفی را انجام دهند و مهارت‌های لازم برای انجام وظایف را دارند، اما اغلب در اجرای مناسب مهارت‌ها موفق نیستند (بندورا، ۱۹۹۷). خودشناسی از طریق پردازش مهارت‌های

شناختی، انگیزشی و عاطفی که عهده‌دار انتقال دانش و توانائی‌ها به رفتار ماهرانه هستند، فعال می‌شود. به‌طور خلاصه، به‌طور کارآمدی به داشتن مهارت یا مهارت‌ها مربوط نمی‌شود، بلکه داشتن باور به توانایی انجام کار در موقعیت‌های مختلف اشاره دارد. باور کارآمدی عاملی مهم در نظام سازنده شایستگی انسان است. انجام وظایف توسط افراد مختلف با مهارت‌های مشابه در موقعیت‌های متفاوت به صورت ضعیف، متوسط و یا قوی و یا توسط یک فرد در شرایط متفاوت به تغییرات باورهای کارآمدی آنان وابسته است. مهارت‌ها می‌توانند به آسانی تحت تأثیر خودتردیدی قرار گیرند. در نتیجه حتی افراد خیلی مستعد در شرایطی که باور ضعیفی نسبت به خود داشته باشند از توانائی‌های خود استفاده کمتری می‌کنند (بندورا، ۱۹۹۷). به همین دلیل، احساس خود کارآمدی، افراد را قادر می‌سازد تا با استفاده از مهارت‌ها، در برخورد با موانع کارهای فوق العاده‌ای انجام دهند. بنابراین، خود کارآمدی درک شده عاملی مهم برای انجام موفقیت آمیز عملکرد و مهارت‌های اساسی لازم برای انجام آن است.

۴۱

عملکرد مؤثر هم به داشتن مهارت‌ها و هم به باور در توانایی انجام آن مهارت‌ها نیازمند است. اداره کردن موقعیت‌های دایم‌التغییر، مبهم، غیرقابل پیش‌بینی و استرس‌زا مستلزم داشتن مهارت‌های چندگانه است. مهارت‌های قبلی برای پاسخ به تقاضای گوناگون موقعیت‌های مختلف باید غالباً به شیوه‌های جدید ساماندهی شوند. بنابراین، مبادلات با محیط تا حدودی تحت تأثیر قضاوت‌های فرد در مورد توانائی‌های خویش است. بدین معنی که افراد باور داشته باشند که در شرایط خاص، می‌توانند وظایف را انجام دهند. خود کارآمدی درک شده معیار داشتن مهارت‌های شخصی نیست، بلکه بدین معنی است که فرد به این باور رسیده باشد که می‌تواند در شرایط مختلف با هر نوع مهارتی که داشته باشد، وظایف را به نحو مطلوب انجام دهد.

اثرات خود کارآمدی بر کارکردهای روان‌شناختی

الف) اثر خود کارآمدی بر سطح انگیزش: خود کارآمدی ادراک شده نقش

تعیین‌کننده‌ای بر خود‌انگیزی^۱ افراد دارد، زیرا باور خود‌کارآمدی بر گزینش اهداف چالش‌آور، میزان تلاش و کوشش در انجام وظایف، میزان استقامت و پشتکاری در رویارویی با مشکلات و میزان تحمل فشارها اثر می‌گذارد (لاک و لاتام^۲، ۱۹۹۰؛ بندورا ۲۰۰۰). باور خود‌کارآمدی نقش اساسی در رفتار انسان دارد. برخی تعیین‌کننده‌های خود‌کارآمدی به شرح زیر است:

- انتخاب اهداف: خود‌کارآمدی به عنوان یک عامل تعیین‌کننده مهم انتخاب اهداف پرچالش و فعالیت‌های دشوار فردی عمل می‌کند. یک فرد معمولاً اهدافی را انتخاب می‌کند که در کسب موفقیت‌آمیز آن‌ها، سطح معینی از توانایی را داشته باشد. بر این اساس، افراد از فعالیت‌هایی که توانایی انجام آن‌ها را ندارند اجتناب می‌کنند. این اجتناب به نوبه خود می‌تواند برای افراد در انجام فعالیت‌های چالش‌برانگیز و میزان تقویت مثبت بازخوردهای حاصل از آن محدودیت ایجاد کند. افرادی که به کارآمدی خود باور دارند، اهداف چالش‌انگیز را انتخاب می‌کنند و از تجارب تهدیدآمیز اجتناب می‌کنند. افراد با کارآمدی پایین از رویارویی با تکالیف، وظایف و اهداف مشکل‌پرهیز می‌کنند. افراد خود‌کارآمد بر اساس اهداف انتخابی، خود را موظف به تعیین معیارهای عملکرد کرده و پس از آن به مشاهده و قضاوت درباره نتایج عملکرد خود می‌پردازند و در صورت مشاهده ناهمخوانی بین سطوح واقعی و مطلوب عملکرد، احساس نارضایتی می‌کنند و این محرکی برای تعیین و اصلاح عمل در آن‌ها است. افراد از طریق انتخاب‌ها بر جریان زندگی شخصی و شغلی خود اثر می‌گذارند. آنان از موقعیت‌ها، فعالیت‌ها و به‌طور کلی انتخاب‌هایی که باور دارند بیش از حد توان آن‌ها است، اجتناب می‌کنند و آن دسته از فعالیت‌هایی را انتخاب می‌کنند که باور دارند می‌توانند از عهده آنان برآیند. افراد دارای احساس خود‌کارآمدی بالا، موقعیت‌ها و اهدافی را انتخاب می‌کنند که ممکن است، ولی خارج از توان آنان نیست. باورهای خود‌کارآمدی در انتخاب‌های افراد همچون انتخاب رشته، حرفه،

1. self- motivation

2. Locke & Latham

کلاس‌های پیشرفته تأثیر دارد و نقش مهمی در آینده شغلی و شخصی دارد (بندورا، ۲۰۰۰).

- کسب نتایج یا پیامدهای مورد انتظار: خودکارآمدی، نقش مؤثری در پیامدهای بالقوه مشوق‌ها و بازدارنده‌های مورد انتظار دارد. پیامدهای قابل پیش‌بینی، عمدتاً به باورهای افراد در توانایی انجام فعالیت‌ها در موقعیت‌های مختلف وابسته است. افراد دارای کارآمدی بالا انتظار پیامدهای مطلوب از طریق عملکرد خوب را دارند ولی افراد دارای کارآمدی پایین، انتظار عملکرد ضعیفی را از خود دارند و در نهایت نتایج منفی یا ضعیفی را به دست می‌آورند. بندورا (۱۹۹۷) اظهار می‌کند که فعالیت‌های بی‌شماری وجود دارد که اگر به خوبی انجام شوند، پیامدهای مطلوبی به دنبال دارند، ولی آن فعالیت‌ها توسط افرادی که به توانایی‌های خود در انجام موفقیت‌آمیز شک می‌کنند، پیگیری نمی‌شوند. بالعکس افراد با کارآمدی بالا، انتظار دارند با تلاش‌های خود موفقیت‌هایی کسب کنند و با وجود پیامدهای منفی به آسانی منصرف نمی‌شوند. بنابراین، نظریه خودکارآمدی بیان می‌کند که باور فرد به توانایی‌های خود، رفتارهای مورد نیاز برای کسب نتایج مثبت مورد انتظار را ایجاد می‌کند و موجب می‌شود که فرد برای به کارگیری رفتار خود تلاش‌های مضاعفی انجام دهد.

- اجرای اهداف: خودکارآمدی ادراک شده نه تنها در انتخاب اهداف بلکه بر اجرای آن‌ها نیز اثر می‌گذارد. انجام یک تصمیم به هیچ وجه به افراد اطمینان نمی‌دهد که رفتارهای مورد نیاز را به طور موفقیت‌آمیز انجام دهند و در مواجهه با مشکلات، استقامت و پایداری داشته باشند. یک تصمیم‌گیری روانی به یک عمل روانی مشتق شده از باور کارآمدی بالا، نیاز دارد. باور به کارآمدی شخصی همچنین به رفتار انسان شکل می‌دهد که آیا از فرصت‌ها استفاده می‌کند و یا از حضور آنان در شرایط مختلف زندگی جلوگیری به عمل می‌آورد. افراد با خودکارآمدی بالا بر فرصت‌های ارتقاء شغلی و غلبه بر موانع متمرکز می‌شوند و با ابتکار و پشتکار عنان کنترل بر محیط و محدودیت‌ها را به دست می‌گیرند. افرادی

که دچار خود تردیدی می‌شوند، بر موانع و محدودیت‌ها کنترل کمی دارند و یا اصلاً کنترل ندارند و به آسانی تلاش‌های خود را بیهوده می‌شمارند. آنان از فرصت‌های محیطی کم استفاده می‌کنند (بندورا، ۱۹۹۷).

- میزان تلاش: خود کارآمدی درک شده بر میزان تلاش برای انجام یک وظیفه اثر می‌گذارد. افرادی که به کارآمدی خود باور دارند برای غلبه بر موانع و مشکلات تلاش‌های مضاعفی می‌کنند. در مقابل افرادی که به شایستگی‌های خود شک می‌کنند و یا باور کارآمدی ضعیفی دارند، هنگام رویارویی با مشکلات، موانع و شکست‌ها تلاش کمی می‌کنند و یا منصرف می‌شوند و یا اینکه راه‌حل‌های پایین‌تر از حد معمول ارائه می‌دهند. این افراد علت شکست را به ناتوانی خویش نسبت می‌دهند و توجه آنان به جای حل مسئله، متمرکز بر فقدان شایستگی خود است. ولی افراد با کارآمدی بالا علت شکست را تلاش و کوشش کم می‌دانند (بندورا، ۱۹۹۷).

- میزان استقامت و پشتکار: خود کارآمدی ادراک شده بر میزان استقامت، جدیت و پشتکار فرد در نیل به اهداف مورد انتظار در برخورد با موانع اثر می‌گذارد. افراد کارآمد در مواجهه با رویدادهای دشوار، استقامت و پشتکار زیادی به خرج می‌دهند و از منابع مختلف فردی و محیطی بازخوردهای مثبت می‌گیرند که آن بازخوردها به نوبه خود به عنوان تقویت‌کننده خود کارآمدی عمل می‌کنند. برعکس، افراد با خود کارآمدی پایین و یا افرادی که در کسب نتایج مورد انتظار تلاش نمی‌کنند، بازخوردهایی دریافت می‌کنند که نشانگر عدم توانمندی آنان در انجام وظایف است (بندورا، ۱۹۹۷).

- استرس و فشار روانی: خود کارآمدی بر میزان استرس و فشار روانی و افسردگی ناشی از موقعیت‌های تهدیدکننده اثر می‌گذارد. افراد با کارآمدی بالا در موقعیت‌های فشارزا سطح فشار روانی خود را کاهش می‌دهند. ولی افراد دارای خود کارآمدی پایین در کنترل تهدیدها، اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند و عدم کارآمدی خود را گسترش می‌دهند. آن‌ها بسیاری از جنبه‌های محیطی را پرخطر و

تهدید زا می بینند که این امر می تواند موجب استرس شود. افرادی که باور دارند می توانند تهدیدها و پافشاری های بالقوه را کنترل کنند، عوامل آشفته ساز را به ذهن خود راه نمی دهند و در نتیجه به وسیله آن ها آشفته نمی شوند (بندورا، ۱۹۹۷).

• خودتنظیمی: افراد، دارای نظام خودتنظیمی هستند. خودتنظیمی آنان را قادر می سازد تا بر افکار، احساسات، انگیزش و رفتار خود کنترل داشته باشند. انسان از درجه و میزان کنترل بر زندگی و رفتار خود، ادراکاتی دارد. افراد تلاش می کنند بر رویدادهایی که زندگی را تحت تأثیر قرار می دهند کنترل داشته باشند. با اعمال نفوذ بر موقعیت ها می توان آینده مطلوب داشت و از نتایج نامطلوب ممانعت به عمل آورد (بندورا، ۱۹۹۷).

ب- تأثیر خودکارآمدی بر عواطف: موفقیت و پیروزی هر انسانی در زندگی، کسب و کار، دوست یابی و یا هر اقدام دیگر، حاصل تصور و نگرش مثبت شخصی او از خویشتن است. این نگرش مثبت است که فرد را به سوی موفقیت می کشاند و برعکس نگرش منفی از خود و دیگران باعث می شود که ذهن انسان به جای استفاده از فرصت ها، صرف فکر کردن به مشکلات شود که در درازمدت می تواند اثرات سوء دیگری در رفتار خلق و خوی ما با دیگران داشته باشد. تجربه های ناشی از موفقیت و یا شکست کارکنان در طول سال های خدمت، تصورات آنان را در رابطه با توانایی هایشان نسبت به انجام وظایف شغلی تحت تأثیر قرار می دهد. اگر فرد معتقد باشد که قبلاً وظیفه مشابهی را با موفقیت انجام داده است، احتمالاً با وظایف و فعالیت های بعدی بیشتر با نگاه مثبت برخورد خواهد کرد و اگر با شکست مواجه شده باشد با تکالیف بعدی با نوعی نگاه منفی روبرو خواهد شد. بندورا معتقد است که حل یک مسئله یا موفقیت در انجام یک وظیفه خاص، تجربه هیجانی را ایجاد می کند که موجب تمایل و گرایش به درگیر شدن برای رسیدن به حد تسلط در مسائل آینده می شود و احساس کارآمدی را افزایش می دهد (بندورا، ۱۹۹۷).

بندورا (۱۹۹۷) مطرح می کند که باور افراد به خودکارآمدی خویش، بخش عمده ای از خودآگاهی آنان را تشکیل می دهد. برای ایجاد و تغییر نظام باورهای خودکارآمدی چهار منبع مهم وجود دارد. این منابع عبارتند از: تجربه های موفق، تجربه های جانشینی،

ترغیب‌های کلامی یا اجتماعی و حالات عاطفی و فی—زبولوژیک. منابع خودکارآمدی ذاتاً آگاهی‌دهنده نیستند. آن‌ها داده‌های خام هستند که از طریق پردازش شناختی و تفکر انعکاسی آموزنده می‌شوند. بنابراین، باید بین اطلاعات و دانش‌هایی که از وقایع و رویدادها کسب می‌شود و اطلاعاتی که روی خودکارآمدی اثر می‌گذارد تفاوت قائل شد.

تجربه‌های موفق: تجارب موفق یا عملکرد موفقیت‌آمیز مؤثرترین منبع ایجاد و تقویت کارآمدی شخصی هستند (بندورا، ۱۹۹۷). تجربه موفق شغلی به شدت و نیرومندی باورهای خودکارآمدی به عنوان نتیجه انجام وظایف اشاره دارد. در الگوی علیت سه جانبه، این منبع به تأثیر رفتار فرد بر باور خودکارآمدی مرتبط است. موفقیت‌های قبلی که بر تسلط شخصی مبتنی هستند، شواهد فوری و ملموس فراهم می‌کنند که آیا شخص می‌تواند در انجام یک وظیفه خاص موفق شود یا خیر؟ (بندورا، ۱۹۹۷). بندورا (۱۹۹۷) اشاره می‌کند که موفقیت‌ها باور کارآمدی را تقویت می‌کنند و شکست‌ها بخصوص اگر قبل از احساس کارآمدی رخ دهند، باور خودکارآمدی را تضعیف می‌کنند. عملکردهایی که به نتایج مورد انتظار ختم نشوند، می‌توانند کارآمدی پایین‌تری را ایجاد کنند. احساس خودکارآمدی زمانی ایجاد می‌شود که فرد قادر باشد با پشتکار و تلاش مداوم بر موانع غلبه یابد. هنگامی که افراد باور کنند که الزامات کسب موفقیت را دارند در مواجهه با ناملایمات و سختی‌ها پشتکار بیشتری به خرج می‌دهند و با تحمل سختی‌ها، قوی‌تر و تواناتر می‌شوند. تجربه‌هایی که اطمینان توانمندی فردی را فراهم کنند، به وی اجازه می‌دهند که مشکلات و شکست‌ها را بدون از دست‌دادن شایستگی‌ها تحمل کند. شدت و ضعف باورهای کارآمدی نیروی انسانی با توجه به موفقیت‌ها و شکست‌های شغلی تجربه شده، کاربردهای مهمی برای مدیریت منابع انسانی دارد. یکی از خطرناک‌ترین پدیده‌هایی که نسل بشر را در معرض سقوط و انحطاط روانی، اخلاقی و جسمانی قرار می‌دهد و سلامت فرد و جامعه را تهدید می‌کند، اعتیاد به مواد مخدر است. گسترش و روند رو به افزایش اعتیاد به مواد مخدر، بنیان‌های فرهنگی، روانی و اجتماعی یک جامعه و به ویژه بنیان خانواده را به شدت متزلزل می‌سازد. آمارها نشان می‌دهد که همه گروه‌های سنی در

معرض خطر اعتیاد قرار دارند، لیکن در این بین، سهم جوانان بیشتر از دیگران است. اعتیاد در کنار فقر و جهل تشکیل مثلث شومی را می‌دهند که نتیجه آن حذف نشاط، سرزندگی و پویایی از میان جامعه به ویژه جوانان است (دهقانی و عیسی‌وند، ۱۳۸۵). اکثر مؤلفان و محققانی که در حوزه آسیب‌های اجتماعی مطالعه کرده‌اند، به خانواده به عنوان عامل مؤثر در ایجاد و گسترش اعتیاد اشاره داشته‌اند. همچنین متخصصان جامعه‌شناسی خانواده نیز بر این امر صحنه گذاشته‌اند که هیچ جامعه‌ای نمی‌تواند ادعای سلامت کند، چنانچه از خانواده‌های سالم برخوردار نباشد. بدون هیچ شبهه‌ای می‌توان گفت که هیچ یک از آسیب‌های اجتماعی نیست که فارغ از تأثیر خانواده پدید آمده باشد (ساروخانی، ۱۳۷۰).

در رابطه با ارتباط خودکارآمدی با سوء مصرف مواد می‌توان گفت کسانی که خودکارآمدی بالایی دارند، پایداری بیشتری از خودشان نشان می‌دهند و تفکرات منفی درباره خود و توانایی خود را نمی‌پذیرند. بر این اساس احساس خودکارآمدی به افراد کمک می‌کند تا در مقابل مواد و فشار دوستان مقاومت نموده و رفتارهای خود را کنترل نمایند. بر اساس نظریه رفتار طرح ریزی، حتی اگر افراد قصد مصرف مواد را نداشته باشند ممکن است به دلیل فقدان مهارت‌های لازم در امتناع از فشار همسالان، وادار به مصرف مواد شوند. بنابراین اگر یکی از معانی خودکارآمدی را توانایی فرد برای مقابله با عوامل فشارزای بیرونی بدانیم، پس پایین بودن این قابلیت در افراد باعث تسلیم شدن آن‌ها در مواقع مختلف و مخصوصاً در برابر فشار دوستان و همسالان برای مصرف مواد مخدر می‌شود. از طرف دیگر پایین بودن خودکارآمدی در افراد باعث می‌شود که این افراد برای کنترل افسردگی، استرس و یا به طور کلی تغییرات خلقی خود به آرام‌کننده‌های بیرونی و از جمله مواد مخدر روی بیاورند (احمد محمودی و جعفری‌هرندی، ۱۳۹۳). احساس خودکارآمدی پایین با عزت نفس پایین، تفکرات بدبینانه نسبت به خود و توانایی عملکرد خود در ارتباط است. افراد با خودکارآمدی پایین از هر کنش‌هایی که به باور آن‌ها فراتر از توانایی‌شان باشد، پرهیز می‌کنند و موقعیت‌های استرس‌زا را غیر قابل کنترل دانسته و بیشتر به راهبردهای مقابله ناکارآمد مانند ایجاد دوستی‌های مخرب و مصرف مواد و الکل روی می‌آورند (ربانی باوجدان، ربانی باوجدان، نیک آذین، کاویانی و خضری مقدم، ۱۳۹۱).

عقاید خود کارآمدی موجب کاهش انفعال و سازگاری فرد با مشکلات می‌شود و شخص را به چالش با مشکلات برمی‌انگیزد و باعث می‌شود که فرد در هنگام مشکلات کمتر به سمت مواد کشاننده شود (اکبرزاده و همکاران، ۱۳۹۳).

امید

اسنایدر، هریس، اندرسون، هولران و ایروینگ^۱ (۱۹۹۱) امید را مجموعه‌ای شناختی می‌دانند که مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون (تصمیم‌های هدفدار) و مسیرها (شیوه انتخاب شده برای نیل به اهداف) است. افرادی که دارای امید بالایی هستند، دارای یک حس مدیریت تعیین هدف، همراه با توانایی برای تولید برنامه‌هایی برای رسیدن به اهداف خود هستند. اسنایدر، مایکل و چیونز^۲ (۱۹۹۹) چنین مطرح کرده‌اند که امید ممکن است یک اثر تعدیل‌کننده داشته باشد. به طوری که افراد دارای امیدواری بالا، نسبت به آن‌هایی که امیدواری کمتری دارند، توانایی بیشتری برای سازگاری و مقابله با بحران‌ها دارند. افراد دارای امید بالا قابلیت بیشتری برای مدیریت موثر بر عوامل استرس‌زا را دارند. در نظریه امید اسنایدر، امید عبارت است از تفکری آرزومند برای فهم این که افکار عمدی چگونه منجر به اعمال قابل قبول می‌شوند.

یکی از راه‌هایی که می‌توان به مفهوم امید دست یافت، تعریف متضاد آن یعنی ناامیدی است. ناامیدی با نشانه‌هایی چون بی‌فایده‌گی و انتظارات منفی نسبت به آینده مشخص می‌شود. گروپمن^۳ امید را احساس وجود نشاط در نظر می‌گیرد که هنگامی تجربه می‌شود که فرد آینده بهتری را فراسوی چشمان خود انتظار داشته باشد. امید عبور از موانع مهم و پرتگاه‌های عمیق را در طی مسیر تسهیل می‌کند. امید به فرد جرأت می‌دهد که با شرایط سخت مواجه گردد و توانایی غلبه بر آن‌ها را پیدا کند (به نقل از طاهری، پورمحمد رضای تجربی و سلطانی بهرام، ۱۳۹۱). از نظر جامعه‌شناسی و روان‌شناسی، سلامتی افراد تنها به عنوان یک عضو بیولوژیکی بررسی نمی‌شود، بلکه این علوم افراد را به عنوان عوامل فعالی می‌بیند که درگیر در اجتماع، اقتصاد، سیاست، مذهب، جنسیت و غیره هستند. این عوامل

1. Harris, Anderson, Holleran & Irving

2. Michael & Cheavens
3. Groopman

در نحوه عمل افراد در جامعه تأثیر می‌گذارند. در قرن اخیر، افزایش امید به آینده باعث شده که مفهوم سلامتی از محدوده‌ی زنده ماندن فراتر رود و به موضوعاتی چون رهایی از امراض و ناتوانی و افزایش توانمندی افراد برای عملکرد بهتر در فعالیت‌های روزمره و نیز افزایش کیفیت زندگی تمرکز یابد.

عوامل بی‌شماری بر امید افراد تأثیر دارند. این عوامل شامل تندرستی، سبک زندگی، ایجاد شیوه‌های سالم در زندگی، حمایت اجتماعی، رضایت از زندگی، روابط اجتماعی و فرهنگی می‌شود (روح الامین، مولوی، آقایی، آتش پور و عاطف، ۱۳۸۵). معمولاً هر چه مردم در موقعیت نامطلوب‌تر و پایین‌تر از نظر اجتماعی قرار بگیرند، بیشتر به بیماری دچار می‌شوند و زودتر می‌میرند.

امید و ناامیدی از عوامل مهم سلامت روان می‌باشد. به عنوان مثال، در افسردگی، ناامیدی یکی از نشانه‌های کلیدی است. افراد با امیدواری بالاتر بر این باورند که آن‌ها می‌توانند اهداف خود را شروع و به سمت آن حرکت کنند و نیز معتقدند که می‌توانند راه‌های قابل قبولی را برای رسیدن به اهداف ایجاد کنند. امید در تمام ابعاد زندگی انسان عنصری ضروری است. امید توانایی باور داشتن احساسی بهتر در آینده می‌باشد و امید است که پس از بحران‌ها، آرامش را به فرد باز می‌گرداند، بنابراین در بهداشت روان تأثیر دارد. در واقع، امید به عنوان عاملی برای غنای زندگی، افراد را قادر می‌سازد تا با چشم‌اندازی فراتر، وضعیت کنونی و نابسامانی درد و رنج خود را ببینند (ابریت^۱ و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از مقیمیان و سلمانی، ۱۳۹۱).

در رابطه با ارتباط امیدواری با سوءمصرف مواد می‌توان گفت که امید توانایی باور یک احساس بهتر از آینده و یکی از پایه‌های اصولی توازن روانی و مشخص‌کننده دستاوردهای زندگی است. در امیدواری شخص نیروهای خلاقانه خویش را در راه بهبود چگونگی زندگی‌اش به کار می‌برد. افراد با سرمایه روان‌شناختی بالا که از ظرفیت امیدواری بالا برخوردارند از آنجا که در مواجهه با موانع، توانایی بالایی در یافتن مسیرهای جایگزین برای رسیدن به اهداف خود دارند، هنگام برخورد با موانع کمتر به سراغ

رفتارهای اعتیادی می‌روند (رحمتی، ۱۳۹۵). امید به عنوان یک نیروی درونی باعث غنای زندگی می‌شود و به افراد کمک می‌کند تا نگاهی فراتر به وضعیت کنونی خود داشته باشند. افرادی که امید را به عنوان منبع مهمی در زندگی خود درک کنند می‌توانند بر موانع و مشکلات برای مبارزه با شرایط نامطلوب غلبه کنند (افشاری و همکاران، ۱۳۹۵). همه انسان‌ها در هنگام گرفتاری به حمایت دوستان و اطرافیان خود نیاز دارند تا احساس امنیت کنند؛ لذا هر چه میزان سرمایه اجتماعی و حمایت دیگران بیشتر باشد، امیدواری نیز بیشتر است. امیدواری باعث می‌شود که هنگام مشکلات شخص بیشتر به خدا و حمایت دیگران امید داشته و کمتر به سمت مواد برود. استاتس^۱ (۱۹۸۶) معتقد است که امید دارای دو مولفه شناختی (انتظار روی دادن وقایعی در آینده) و عاطفی (امید به این که این رویدادها، رویدادهای مثبت و دارای پیامدهای مطلوبی باشند) است. مولفه عاطفی امید می‌تواند پیش‌بینی کننده وقوع رویدادهای مثبت در آینده و در نتیجه افزایش سلامت روان باشد. افرادی که از امیدواری بالاتری برخوردار هستند، تعهد بیشتری به انجام فعالیت‌های مرتبط با بهداشت و سلامت دارند. افرادی که از درجات بالای امید بهره می‌برند به دیگران به عنوان منابع حمایتی می‌نگرند. این افراد از این اعتقاد برخوردارند که می‌توانند با چالش‌های زندگی سازگار شوند و کمتر به سمت مواد اعتیادآور روی بیاورند (به نقل از اکبرزاده و همکاران، ۱۳۹۳).

خوش‌بینی

روان‌شناسی مثبت‌گرا، تبلور یک تغییر در روان‌شناسی از پرداختن صرف به ترمیم آسیب‌ها به سمت بهینه‌سازی کیفیت زندگی است (اسنایدر و لویز، ۲۰۰۲؛ به نقل از ناطقیان، ۱۳۸۷). روان‌شناسی مثبت‌گرا به مطالعه علمی نقاط قوت و کمالات انسانی می‌پردازد و در پی کاوش استعدادهای فردی در مواجهه با چالش‌ها و شناسایی عواملی است که زندگی را برای زیستن ارزشمند می‌سازد. بنابراین، رویکرد مثبت‌گرا بر اساس واقعیت‌گرایی (نه خوشبینی صرف و نه بدبینی صرف) در روان‌شناسی می‌تواند جهت‌دهنده‌ی رضایت از

زندگی باشد. خوش‌بینی و ساده‌انگاری در زندگی زناشویی ممکن است فرجام خوبی برای زن و شوهر نداشته باشد و از طرفی بدبینی رضایت زناشویی را کاهش می‌دهد و دچار تباهی می‌کند. بسیاری از بی‌ثباتی‌ها و اختلافات و سرانجام جدایی در زندگی زناشویی مبتنی بر بدبینی است (اسنایدر و لوپز، ۲۰۰۲؛ به نقل از ناطقیان، ۱۳۸۷).

سلیگمن، آبرامسون، سیمل و وان‌بیر^۱ (۱۹۷۹) در کاربست درمانی خود، مفهوم خوش‌بینی آموخته شده را به عنوان ابزاری مهم در تعیین مقابله با مشکلات فردی و اجتماعی می‌دانند. خوش‌بینی آموخته شده مفهومی کلیدی در مقابله با هر نوع شناخت مرتبط با ناهنجاری‌های خلقی و رفتاری است. با آموزش این مفهوم به افراد می‌توان به آن‌ها یاد داد که مشکلات را به نحو واقع‌بینانه حل کرده و از هیجان‌های منفی مرتبط با سبک‌های ناسازگارانه در امان باشند.

در خصوص ارتباط خوش‌بینی با سوء‌مصرف مواد می‌توان گفت که افراد خوش‌بین نسبت به افراد بدبین اجتماعی‌ترند، بیشتر ورزش می‌کنند، از مهارت بین فردی مطلوب‌تری برخوردارند، معاشرتی هستند و به راحتی می‌توانند یک شبکه اجتماعی حمایتگر در اطراف خود ایجاد نمایند. این عوامل باعث می‌شود که افراد کمتر به سمت مواد بروند. افرادی که انتظارات خوش‌بینانه‌ای از سلامت و تندرستی خود دارند عملاً بیشتر از بدبین‌ها به مطالب و دانستنی‌های خطرناک توجه دارند تا جایی که برای پرهیز از خطرات دست به پیشگیری از آن می‌زنند. علت خوش‌بینی این قبیل افراد در همین نکته است که نسبت به افراد بدبین، رفتارها و عادت‌های سلامت‌مدار بیشتری در پیش می‌گیرند. خوش‌بین‌ها افراد اهل مقابله فعال هستند که بیشتر برای حل مشکلات تلاش می‌کنند تا پرهیز از مشکلات. خوش‌بین‌ها جبرگرای، سرزنش و فرار را کمتر به کار می‌برند، بر جنبه‌های منفی موقعیت متمرکز نمی‌شوند و از بهزیستی روان‌شناختی بالاتری نیز برخوردارند. در واقع خوش‌بینی تمایل به اتخاذ امیدوارانه‌ترین دیدگاه و مستلزم ارزیابی و پیش‌بینی مثبت شخص در مورد نتایج و پیامدهای وقایع زندگی است. بنابراین خوش‌بینی احساس مثبت و رضایت از زندگی در ابعاد مختلف را ایجاد می‌کند و باعث می‌شود که شخص کمتر به سمت

مصرف مواد کشاننده شود (پترسون، ۲۰۰۰؛ اکبرزاده و همکاران، ۱۳۹۳).

بحث و نتیجه‌گیری

امروزه جوامع بشری مشکلات فرهنگی خود را با به کارگیری نیروی عظیم انسانی حل نموده و مشکلات اقتصادی، سیاسی، مالی و صنعتی خود را نیز با تقویت نیروی فکری انسان‌ها و استفاده بهینه از آن حل می‌کنند. تردیدی نیست در جوامعی که مغزهای متفکر و اندیشمندان آن افرادی متعهد و پایبند به اصول انسانی هستند رشد و ترقی بیشتری مشاهده شده و مشکلات یکی پس از دیگری رفع می‌شود و جوامعی که از این نیرو بهره کمتری می‌برند ضعف و گرفتاری و مشکلات آن‌ها بیشتر است. در این راستا تلاش بر این است تا با ارتقاء سطح آگاهی اقشار مختلف جامعه پیشگیری از اعتیاد بر درمان معتادین مقدم باشد. بخشی از خسارت‌ها و زیان‌های ناشی از عدم پیشگیری از اعتیاد مانند خسارات مادی، تحصیلی، درمان، مقابله و غیره در مرحله نوجوانی و جوانی قابل محاسبه عددی است، اما بخش قابل توجهی از آن مانند تبعات روانی و امنیتی بر فرد، خانواده و جامعه قابل بیان در قالب رقم و عدد نیست. در هر دو شکل کشور از اعتیاد متضرر می‌شود. می‌توان با رعایت برخی موازین اصولی و هزینه‌های کمتر از اعتیاد پیشگیری کرد تا به مرحله بحران و خسارت نرسد. هر گونه کمک و مساعدت کوچک مدارس به امر پیشگیری، نتایج بسیار بزرگی در آینده نصیب جامعه می‌کند و بر عکس. در واقع نقش مدارس در پدیده اعتیاد، واکنش نمودن مدارس با استفاده از اهرم‌های آموزشی و تربیتی از جمله افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی مثبت است.

در کل می‌توان با تقویت سرمایه‌های روان‌شناختی مثبت افراد تا حدودی از گرایش به اعتیاد افراد جلوگیری کرد. می‌توان با آموزش و تقویت سرمایه‌های روان‌شناختی مثبت در سطوح مختلف جامعه (خانواده، مدرسه، جوانان و سایر اقشار جامعه) تا حدودی از گرایش افراد به مصرف مواد پیشگیری کرد و از آسیب‌های ناشی از اعتیاد جلوگیری کرد. سطوح بالای تاب‌آوری به فرد 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 تاب‌آوری از طریق تقویت حرمت خود به عنوان مکانیسم واسطه‌ای به انطباق‌پذیری مثبت منتهی می‌شود. افرادی که از تاب‌آوری بالایی برخوردارند در هنگام مواجهه با شرایط تهدیدکننده امیدوار هستند و از سبک‌های مقابله‌ای موثر استفاده می‌کنند. افراد تاب‌آور، دارای مهارت‌های مساله‌گشایی، احساس شایستگی و روابط صمیمانه هستند. این افراد هنگام مواجهه با سختی‌ها و نامایمات زندگی از این مهارت‌ها و توانایی‌های خود بهره گرفته و به گونه‌ای موثر با مشکلات برخورد کرده و کمتر به سمت مصرف مواد کشیده می‌شوند (اکبرزاده و همکاران، ۱۳۹۳). افرادی که از تاب‌آوری پایین برخوردار هستند در زندگی خود هدف مشخصی ندارند و معنای مهمی برای زندگی خود نیافته‌اند، همچنین در مواجهه با مشکلات انگیزه خود را از دست می‌دهند، نسبت به تغییرات زندگی منعطف نیستند و همواره در بیم و ترس باقی می‌مانند و در نتیجه در شرایط و موقعیت‌های تهدیدآمیز به مصرف مواد گرایش پیدا می‌کنند. این افراد در برابر مشکلات بسیار آسیب‌پذیر عمل می‌کنند و به سرعت در هم می‌شکنند و نمی‌توانند احساسات و هیجان‌های خود را کنترل و به شیوه سالم مدیریت کنند. در مواقع بحرانی دچار استرس می‌شوند و خود را فردی قربانی و ناتوان تصور می‌کنند و قادر نیستند با استفاده از فنون حل مساله به راه حل‌های امن و مطمئن دست یابند (فرگوس و زیمرمن، ۲۰۰۵؛ قنبری طلب و فولادچنگک، ۱۳۹۴). ممکن است افراد معتاد نسبت به افراد عادی در برخورد با حوادث فشارزای زندگی از شیوه‌های ناکارآمدی مانند تخلیه هیجانی استفاده کنند که تاب‌آوری باعث کاهش استفاده از این روش‌های ناکارآمد می‌شود (ملازاده اسفنجانی و همکاران، ۱۳۹۰).

افراد با احساس خودکارآمدی پایین از اندیشه خودکنترلی پایینی برخوردارند که خود منجر به تفکرات منفی درباره خود و توانایی خود می‌شود. چنین افرادی برای کنار آمدن با این تفکرات و رسیدن به آرامش و احساس بهتر از راهبردهای غیر سودمند استفاده

می‌کنند. به عبارتی از موادمخدر به منزله ابزاری در تعامل با افراد و موقعیت‌ها برای تنظیم روحیه و خلق خود استفاده می‌کنند (ربانی باوجدان و همکاران، ۱۳۹۱). افرادی که در خود توانایی و اطمینان جهت غلبه بر موانع و مشکلات زندگی نمی‌بینند و توان مقاومت آن‌ها ضعیف است، به جای حل مسائل و چالش‌ها سعی می‌کنند از آن‌ها دوری کنند و با توجه به این که هنوز مسائل جزء دغدغه ذهن آن‌ها است برای کاهش آن به مواد پناه می‌برند (افشاری و همکاران، ۱۳۹۵).

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. افراد امیدوارتر موارد مورد نظر خود را به شکل موفقیت‌آمیزی دنبال می‌کنند و در نتیجه هیجان‌های مثبت بیشتری را نیز تجربه می‌کنند. افراد دارای سطح امید پایین در رویارویی با مشکلات برای رسیدن به موارد مورد نظر خود مشکل دارند و در نتیجه هیجان‌های منفی بیشتری را تجربه می‌کنند و ممکن است به منظور مقابله با همین احساسات ناخوشایند به مصرف مواد روی بیاورند. نداشتن امید به زندگی و یا پایین بودن آن موجب می‌شود که فرد احساس کارآیی و خودکارآمدی پایین داشته باشد، عزت نفسش کاهش یابد، تلاش برای پیشرفت در زندگی را بهبود بداند و به سمت مصرف مواد روی بیاورد تا حتی به صورت گذرا احساس بهتری داشته باشد (مهری نژاد و رجبی مقدم، ۱۳۹۱). به نظر می‌رسد افراد معتاد در مواجهه با رویدادهای زندگی ناامید می‌شوند و برای حل مشکلاتشان تلاش نمی‌کنند. این افراد برای گریز از مشکلات و حوادث زندگی بیشتر به راهکارهایی مانند مصرف مواد روی می‌آورند که از طریق آن به آرامش برسند. مصرف مواد نیز باعث می‌شود تا فرد برای مقابله با مشکلات به دنبال حل مسئله و مواجهه مستقیم با محرک‌های فشارزا نباشد (ملازاده اسفنجانی و همکاران، ۱۳۹۰). خوش‌بینی یکی از سازه‌هایی است که به نوعی برخی از آن به عنوان کمبود روانی تلقی می‌کنند چرا که از آن به نوعی خودفریبی و خطای ادراکی یاد می‌شود و تحت تاثیر تجارب خوش‌بینانه قبلی نیز است. در فرهنگ‌های غربی افراد شاد خوش‌بین هستند. بنابراین عوامل فرهنگی انواع عوامل مرتبط با شادمانی را به طور نسبی تعیین می‌کنند. در تحقیق شهینی بیلاق، موحد و شکرکن (۱۳۸۳) بین خوش‌بینی و سلامت رابطه مستقیم

معناداری یافت نشد. اما نگرش مذهبی به واسطه خوشبینی تاثیر غیرمستقیم بر سلامت داشت. بنابراین ممکن است تاثیر خوش بینی در جنبه های مختلف روانی بیشتر به صورت غیرمستقیم باشد تا مستقیم. خوش بینی از جمله متغیرهایی است که در جامعه و فرهنگ ما کمتر مورد توجه قرار گرفته است، لذا باید تحقیقات بیشتر دیگری با توجه به شرایط فرهنگی کشور ایران انجام شود تا نقش این عامل به خصوص در گرایش به اعتیاد روشن تر شود.

در مجموع می توان نتیجه گرفت که اگر چه اخیرا محققان، تحقیق در خصوص نقش سرمایه های روان شناختی در ابعاد مختلف روان شناختی و کاهش رفتارهای پرخطر و افزایش توانمندی ها را شروع کرده اند اما در ایران کمتر به این موضوع پرداخته شده است و لذا تحقیق در زمینه سرمایه های روان شناختی و نقش آن در پیشگیری و درمان اعتیاد در اقشار مختلف به خصوص نوجوانان و جوانان ضروری به نظر می رسد.

منابع

- احمد محمودی، علی اکبر و جعفری هرندی، رضا (۱۳۹۳). بررسی و مقایسه خودکارآمدی با گرایش به مصرف مواد مخدر در دانش آموزان تک والدی و عادی شهرستان شهر کرد. فصلنامه علمی تخصصی دانش انتظامی چهارمحال و بختیاری، ۲(۵)، ۲۳-۳۴.
- افشاری، مریم؛ باباخانی، نرگس؛ احمدی، آرمیندخت و شمس الدینی لری، سلوی (۱۳۹۵). مقایسه میزان حرمت خود، خودکارآمدی و خودتنظیمی در افراد وابسته به مواد افیونی، مواد محرک و افراد عادی. مجله پزشکی قانونی ایران، ۲۲(۱)، ۱۵-۲۲.
- اکبرزاده، داود؛ اکبرزاده، حسن و جوانمرد، غلامحسین (۱۳۹۳). مقایسه سرمایه روان شناختی و باورهای فراشناختی بین دانشجویان مصرف کننده مواد و دانشجویان عادی. اعتیاد پژوهی، ۸(۳۱)، ۹-۲۴.
- اکبری زردخانه، سعید و زندی، سعید (۱۳۹۵). پیش بینی پذیرش اعتیاد دانشجویان براساس احساس خودکارآمدی و حمایت اجتماعی آنان. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۱۷(۲)، ۳۶-۴۶.

بابایی جلال، رضایی علی محمد، اکبری بلوطبندگان افضل (۱۳۹۶). پیش‌بینی نگرش به مواد مخدر بر اساس مؤلفه‌های تحول مثبت نوجوانی و رضایت از زندگی در نوجوانان. اعتیادپژوهی، ۱۱ (۴۳)، ۱۴۴-۱۲۷

باقری، مجید و تقوایی، داوود (۱۳۹۶). بررسی رابطه سوء مصرف مواد اعتیادآور با سرسختی روان‌شناختی و کیفیت زندگی و خودپنداره در معتادان. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۱۱ (۳)، ۵۶-۵۰

باقری، معصومه؛ نبوی، عبدالحسین؛ ملتفت، حسین و نقی‌پور، فاطمه (۱۳۸۹). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر پدیده‌ی اعتیاد در شهر اهواز. جامعه‌شناسی کاربردی، ۲۱ (۲)، ۱۳۶-۱۱۹. براتی سده، فرید (۱۳۸۸). اثربخشی مداخلات روانشناسی مثبت‌گرا جهت افزایش نشاط، خشنودی از زندگی، معناداری زندگی و کاهش افسردگی: تدوین مدلی برای اقدام. پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.

بستامی، علیرضا؛ دالوندی، اصغر؛ خانکه، حمیدرضا؛ بستامی، معصومه و پاشایی ثابت، فاطمه (۱۳۹۵). بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های تاب‌آوری بر تغییر نگرش نسبت به مواد مخدر در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی شهر خرم‌آباد. پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۲ (۳)، ۴۸-۴۰

بشارت، محمدعلی؛ صالحی، مریم؛ شاه محمدی، خدیجه؛ نادعلی، حسین و زبردست، عذرا (۱۳۸۷). رابطه تاب‌آوری و سخت‌کوشی با موفقیت ورزشی و سلامت روانی در ورزشکاران. روان‌شناسی معاصر، ۳ (۲)، ۴۹-۳۸.

بهداری خسروشاهی، جعفر؛ هاشمی نصرت‌آباد، تورج و باباپور خیرالدین، جلیل (۱۳۹۱). رابطه سرمایه روان‌شناختی با سرمایه اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. مجله تخصصی پژوهش و سلامت، ۲ (۱)، ۱۵۳-۱۴۵.

بیگی، علی؛ فراهانی، محمدتقی؛ محمدخانی، شهرام و محمدی فر، محمدعلی (۱۳۹۰). نقش تشخیصی کیفیت زندگی و امیدواری در معتادان گمنام و معتادات تحت درمان نگهدارنده متادون. مجله روان‌شناسی بالینی، ۳ (۳)، ۸۴-۷۵.

پارسافر، سارا و یزدخواستی، فریبا (۱۳۹۳). بررسی روابط علی بین نقش‌های جنسیتی، تاب‌آوری، سرسختی، درماندگی آموخته شده و هم‌وابستگی در همسران افراد معتاد. مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان، ۱۲ (۴)، ۹۲-۶۹.

جلالی، ایران و احدی، حسن (۱۳۹۴). رابطه تنظیم شناختی هیجان، خودکارآمدی، برانگیختگی و مهارت‌های اجتماعی با سوء مصرف مواد در نوجوانان. اعتیاد پژوهی، ۹(۳۶)، ۹۵-۱۰۹.
جلیلی نیکو، سعید؛ خرامین، شیرعلی؛ قاسمی چوبنه، رضا و محمد علی پور، زینب (۱۳۹۴). نقش تاب‌آوری خانواده و ذهن آگاهی در آمادگی اعتیاد دانشجویان. ارمان دانش، ۲۰(۴)، ۳۵۷-۳۶۸.

جوانمرد، غلامحسین (۱۳۸۰). بررسی عوامل اعتیاد در مراجعان مرکز معتادان خود معرف مراغه. مجله پیک نور، ۱(۴)، ۶۷-۷۵.

جوکار، بهرام (۱۳۸۶). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی. دو فصلنامه روان‌شناسی معاصر، ۲(۲)، ۱۲-۳.

حسینیان، سیمین؛ رسولی، رویا و صادقیان، معصومه (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش سبک‌های اسنادی خوش‌بینانه بر کاهش آمادگی اعتیاد و تغییر سبک اسنادی دانش‌آموزان. اعتیاد پژوهی، ۱۰(۳۸)، ۲۵-۴۰.

دهقانی، علی و عیسی‌وند، سعید (۱۳۸۵). نقش والدین در پیشگیری از اعتیاد جوانان. تهران: سازمان بهزیستی کشور.

ربانی باوجدان، مژگان؛ ربانی باوجدان، مرجان؛ نیک آذین، امیر؛ کاویانی، ناهید و خضری مقدم، انوشیروان (۱۳۹۱). رابطه باورهای خودکارآمدی و فراشناخت با راهبردهای مقابله در مردان سوء مصرف کننده مواد. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۶(۳)، ۸۵-۱۰۲.

رحمتی، صمد (۱۳۹۵). ارتباط سرمایه روان‌شناختی و معنویت با اعتیاد به اینترنت در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز. مجله اخلاق پزشکی، ۱۰(۳۸)، ۱۷-۷.

رحمتی، فاطمه و صابر، سوسن (۱۳۹۶). مقایسه تنظیم شناختی هیجان و تاب‌آوری در دانش‌آموزان معتاد به اینترنت و دانش‌آموزان عادی. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی کاربردی، ۱۱(۴)، ۱-۱۹.

رحیمی، کاوه؛ حسین ثابت، فریده و سهرابی، فرامرز (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تاب‌آوری و مدیریت استرس بر کاهش استرس ادراک شده و تغییر نگرش به مصرف مواد در بین زندانیان مرد وابسته به مواد. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۶(۲۲)، ۴۷-۶۵.

رستمی، چنگیز و اکبری، مریم (۱۳۹۴). ارتباط بین پنج عامل بزرگ شخصیت و تاب‌آوری اروپا آمادگی به اعتیاد مواد مخدر در بین دانشجویان. مجله روان‌شناسی و روانپزشکی شناخت، ۲(۳)، ۵۳-۶۶.

رشیدی، علیرضا؛ حجت خواه، محسن؛ رسولی، آراس و جمعی، مهرداد (۱۳۹۵). رابطه علی استعداد اعتیاد از طریق طرحواره های ناسازگار اولیه، سرمایه‌های روان‌شناختی و نیازهای اساسی روان‌شناختی با میانجی‌گری الگوهای ارتباطی خانواده. اعتیاد پژوهی، ۱۰(۴۰)، ۶۴-۴۵.

روح الامین، مریم؛ مولوی، حسین؛ آقایی، اصغر؛ آتش پور، حمید و عاطف، لاله (۱۳۸۵). مقایسه عوامل مرتبط با امید به زندگی در افراد ۲۰ تا ۶۰ ساله شهر اصفهان. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۲۷، ۶۹-۹۴.

ساروخانی، باقر (۱۳۷۰). جامعه‌شناسی خانواده. تهران: انتشارات سروش.

سلم آبادی، مجتبی؛ سلیمی بجزستانی، حسین؛ خیامی آیز، حمزه و جوان، رضا (۱۳۹۴). سهم ابعاد فرسودگی تحصیلی، تاب-آوری و استرس ادراک شده در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد دانش‌آموزان. اعتیاد پژوهی، ۹(۳۳)، ۳۹-۲۱.

سهرابی، نادره (۱۳۸۷). بررسی میزان سلامت روانی و تنیدگی در معتادان قاچاقچیان مواد مخدر و افراد عادی. مجله روان‌شناسی، ۱۱، ۱۸۲-۱۷۳.

شهینی بیلاق، منیجه؛ موحد، احمد و شکر کن، حسین. (۱۳۸۳). رابطه علی بین نگرش‌های مذهبی، خوش‌بینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی در دانشجویان، مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، ۳(۱ و ۲)، ۳۴-۱۹.

شیخی فینی، علی اکبر؛ کاووسیان، جواد و رمضان، ولی‌الله (۱۳۸۸). عوامل خطر و محافظت‌کننده گرایش به مصرف مواد در دانشجویان. فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۳(۳)، ۴۷-۳۷.

صدری دمیچی، اسماعیل؛ فیاضی، مینا و محمدی، نسیم (۱۳۹۵). بررسی رابطه خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با آمادگی به اعتیاد در سربازان خدمت وظیفه. مجله طب نظامی، ۱۸(۴)، ۳۱۶-۳۲۴.

طاهری، محمد؛ پورمحمد رضای تجریشی، معصومه و سلطانی بهرام، سعید (۱۳۹۱). رابطه سبک دلبستگی و امید به زندگی در مادران دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۴(۵۳)، ۳۵-۲۴.

عالی پور بیرگانی، سیروس؛ زغیبی قناد، سیمین؛ حسامی، سحر و سرانچه، مسعود (۱۳۹۳). بررسی رابطه رضایت از خانواده، حمایت اجتماعی ادراک شده، خودکارآمدی و خوش‌بینی با گرایش

- به اعتیاد در دانشجویان، اولین کنگره ملی روان-شناسی خانواده گامی در ترسیم الگوی مطلوب خانواده، اهواز، انجمن علمی روان-شناسی خانواده ایران، دانشگاه شهید چمران اهواز فولادوند، خدیجه؛ برجلی، احمد؛ حسینی ثابت، فریده و دلاور، علی (۱۳۹۵). نقش افسردگی، روابط خانواده و خودکارآمدی در پیش بینی آمادگی به اعتیاد در نوجوانان. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۱۰(۳)، ۷۰-۸۰.
- قاسم زاده، امید (۱۳۹۴). بررسی نقش عاطفه مثبت و امیدواری در پیش بینی بازگشت به اعتیاد افراد وابسته به مواد در شهر زاهدان. فصلنامه علمی تخصصی دانش انتظامی سیستان و بلوچستان، ۱۵(۶)، ۲۷-۳۸.
- قنبری طلب، محمد و فولادچنگ، محبوبه (۱۳۹۴). رابطه بین تاب-آوری و نشاط ذهنی با استعداد اعتیاد دانشجویان. فصلنامه اعتیاد پژوهشی سوء مصرف مواد، ۹(۳۴)، ۹-۲۲.
- محمدی، ابوالفضل؛ آقاجانی، میترا و زهتاب ور، غلام حسین (۱۳۹۰). ارتباط اعتیاد، تاب آوری و مؤلفه های هیجانی. مجله روان پزشکی و روان-شناسی بالینی ایران، ۱۷(۲)، ۱۴۲-۱۳۶.
- محمدی، مسعود (۱۳۸۴). بررسی عوامل موثر بر تاب آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.
- مقیمیان، مریم و سلمانی، فاطمه (۱۳۹۱). مطالعه همبستگی سلامت معنوی و امید در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز آموزشی-درمانی سیدالشهدا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، سال ۱۳۸۹. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم، ۶(۳)، ۴۰-۴۵.
- ملازاده اسفنجانی، رحیم؛ کافی، موسی و صالحی، ایرج (۱۳۹۰). مقایسه سرسختی روان شناختی و سبک های مقابله با فشار روانی در افراد معتاد و عادی. اعتیاد پژوهی، ۵(۱۱)، ۴۱-۵۷.
- مولایی پساولی، هادی و عبدی، منصور (۱۳۹۴). مقایسه تاب-آوری و راهبردهای مقابله با فشار روانی در افراد وابسته به مواد و عادی. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۴(۱)، ۲۴-۲۹.
- مومنی، خدامراد؛ مولایی پاره، علی و محبی، زینب (۱۳۹۲). بررسی رابطه سبک های دلبستگی و تاب آوری با استعداد اعتیاد دانشجویان. دانش انتظامی کرمانشاه، ۴(۱۲)، ۱۱-۲۰.
- مهری نژاد، ابوالقاسم و رجیبی مقدم، سارا (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی معنا درمانی بر افزایش امید به زندگی معتادان با ترک کوتاه مدت. مطالعات روان شناسی بالینی، ۲(۸)، ۲۹-۴۲.
- ناطقیان، سمانه (۱۳۸۷). بخشایش و رضایت زناشویی در مردان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ و همسران آنان. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۰(۳۷)، ۳۳-۴۶.

- Arevalo, S., Guillermo, P & Hortensid, A. (2008). Spiritually, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and Program Planning*, 31(1), 113-123.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the Exercise of Control*. New York:W.H. Freeman.
- Bandura, A. (2000). *Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness*. Handbook of principles of organization behavior.oxford,uk: Blachwell.pp.120-139.
- Barbara, J & Weiland, J. T. (2012). Resiliency in Adolescents at High Risk for Substance Abuse. *Journal of Clinical and Experimental Research*, 36(8), 1355-1364.
- Bartone, P. T., Hystad, S. W., Eid, J & Brevik, J. I. (2012). Psychological hardiness and coping style as risk/resilience factors for alcohol abuse. *Military medicine*, 177(5), 517-524.
- Basu, D. (2004). Quality-of-life issues in mental health care: Past, present, future. *German Journal of Psy-chiatry*, 7, 35-43.
- Benard, B. (1998). *Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school and community*. National Resilience Resource Center. Retrived from internet:www.cce.umn.edu/nrrc.
- Charney, D. S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for adaptation to extreme stress. *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 195-216.
- Cicchetti, D & Curtis, W. J. (2007). Special issue: A multi-level approach to resilience. *Development and Psychopathology*, 19(3), 627-955.
- Compton, W. C. (2005). *An Introduction to Positive Psychology*. Thomson Wadworth: USA.
- Diamond, A., Barnett, W. S., Thomas, J & Munro, S. (2007). Preschool program improves cognitive control. *Science*, 318(5855), 1387-1388.
- Duckworth, A. L., Steen, T. A & Seligman, M. E. P. (2005). Positive psychology in Clinical Practice. *Annual Review of Clinical psychology*, 1, 629-651.
- Fergus, S & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419
- Gable, S. L & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of general psychology*, 9(2), 103-110.
- Gallo, L. C., Bogart, L. M., Vranceanu, A. M & Matthews, K. A. (2005). Socioeconomic status, resources, psychological experiences, and emotional responses: A test of the reserve capacity model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(2), 386-399.
- Garnezy, N & Masten, A. S. (1991). *The protective role of competence indicators in children at risk*. In: E. M. Cummings, A. L. Greene, & K.H. Karraker (Eds.), Life-span developmental psychology: Perspectives on

- stress and coping (pp. 151-174). Hillsdale, Nj: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hamarat, E., Thompson, D., Zabrocky, K. M., Steele, D & Matheny, K. B. (2001). Perceived stress and coping resource: Availability as predictors of life satisfaction in young, middle-aged, and older adults. *Experimental Aging Research*, 27(2), 181-196.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbott, R & Hill, K. G. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviours by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153(3), 226-34.
- Hodder, R. K., Freund, M., Bowman, J., Wolfenden, L., Gillham, K., Dray, J & Wiggers, J. (2016). Association between adolescent tobacco, alcohol and illicit drug use and individual and environmental resilience protective factors. *BMJ open*, 6(11), 1-12.
- Jakson. D., Fritko, A., Edenborough, M. (2007). Personal Resilience as a Strategy for Surviving and Thriving In The Face Of Workplace Adversity: A Literature Review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 1-9.
- King, Z. (2010). Career self- management: its nature, causes and consequences. *Journal of vocational behavior*, 65(1), 112-133.
- Krasikova, D. V., Lester, P. B & Harms, P. D. (2015). Effects of psychological capital on mental health and substance abuse. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 22(3), 280-291.
- Lemery-Chalfant, K. (2010). *Genes and environments and how they work together to promote resilience*. In J. W. Reich, A. J. Zautra, and J. S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 55-80). New York: Guilford.
- Locke, E. A & latham, P. (1990). *A theory of goal setting and tack performance*: Englewood, NT: precntice –hall.
- Luthans, F., Luthans, K.W. and Luthans, B. C. (2004) *Positive Psychological Capital: Beyond Human and Social Capital*. *Business Horizons*, 47, 45-50.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19(3), 921-930.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychology*, 56, 227-238.
- Masten, A. S., Burt, K. B & Coatsworth, J. D. (2006). *Competence and psychopathology in development*. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology (Risk, disorder and psychopathology 2nd ed., Vol. 3, pp. 696-738)*. New York, NY: Wiley.
- McAllister, M & McKinnon, J. (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. *Nurse Education Today*, 29(4), 371-379.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *Journal American psychologist*, 55, 44-55.

- Salehi Fadardi, J., Azad, H & Nemati, A. (2010). The relationship between resilience, motivational structure and substance use. *Journal of Procedural Social and Behavioral Sciences*, 5, 1956-1960.
- Seligman, M. E & Csikszent mihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychology*, 55, 5-14.
- Seligman, M. E. P., Abramson, L. Y., Semmel, A & Von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247.
- Snyder, C. R & Lopez, S, G. (2007). *Positive Psychology*, New York Published by Oxford University Press, Inc
- Snyder, C. R., Harris, J. R., Anderson, S. A., Holleran, L. M., Irving, S. T. (1991). The will and the Ways: Development and Validation of an Individual-Differences Measure of Hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-585.
- Snyder, C. R., Michael, S. T & Cheavens, J. S. (1999). *Hope as a Psycho-Therapeutic Foundation of Nonspecific Factors, Placebos, an Expectancies*. In M.A. Hubble, B. Duncan, S. Miller (Eds). *Heart and Soul of Change*. Washington, D.C: APA, PD. 205-230.
- Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the child. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 290-297.
- Weiland, B. J., Nigg, J. T., Welsh, R. C., Yau, W. Y. W., Zubieta, J. K., Zucker, R. A & Heitzeg, M. M. (2012). Resiliency in adolescents at high risk for substance abuse: flexible adaptation via subthalamic nucleus and linkage to drinking and drug use in early adulthood. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 36(8), 1355-1364.
- Zautra, A. J., Hall, J. S & Murray, K. E. (2010). *Resilience: A new definition of health for people and communities*. In: Reich, J, W., Zautra, A.J., & Hall, J.S. *Hnadbook of adult resilience*. The Guilford Press, New York, London.