

رابطه عوامل شخصیت و خودکارآمدی عمومی با امید عاملی و راهبردی به درمان در معتادان

فاطمه دهقان^۱، سید حمید آتش پور^۲، سید عباس شفتی^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۹/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۷/۱۵

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین رابطه عوامل شخصیت و خودکارآمدی عمومی با امید عاملی و امید راهبردی به درمان بود. **روش:** تعداد ۳۵۰ نفر از معتادان خود معرف به مراکز درمانی شهر اصفهان، به روش نمونه گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب و به وسیله پرسشنامه‌های شخصیتی نئو، خودکارآمدی عمومی شرر و مادوکس و امیدواری اشنايدر مورد ارزیابی قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین عوامل شخصیت و خودکارآمدی عمومی با امید به درمان همبستگی وجود دارد. همچنین ابعاد روان رنجور خویی و وظیفه‌شناسی و فراتر از آن، خودکارآمدی قادر به پیش بینی امید به درمان بودند. **نتیجه گیری:** عوامل شخصیت و خودکارآمدی عمومی در برآورد امید عاملی و امید راهبردی به درمان در معتادان سودمند می‌باشد.

کلید واژه‌ها: عوامل شخصیت، خودکارآمدی عمومی، امید عاملی به درمان، امید راهبردی به درمان

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، پست الکترونیک:

fatemehdehghan936@yahoo.com

۲. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، رئیس پژوهشکده پیشگیری از اعتیاد استان اصفهان

۳. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

مقدمه

با نگاهی واقع بینانه به مسئله اعتیاد و سوء مصرف مواد، به راحتی در می یابیم که سوء مصرف مواد قرن ها وجود داشته و اکنون نیز هیچ کشوری نیست که از شیوع و گسترش آن در امان مانده باشد (نقل از حسن شاهی، ۱۳۸۳). ایران یکی از کشورهای پیشرو در ایجاد و گسترش ساختار سلامت روان، به خصوص در زمینه ارتباط ساختارهای کشوری سلامت روان و اعتیاد در وزارت بهداشت با الگوی ادغام سلامت روان در مراقبت بهداشتی اولیه بوده است. با گسترش دیدگاه بیماری نگر به معتاد، وزارت بهداشت از سال ۱۳۸۳ برای پیش گیری و درمان اعتیاد، ادغام برنامه پیش گیری و درمان سوء مصرف مواد در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه را آغاز کرده است، تا امکان اولیه درمان معتادان توسط پزشکان عمومی و متخصصان آموزش دیده را فراهم نماید. گسترش مراکز درمانی به استان ها برای تسهیل دسترسی، ورود وزارت بهداشت در امر پیش گیری و درمان اعتیاد و گسترش درمان های دارویی و غیردارویی از جمله کارهای مثبت کشور ارزیابی می شود (صابری زفرقندی، ۱۳۸۹). به نظر می رسد با وجود مطالعات زیادی که طی چند سال اخیر در مورد شناخت، پیش گیری و درمان سوء مصرف مواد مخدر صورت گرفته است، هنوز تا رسیدن به هدف نهایی به ویژه در طیف درمان راهی بسیار طولانی در پیش است، چرا که مقوله اعتیاد، پدیده ای چند بعدی و چند عاملی است (نقل از حسن شاهی، ۱۳۸۳).

پژوهش های بسیاری به منظور بررسی نقش ویژگی ها و ابعاد شخصیتی در اعتیاد انجام شده است. این بررسی ها گویای آن هستند که ویژگی های شخصیت در شروع، گسترش و تداوم وابستگی به مواد نقش دارند (بال^۱، ۲۰۰۴). بررسی های انجام شده بر پایه الگوی پنج عاملی شخصیت کاستا و مک کری^۲ (۱۹۹۸) نشان دهنده رابطه میان وابستگی به مواد و ویژگی های شخصیت است (والتون و رابرتز^۳، ۲۰۰۴). بر طبق الگوی فیشر، الیاس و ریتزا^۴ (۱۹۹۸)، مشخص شد که بین ابعاد روان رنجورخویی بالا و وظیفه شناسی پایین با عود

اعتیاد، رابطه مثبت وجود دارد. توریانو، ویتمن، هامپسون، رابرتز و مروزک^۱ (۲۰۱۲) به این نتیجه دست یافتند که سطوح بالای روان رنجوری، برون گرایی، تجربه پذیری و سطوح پایین وظیفه شناسی و توافق پذیری، سوء مصرف مواد را پیش بینی می کنند. بال و سسرو^۲ (۲۰۰۱)، از طریق مصاحبه بالینی سازمان یافته روی ۴۱ فرد معتاد که از طریق مصرف متادون در صدد ترک اعتیاد بودند، به این نتیجه دست یافتند که ویژگی های شخصیتی به عنوان مهم ترین عامل نه تنها در ترک اعتیاد، بلکه در فراگیری مهارت های مقابله ای و جلوگیری از عود، اثرات قابل توجهی را ایفا می کنند.

نظریه اجتماعی - شناختی آلبرت بندورا^۳، دیدگاهی عاملی درباره شخصیت دارد، بدین معنی که انسان ها قابلیت اعمال کنترل بر زندگی خود را دارند. بندورا (۱۹۸۹)، معتقد است که انسان ها خود گردان، مبتکر، ژرف اندیش و خود سامان بخش هستند و برای به وجود آوردن پیامدهای مطلوب، از نیروی تأثیر گذاری بر اعمالشان برخوردارند. این که افراد در موقعیت خاصی چگونه عمل کنند به رابطه متقابل شرایط محیطی و شناختی بستگی دارد. افراد دارای خود کارآمدی بالا، باور دارند که می توانند کاری را انجام دهند که توان تغییر دادن رویدادهای محیطی را دارد. افرادی که خود کارآمدی پایینی دارند، معتقدند اصولاً نمی توانند رفتار مهمی انجام دهند (فیست و فیست، ۱۳۸۷). انتظارات خود کارآمدی، عقاید خاصی هستند که نمایانگر اعتقادات افراد به توانایی آنها در انجام رفتارهای خاص است. به عبارت دیگر، اگر افراد سیگاری معتقد باشند که قادر به ترک سیگار کشیدن هستند، انگیزه بالاتری برای انجام این کار خواهند داشت (وست، ۱۳۸۸). کادن و لیت^۴ (۲۰۱۱) در پژوهش خود نشان دادند که در درمان سوء مصرف مواد، خود کارآمدی به عنوان پیش بینی کننده نتیجه یا به عنوان واسطه درمان، نقش مهمی دارد. مارتینز و همکاران (۲۰۱۰)، دریافتند که ارتباط بالقوه ای بین خود کارآمدی و ترک سیگار وجود دارد. یافته ها نشان می دهد که آن دسته از افراد سیگاری که جهت ترک سیگار، اطمینان کمی به خود دارند در هنگام مواجهه با محرک های درونی و بیرونی، خود کارآمدی

پایین تری را گزارش می کنند. تات^۱ و همکاران (۲۰۰۸)، در پژوهش خود نشان دادند که خودکارآمدی ضعیف، زمینه سوء مصرف مواد را فراهم می سازد. دیکلمنته، فرهورست و پیوتروسکی^۲ (۱۹۹۵)، به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی، متغیری میانجی است که باعث موفقیت در تعدیل رفتارهای اعتیادآمیز می شود و نقش مهمی در پیش بینی توانایی پرهیز از سوء مصرف مواد دارد. در پژوهش ابوالقاسمی (۱۳۸۸) نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد که مؤلفه خودکارآمدی عمومی، یکی از بهترین پیش بینی کننده های گرایش به مصرف مواد است.

امروزه علاوه بر پرهیز از مواد در معتادان به مواد مخدر، به پیامدهای انواع روش های درمانی اعتیاد نیز توجه شایانی می شود و به مسائلی از جمله سطح امیدواری و هدفمندی افراد معتاد در حال بهبودی اهمیت داده می شود (بیگی، ۱۳۹۰). امید، نوعی روند فکری و دارای دو جزء تفکر عامل و مسیرها است. ابتدا فرد هدف را انتخاب و سپس راه های رسیدن به هدف را تعیین می کند و بعد انگیزه و اراده لازم جهت حرکت در مسیر را به کار می اندازد (پدرتی، ادوارد و لوپز^۳، ۲۰۰۸). امید فرآیندی است که طی آن افراد: (۱) اهداف خود را تعیین می کنند، (۲) راهکارهایی برای رسیدن به آن اهداف خلق می کنند و (۳) انگیزه لازم برای به اجرا درآوردن این راهکارها را ایجاد کرده و در طول مسیر حفظ می کنند. این سه مؤلفه الگوی امید به عنوان اهداف، تفکر گذرگاه و تفکر کارگذار شناخته می شوند. تفکر گذرگاه شامل روش ها و شیوه هایی است که برای رسیدن به اهداف مورد استفاده قرار می یزند. تفکر کارگذار، انگیزه افراد برای سخت کوشی را نشان می دهد. تفکر کارگذار، تفکری است که افراد در مورد توانایی خود برای شروع و تداوم حرکت در مسیر انتخاب شده به سمت هدف دارند. این افکار در خودگویی های مثبت همچون "من می توانم این کار را انجام دهم" یا "رها نخواهم کرد" نمایان می شود. اهداف، نقطه پایانی تفکر کار گزار و گذرگاه و برای همه رفتارهایی هستند که ذاتاً با طرح ریزی در ارتباطند و انتظار نتایجی مطلوب برای این رفتارها را در بر دارند

1 . Tate

2 . Diclemente, Fairhurst & Piotrowski

3 . Pedrotti, Edwards & Lopez

(اشنايدر^۱، ۱۹۹۴). به عبارت ديگر تقريباً همه آن چه که يک فرد انجام مي‌دهد به سمت دستيابي به يک هدف است. هدف شامل هر چيزي است که فرد ماييل به انجام و تجربه يا خلق آن است (اشنايدر و همکاران، ۲۰۰۲). اين سه مؤلفه اميد (هدف، تفکر گذرگاه و تفکر کارگزار) بر يکديگر اثر متقابل دارند (کار، ۱۳۸۷). تعيين اهداف مهم منجر به افزايش انگيزه مي‌شود و اين انگيزه برانگيخته شده به نوبه خود ممکن است به يافتن گذرگاه کمک کند (اشنايدر، ايروينگ و آندرسون^۲، ۱۹۹۱). از نظر اشنايدر (۲۰۰۰)، اميد يک هيجان انفعالي نيست که تنها در لحظات تاريخي زندگي پديدار شود، بلکه يک فرآيند شناختي است که افراد به وسيله آن فعالانه اهداف خود را دنبال مي‌کنند. اميد به رفتار هدفمند مربوط مي‌شود و معني آن اين است که فرد با استفاده از مهارت‌هايي مي‌تواند مسير خود را در رسيدن به هدف پيدا کند. تعداد قابل توجهي از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که حالت‌هاي هيجاني منفي (از قبيل نااميدي)، از مهم‌ترين عوامل اصلي بازگشت به مصرف دوباره مواد هستند (مارلات و ويتکوويتز^۳، ۲۰۰۵). تحقيقات انجام شده درباره نقش اميد و افکار مثبت در دستيابي به اهداف نشان مي‌دهد که اميد زياد در کساني که مراحل درمان وابستگي به مواد را با موفقيت پشت سر گذاشته‌اند، ديده شده است (استراک، کارور و بلاني^۴، ۱۹۸۷). رئيسيان، گلزاري و برجعلي (۱۳۹۰) طي پژوهشي روي ۲۰ زن درمان‌جوي وابسته به مواد مخدر، نشان داد که آموزش اميد درماني در کاهش ميزان افسردگي و پيش‌گيري از عود در زنان درمان‌جوي وابسته به مواد مخدر مؤثر است. به طور کلي پژوهش‌ها نشان مي‌دهد که اميد از مهم‌ترين مؤلفه‌هاي سلامت روان است، اما در ايران به جز در سال‌هاي اخير آن هم به صورت محدود به آن توجه شده است. در بررسي ادبيات پژوهش، هيچ مطالعه مستقيم و مشخصي يافت نشد که به تعيين رابطه شخصيت و خودکارآمدي با اميد به درمان پرداخته باشد، لذا در پژوهش حاضر سوال اصلي اين بود که آيا بين عوامل شخصيت و خودکارآمدي عمومي با اميد به درمان (اميد عملي و اميد راهبردي) رابطه وجود دارد يا خير؟

1. Snyder

2. Irving & Anderson

3. Marlatt & Witkiewitz

4. Strack, Carver & Blaney

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع همبستگی بوده که در مقوله طرح‌های توصیفی قرار دارد. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه معتادان خودمعرفی هستند که به مراکز درمانی واقع در شهر اصفهان در پاییز ۱۳۹۱ مراجعه کرده‌اند. تعداد ۳۵۰ نفر از معتادان مراجعه کننده به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. به این صورت که ابتدا از بین نواحی مختلف اصفهان، به شیوه تصادفی ساده دو ناحیه انتخاب شد، سپس فهرست مراکز ترک اعتیاد در این نواحی تهیه و از بین آن‌ها به شیوه تصادفی، تعداد ۵ مرکز انتخاب و از هر مرکز ۷۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند که در مجموع ۳۵۰ نفر (۲۸۸ مرد و ۶۲ زن) مورد آزمون قرار گرفتند.

ابزار

۱- پرسشنامه شخصیتی نئو، فرم کوتاه: این پرسشنامه توسط مک کری و کاستا (۲۰۰۴) ساخته شده و دارای ۶۰ سؤال می‌باشد و پنج بعد روان رنجورخویی، برون‌گرایی، تجربه‌پذیری، توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی را اندازه‌گیری می‌کند. برای هر عامل ۱۲ سؤال در نظر گرفته شده است. نحوه پاسخ‌گویی به سؤالات به این ترتیب است که آزمودنی پاسخ مورد نظر خود را از میان گزینه‌های مختلف یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) انتخاب می‌کند. نمره‌گذاری این آزمون به این صورت است که به گزینه کاملاً مخالفم نمره ۰، مخالفم نمره ۱، نظری ندارم نمره ۲، موافقم نمره ۳ و کاملاً موافقم نمره ۴ تعلق می‌گیرد و این حالت در برخی از سؤالات معکوس می‌شود؛ به گونه‌ای که کاملاً مخالفم نمره ۴، مخالفم نمره ۳، نظری ندارم نمره ۲، موافقم نمره ۱ و کاملاً موافقم نمره ۰ می‌گیرد. حداقل و حداکثر نمره هریک از خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۱۲ و ۶۰ می‌باشد. این آزمون برای افراد بالای ۱۷ سال مناسب است. مک کری و کاستا (۲۰۰۴)، در مطالعه‌ای که به منظور تجدید نظر در پرسشنامه شخصیتی نئو، فرم کوتاه بر روی ۱۴۹۲ نفر از افراد بزرگسال انجام دادند، ضریب آلفای کرونباخ پنج بعد روان رنجورخویی،

برون‌گرایی، تجربه‌پذیری، توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۷۵، ۰/۶۹ و ۰/۷۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ پنج بعد مذکور به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۳، ۰/۷۰، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ به دست آمد.

۲- پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر و مادوکس: این پرسشنامه توسط شرر و مادوکس^۱ ساخته شده و دارای ۱۷ عبارت است. نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت بوده، به این ترتیب که به گزینه‌های کاملاً موافقم، موافقم، نه موافق و نه مخالف، مخالفم و کاملاً مخالفم به ترتیب نمره‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ تعلق می‌گیرد. به طور کلی این پرسشنامه شامل ۱۷ ماده است که شماره‌های ۳، ۸، ۹، ۱۳، و ۱۵ از چپ به راست و بقیه از راست به چپ امتیازشان افزایش می‌یابد و نمره بیشتر بیانگر خودکارآمدی بالاتر است. بنابراین حداکثر نمره‌ای که فرد می‌تواند از این پرسشنامه به دست آورد نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. شرر و مادوکس (۱۹۸۲)، میزان آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۶ گزارش کردند. ضریب اعتبار این مقیاس با استفاده از روش دو نیمه کردن آزمون گاتمن برابر با ۰/۷۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شده است. جلالی (۱۳۸۸)، اعتبار پرسشنامه را بر روی یک نمونه متشکل از ۴۱ دانش‌آموز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۴ و با استفاده از روش بازآزمایی به فاصله دو هفته برابر با ۰/۶۹ به دست آورد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای خودکارآمدی عمومی ۰/۸۵ به دست آمد.

۳- پرسشنامه امیدواری‌اشنایدر: این پرسشنامه که توسط اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) برای سنجش امیدواری برای سنین ۱۵ سال به بالا ساخته شد، دارای ۱۲ عبارت است. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی و ۴ عبارت انحرافی است. نمره امید حاصل جمع این دو خرده‌مقیاس است، بنابراین مجموع نمرات می‌تواند بین ۸ تا ۳۲ قرار گیرد. برای پاسخ دادن به هر سؤال، پیوستاری از کاملاً غلط تا کاملاً درست در نظر گرفته شده است و مدت کوتاهی برای پاسخ دادن به آن کفایت می‌کند. عبارات ۳، ۵، ۷، و ۱۱ انحرافی‌اند و نمره‌ای به آن‌ها تعلق نمی‌گیرد.

عبارات ۲، ۹، ۱۰، ۱۲ مربوط به خرده مقیاس عاملی و عبارات ۱، ۴، ۶، و ۸ مربوط به خرده مقیاس راهبردی است. اشنایدر و همکاران (۲۰۰۲)، اعتبار پرسشنامه را از طریق بازآزمایی بعد از سه هفته ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس عاملی ۰/۸۱ و برای راهبردی ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. کرمانی (۱۳۹۰)، اعتبار این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ به دست آورد. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برای امید عاملی ۰/۸۰ و برای امید راهبردی ۰/۷۳ به دست آمد. لازم به ذکر است در پژوهش حاضر، پرسشنامه امید اشنایدر با تغییر کلمات برای امید به درمان استفاده شده است.

یافته‌ها

از کل اعضای نمونه ۳۵۰ نفری، ۲۹ نفر (معادل ۸/۳ درصد) در گروه تحصیلی بی سواد و ابتدایی، ۶۶ نفر (معادل ۱۸/۹ درصد) در گروه راهنمایی، ۱۴۸ نفر (معادل ۴۲/۳ درصد) در گروه متوسطه و دیپلم، ۶۴ نفر (معادل ۱۸/۲ درصد) در گروه بالاتر از دیپلم و ۴۳ نفر (معادل ۱۲/۳ درصد) در مقوله عدم اعلام تحصیلات قرار داشتند.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در گروه نمونه

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد
روان رنجور خوبی	۲۳/۱۶	۷/۲
برون گرایی	۲۶/۷۶	۶/۸۴
تجربه پذیری	۲۹/۸۸	۶/۲۴
توافق پذیری	۳۱/۹۲	۶/۳۶
وظیفه شناسی	۳۲/۲۸	۶/۷۲
امید عاملی	۳۸/۰۴	۶/۷۲
امید راهبردی	۳۸/۱۶	۷/۴۴

همچنین ۲۸۸ نفر (معادل ۸۲/۳ درصد) مرد و ۶۲ نفر (معادل ۱۷/۷ درصد) زن بودند که در میان آن‌ها ۱۱۱ نفر (معادل ۳۱/۷ درصد) در گروه افراد متأهل، ۱۹۱ نفر (معادل ۵۴/۶ درصد) در گروه افراد مجرد و ۴۸ نفر (معادل ۱۳/۷ درصد) در گروه اعلام نشده قرار داشتند. تعداد ۵۷ نفر (معادل ۱۶/۳ درصد) در گروه سنی تا ۲۵ سال، ۱۵۸ نفر (معادل ۴۵/۱ درصد) در گروه سنی ۲۶ تا ۳۵ سال، ۸۶ نفر (معادل ۲۴/۶ درصد) در گروه سنی ۳۶

تا ۴۵ سال، ۴۷ نفر (معادل ۱۳/۴ درصد) در گروه سنی ۴۶ سال به بالا و ۲ نفر (معادل ۰/۵ درصد) در گروه اعلام نشده قرار داشتند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

برای بررسی روابط بین ابعاد شخصیت و خودکارآمدی با امید از ضریب همبستگی پیرسون به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۲: نتایج همبستگی پیرسون ابعاد شخصیت و خودکارآمدی با امید

متغیرها	امید عاملی		امید راهبردی	
	R	معناداری	R	معناداری
روان رنجور خویی	-۰/۷**	۰/۰۰۰۵	-۰/۶۷**	۰/۰۰۰۵
برون گرایی	۰/۵۱**	۰/۰۰۰۵	۰/۴۵**	۰/۰۰۰۵
تجربه پذیری	۰/۳۹**	۰/۰۰۰۵	۰/۳۵**	۰/۰۰۰۵
توافق پذیری	۰/۴۹**	۰/۰۰۰۵	۰/۴۵**	۰/۰۰۰۵
وظیفه شناسی	۰/۶۵**	۰/۰۰۰۵	۰/۵۷**	۰/۰۰۰۵
خودکارآمدی عمومی	۰/۷۲**	۰/۰۰۰۵	۰/۶۸**	۰/۰۰۰۵

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود روان رنجور خویی، برون گرایی، تجربه-پذیری، توافق پذیری و وظیفه شناسی با امید عاملی به درمان و امید راهبردی به درمان همگی دارای همبستگی معنادار ($P < ۰/۰۰۱$) هستند.

برای پیش‌بینی امید عاملی به درمان بر اساس ابعاد پنجگانه شخصیت و خودکارآمدی از تحلیل رگرسیون چندمتغیری سلسله مراتبی به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳: خلاصه مدل و ضرائب رگرسیون امید عاملی بر اساس ابعاد شخصیت و خودکارآمدی

پنج عامل بزرگ شخصیت	B	انحراف استاندارد	β	آماره t	معناداری	R	R ²
مقدار ثابت	۲/۹۲	۰/۲۳	-	۱۲/۳۹	۰/۰۰۸		
روان رنجور خویی	-۰/۴۳	۰/۰۵	-۰/۴۵	-۹/۱	۰/۰۰۰۵		
برون گرایی	۰/۰۶	۰/۰۵	۰/۰۶	۱/۳۵	۰/۱۸	۰/۷۵	۰/۵۶
تجربه پذیری	-۰/۰۲	۰/۰۵	-۰/۰۲	-۰/۴	۰/۶۹		
توافق پذیری	۰/۰۶	۰/۰۵	۰/۰۵	۱/۲	۰/۲۳		
وظیفه شناسی	۰/۳۱	۰/۰۶	۰/۳	۵/۵۵	۰/۰۰۰۵		
خودکارآمدی عمومی	۰/۳۲	۰/۰۵	۰/۳۵	۶/۴۹	۰/۰۰۰۵	۰/۷۸	۰/۶۱

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، روان رنجورخویی ($\beta = -0/45$ ، $p < 0/001$) و وظیفه‌شناسی ($\beta = 0/3$ ، $p < 0/001$) از میان ابعاد پنجگانه شخصیت پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار امید عاملی به درمان در بلوک اول بوده‌اند که مجموعاً توانسته‌اند $56/4\%$ از واریانس امید عاملی به درمان را تبیین کنند. در بلوک دوم با افزوده شدن خودکارآمدی عمومی ($\beta = 0/35$ ، $p < 0/001$)، میزان تبیین واریانس به $61/2\%$ افزایش یافته است. برای پیش‌بینی امید راهبردی به درمان بر اساس ابعاد پنجگانه شخصیت و خودکارآمدی از تحلیل رگرسیون چندمتغیری سلسله مراتبی به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۴: خلاصه مدل و ضرایب رگرسیون امید راهبردی بر اساس ابعاد شخصیت و خودکارآمدی

R ²	R	معناداری	آماره t	β	انحراف استاندارد	B	پنج عامل بزرگ شخصیت
		0/0005	13/21	-	0/25	3/28	مقدار ثابت
		0/0005	-9/08	-0/49	0/05	-0/46	روان رنجورخویی
0/49	0/70	0/53	0/63	0/03	0/05	0/03	برون‌گرایی
		0/81	-0/24	-0/01	0/05	-0/01	تجربه‌پذیری
		0/28	1/07	0/05	0/05	0/06	توافق‌پذیری
		0/0005	3/68	0/22	0/06	0/22	وظیفه‌شناسی
0/53	0/73	0/0005	5/93	0/35	0/05	0/31	خودکارآمدی عمومی

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، از میان ابعاد شخصیت روان رنجورخویی ($\beta = -0/49$ ، $p < 0/001$) و وظیفه‌شناسی ($\beta = 0/22$ ، $p < 0/001$) پیش‌بینی‌کننده‌های معنادار امید راهبردی به درمان بودند که در مجموع 49% از واریانس آن را تبیین نمودند. در بلوک دوم با افزوده شدن خودکارآمدی عمومی ($\beta = 0/35$ ، $p < 0/001$)، میزان تبیین به 53% افزایش یافت.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه عوامل شخصیت و خودکارآمدی عمومی با امید به درمان (امید عاملی و امید راهبردی) انجام گرفت. با توجه به یافته‌های به دست آمده از این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که بین عوامل شخصیت با امید به درمان (امید عاملی و امید

راهبردی) رابطه معنادار وجود دارد. این نتیجه با یافته‌های پژوهشی توریانو و همکاران (۲۰۱۲)، بال و سسرو (۲۰۰۱)، فیشر و همکاران (۱۹۹۸) همسو است. در پژوهش‌های مذکور چنین نتیجه‌گیری شده است که در فرآیند ترک اعتیاد و جلوگیری از عود، ویژگی‌های شخصیتی نقش مهمی را ایفا می‌کنند. در راستای تبیین ارتباط هر کدام از پنج عامل بزرگ شخصیت با امید به درمان می‌توان چنین استنباط کرد که افرادی که روان رنجورخویی بالایی دارند، از خود نگرش منفی نشان می‌دهند (کلارک و واتسون^۱، ۱۹۹۱)، آن‌ها بر رویدادهای منفی زندگی بیشتر تأکید می‌کنند (تورسکی و گریفین^۲، ۱۹۹۱). افراد با امید پایین نیز تمایل به پافشاری در تفکر عاملی و راهبردی ناکارآمد دارند، آن‌ها به اهداف با حالات هیجانی منفی نزدیک می‌شوند و به جای موفقیت روی شکست متمرکز می‌شوند (اشنایدر، ۱۹۹۵). افراد با سطح بالای برون‌گرایی، آماده پذیرش شناخت‌ها و عواطف مثبت هستند (آیزنک^۳، ۱۹۸۱)، آن‌ها بر رویدادهای مثبت زندگی بیشتر تأکید می‌کنند (تورسکی و گریفین، ۱۹۹۱). افراد با امید بالا نیز به اهداف با حالات هیجانی مثبت نزدیک می‌شوند و اعتقاد دارند که برای دستیابی به هدف‌های آینده، قادر به درس گرفتن از موفقیت‌ها و شکست‌های قبلی هستند (اشنایدر، ۱۹۹۵). تجربه‌پذیری، با نیاز به فهمیدن موقعیت‌های بدیع و خلاقیت در ارتباط است (موون^۴، ۲۰۰۰). به عقیده اشنایدر (۲۰۰۰) در امیدواری شخص می‌تواند نیروهای خلاق خویش را در راه بهبود چگونگی زندگی به کار برد. در واقع، افراد با امید بالا در یافتن راه‌های جایگزین برای دستیابی به اهداف خلاق ترند (اشنایدر، ۱۹۹۵). فرد موافق، اساساً نوع دوست و خوش بین است (کاستا و مک کری، ۱۹۹۸). افراد دارای امید بالا، همچون افراد خوش‌بین، انتظارات مثبتی دارند، البته آنان قادرند افکار راهبردی را برای رسیدن به هدف‌ها ایجاد کنند (اشنایدر، ۲۰۰۰). وظیفه‌شناسی با ویژگی‌هایی مانند سخت‌کوشی در ارتباط است (باریک و مونت^۵، ۱۹۹۱). این افراد به دلیل داشتن ویژگی‌هایی مانند کفایت و تلاش برای موفقیت، سلامت روان بیشتری دارند (پنلی و توماکا^۶، ۲۰۰۲). افراد با امید بالا نیز، اهدافی

را انتخاب می‌کنند که نیاز به تلاش بیشتری دارد و در دنبال کردن اهداف خود تلاش زیادی به خرج می‌دهند (اشنایدر، ۱۹۹۵). از آن جا که در پژوهش حاضر وجود رابطه معنادار بین پنج عامل بزرگ شخصیت با امید به درمان به تأیید رسیده است و به عقیده اشنایدر (۲۰۰۰)، هر دو بعد امید (امید عاملی و امید راهبردی)، از طریق رفتارهای هدفمند در تشکیل و تعیین میزان امید ضروری است، منطقی به نظر می‌رسد که بین پنج عامل بزرگ شخصیت با امید عاملی به درمان و امید راهبردی به درمان نیز رابطه معنادار وجود داشته باشد.

همچنین در پژوهش حاضر نشان داده شد که بین خودکارآمدی عمومی با امید عاملی به درمان و امید راهبردی به درمان رابطه معنادار وجود دارد. از آن جا که خودکارآمدی و امید، هر دو از مؤلفه‌های سلامت روان هستند (فلدمن^۱ و اشنایدر، ۲۰۰۵)، وجود رابطه معنادار بین خودکارآمدی عمومی با امید و مؤلفه‌های آن منطقی به نظر می‌رسد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ابعاد روان رنجورخویی و وظیفه‌شناسی قادر به پیش‌بینی معنادار امید به درمان هستند که این یافته با نتایج مطالعات اینز و کوکس^۲ (۱۹۹۷)، ساکلوفسکی، کلی و جانزن^۳ (۱۹۹۵) همسو است. یافته‌های حاصل از مطالعات مذکور نشان دادند که ناامیدی به صورت مثبت به وسیله روان رنجورخویی و به صورت منفی به وسیله وظیفه‌شناسی پیش‌بینی می‌شود. این یافته با نتایج مطالعات ولتینگ^۴ (۱۹۹۹) مشابه است که بین ناامیدی و روان رنجورخویی رابطه مثبت و بین ناامیدی و وظیفه‌شناسی رابطه منفی یافتند. همچنین در پژوهش دیگری توسط ولتینگ (۱۹۹۹)، مشخص شد افرادی که میزان ناامیدی بالایی را گزارش کرده بودند، در عامل وظیفه‌شناسی نمرات پایینی گرفته بودند. کوپرک و مک کورمیک^۵ (۱۹۹۸) در بررسی یک نمونه ۳۲۵۶ نفری از مصرف‌کنندگان مواد دریافتند که هرچه نمره‌های بعد روان رنجورخویی بالاتر و نمره‌های بعد وظیفه‌شناسی پایین‌تر باشد، سطوح بالاتری از علائم ناامیدی، افسردگی، تکانشوری و مصرف چندگانه مواد در آن‌ها دیده می‌شود. بیشتر بررسی‌های انجام شده در زمینه ارتباط

1. Feldman
4. Velting

2. Enns & Cox
5. Quirk & McCormick

3. Saklofske, Kelly & Janzen

عوامل الگوی پنج عاملی شخصیت و سلامت روان (کاستا و مک کری، ۱۹۸۰؛ دنو و کوپر^۱، ۱۹۹۸؛ هایس و جوزف^۲، ۲۰۰۳) نشان داده‌اند که روان‌رنجورخویی با سلامت روان ارتباط معکوس دارد. در دیگر بررسی‌ها (دنو و کوپر، ۱۹۹۸؛ پنلی و توماکا، ۲۰۰۲؛ هایس و جوزف، ۲۰۰۳) بین سلامت روان و وظیفه‌شناسی ارتباط مثبت به دست آمده است و از آن جا که امید یکی از مؤلفه‌های سلامت روان است (فلدمن و اشنايدر، ۲۰۰۵)، می‌توان به تشابه این یافته‌ها با پژوهش حاضر پی برد. در راستای تبیین ارتباط ترکیبی بین پنج عامل بزرگ شخصیت با امید به درمان، می‌توان گفت که بی‌ثباتی هیجانی نقش بسیار مهمی در رشد و ثبات خلق منفی ایجاد می‌کند. مطالعات مختلفی از جمله مک، بلویت و هیون^۳ (۲۰۰۴) نشان داده‌اند که افراد با روان‌رنجوری بالا، محرک‌های منفی ناچیز را درست همانند فشارهای منفی شدید مورد ارزیابی قرار می‌دهند، افزون بر این روان‌رنجورخویی با هیجان‌های منفی در ارتباط است (فارنهام و چنگ^۴، ۱۹۹۷). تورسکی و گریفین (۱۹۹۱) براین باورند که هیجان مثبت با ویژگی‌های شخصیت ارتباط دارد، به طوری که افراد روان‌رنجور، بر رویدادهای منفی زندگی بیشتر تأکید نموده و کمتر دستخوش هیجانات مثبت می‌شوند. مؤلفه‌های بعد روان‌رنجورخویی در مدل پنج عاملی شخصیت عبارتند از: اضطراب، پرخاشگری، افسردگی، خود نگرانی، تکانشوری و آسیب‌پذیری (گروسی، ۱۳۸۰). وظیفه‌شناسی با توانایی برای کنترل بر تکلیف، هیجان مثبت، شادی و امیدواری همبستگی مثبت دارد (پنلی و توماکا، ۲۰۰۲). وظیفه‌شناسی می‌تواند عامل پیش‌بینی کننده امیدواری باشد (دنو و کوپر، ۱۹۹۸). وظیفه‌شناسی با فراهم آوردن زمینه موفقیت، افزایش امیدواری را به دنبال دارد (دنو و کوپر، ۱۹۹۸؛ پنلی و توماکا، ۲۰۰۲). هماهنگی با یافته‌های هایس و جوزف (۲۰۰۳)، افرادی که در بعد وظیفه‌شناسی، دارای نمرات بالایی هستند، بیشتر احتمال دارد که در جامعه به طور مؤثر رفتار نموده و به اهداف خود دست یابند. نائل آمدن به اهداف به نوبه خود منجر به بالا رفتن سطح امیدواری خواهد شد. با در نظر گرفتن این نکته که مؤلفه‌های بعد وظیفه‌شناسی در

مدل پنج عاملی شخصیت عبارتند از: شایستگی، نظم و ترتیب، باوجدان بودن، خودانضباطی، تلاش برای پیشرفت و ژرف اندیشی (گروسی، ۱۳۸۰)، ارتباط این بعد شخصیت با بالا بودن سطح امیدواری افراد در کلیه ابعاد آن (امید عاملی و امید راهبردی) منطقی خواهد بود.

همچنین نتایج نشان داد که خودکارآمدی عمومی فراتر از پنج عامل بزرگ شخصیت قادر به پیش بینی معنادار امید به درمان است. این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهشی کادن و لیت (۲۰۱۱)، مارتینز و همکاران (۲۰۱۰)، تات و همکاران (۲۰۰۸)، دیکلمته و همکاران (۱۹۹۵) است. در پژوهش‌های مذکور چنین نتیجه‌گیری شده است که خودکارآمدی ضعیف، پیش‌بینی کننده مهمی برای مصرف دوباره مواد است. به گونه‌ای که هنگام رویارویی با رویدادهای نامطلوب و استرس‌زا، افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، پایداری بیشتری از خود نشان می‌دهند و تفکرات منفی را درباره خود و توانایی خود 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.

در راستای تبیین فراتر بودن قدرت خودکارآمدی عمومی جهت پیش‌بینی میزان امید به درمان (امید عاملی و امید راهبردی) نسبت به پنج عامل بزرگ شخصیت، شاید بتوان چنین استنباط کرد که دو متغیر خودکارآمدی و امیدواری، وجوه مشترک بسیاری دارند و همین می‌تواند یکی از مهم‌ترین دلایل احتمالی قدرت فزاینده خودکارآمدی جهت پیش‌بینی میزان امید به درمان باشد. بندورا (۱۹۸۹)، خودکارآمدی را به عنوان باورهایی در مورد توانایی شخصی برای سازمان دادن و طی کردن مسیرهای عمل به منظور دستیابی به هدف تعریف کرده است. بر اساس نظر اشنايدر (۱۹۹۴)، نیز امید یک انتظار مثبت برای دستیابی به اهداف است. اشنايدر، امید عاملی را نه تنها به عنوان انرژی روانی متمرکز بر هدف، بلکه به عنوان احساس مصمم بودن در دستیابی به هدف تعریف کرده است. این نوع انگیزه متمرکز بر هدف در جملاتی چون "من می‌توانم این کار را انجام دهم"، "من به آن خواهم رسید" یا "رها نخواهم کرد" نمایان می‌شود. افراد دارای امید راهبردی بالا، به منظور مقابله با موانع احتمالی، چندین گذرگاه را در نظر می‌گیرند، در مقابل افراد با

امید راهبردی پایین، احتمال پیدا کردن راه حل‌های ممکن برای رسیدن به اهدافشان را ندارند (اشنایدر، ۱۹۹۴). بندورا (۱۹۸۹) این مسئله را مطرح می‌کند که سطح بالای خودکارآمدی، به اشخاص کمک می‌کند که تلاش خود را تا رسیدن به اهداف خود ادامه دهند، در حالی که خودکارآمدی پایین باعث یأس و دست کشیدن از تلاش می‌شود. افراد دارای باورهای خودکارآمدی ضعیف، به جای برخورد با موانع از آن‌ها اجتناب می‌کنند و به صورت غیر واقع بینانه‌ای معیارهای بالایی برای خود برمی‌گزینند و سعی دارند انتظارات فوق العاده‌ای را علی‌رغم توانایی‌های خود برآورده نمایند، در نتیجه با شکست‌های پیاپی مواجه شده که این شکست‌ها به احساس بی‌ارزشی و ناامیدی منجر می‌شود. افراد دارای امید بالا، معمولاً به دنبال اهدافی هستند که دارای میزانی از عدم قطعیت و سطح دشواری متوسط باشد (اشنایدر، ۱۹۹۴). افراد دارای خودکارآمدی قوی، نیز اهداف مشکل‌تری را انتخاب می‌کنند، آن‌ها روی موقعیت‌ها و شرایط توجه می‌کنند به جای آن که به موانع اهمیت دهند (شوارترز و لوتس سینسکا، ۲۰۰۷).

در مجموع به نظر می‌رسد معتادانی که امید به درمان بالاتری دارند، هدفمندتر بوده و نسبت به اهداف درمانی، حفظ و پرهیز و ادامه درمان، تعهد بیشتری را در خود احساس می‌کنند و رفتار خود را با هدفی که شخصاً برگزیده‌اند هماهنگ می‌کنند ولی افرادی که امید به درمان پایین‌تری دارند، قادر به پیروی از اهداف خود نبوده، درمان را نیمه رها کرده یا حتی ممکن است در فرآیند درمان رفتارهای اعتیادی سابق را از سر بگیرند. بنابراین لازم است در فرآیند درمان یک ارزیابی شخصیتی گسترده از معتادان به عمل آید و به این نکته توجه شود که افراد با ویژگی شخصیتی روان‌رنجورخویی بالا و وظیفه-شناسی پایین، از میزان امید به درمان کمتری برخوردار بوده و بیشتر در معرض خطر خروج از درمان هستند و در صورت نیاز بهتر است برای آن‌ها مداخلات امید درمانی صورت گیرد. همچنین با توجه به این که در پژوهش حاضر نشان داده شد که خودکارآمدی عمومی، فراتر از پنج عامل بزرگ شخصیت قادر به پیش‌بینی معنادار امید به درمان است، بهتر است برای اثر بخشی انواع برنامه‌های ترک اعتیاد، بر بهبود باورهای

خودکارآمدی معتادین تمرکز نموده و خود افراد به عنوان منبع اصلی تغییر در نظر گرفته شوند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که پژوهش در بین معتادان خودمعرف به مراکز درمانی شهر اصفهان انجام گرفته که تعمیم و استفاده از نتایج آن باید احتیاط‌های لازم صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی با متغیرهای پژوهش حاضر در بین معتادان تحت درمان با روش‌های مختلف درمانی انجام شود و همچنین در پژوهش‌های آینده برای آگاهی از این که آیا همبستگی‌های به دست آمده در این پژوهش در موقعیت‌های دیگر نیز صادق است یا خیر از جامعه غیر معتادین نیز نمونه‌هایی انتخاب شود.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس (۱۳۸۸). ارتباط مهارت‌های اجتماعی و خودکارآمدی با گرایش به مصرف مواد در نوجوانان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، ۴، ۱۸۸-۱۸۱.
- بیگی، علی (۱۳۹۰). نقش تشخیصی کیفیت زندگی و امیدواری در معتادان گمنام و معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون. *مجله روانشناسی بالینی*، ۳(۳)، ۸۴-۷۵.
- جلالی، داریوش (۱۳۸۸). اثربخشی پیش‌گیری سرویس پیام کوتاه بر نگرش و خودکارآمدی دانش‌آموزان نسبت به گرایش به مواد مخدر. *فصلنامه فن آوری اطلاعات و ارتباطات در علوم تربیتی*، ۳(۳)، ۹۳-۱۱۱.
- حسن‌شاهی، محمد مهدی (۱۳۸۳). بررسی سلامت روان بیماران وابسته به مواد روان‌گردان. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۶(۲۳ و ۲۴)، ۱۳۹-۱۳۱.
- رئیس‌یان، اکرم سادات؛ گلزاری، محمود و برجعلی، احمد (۱۳۹۰). اثر بخشی امید درمانی بر کاهش میزان افسردگی و پیش‌گیری از عود در زنان درمان‌جوی وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۵(۱۷)، ۴۰-۲۱.
- صابری زعفرندی، محمدباقر (۱۳۸۹). برخی از چالش‌های بهداشت روان و اعتیاد در ایران. *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲، ۱۶۱-۱۵۷.
- فیست، جس و فیست، گریگوری جی (۱۳۸۷). *نظریه‌های شخصیت*. ترجمه یحیی سید محمدی، چاپ پنجم، تهران: روان (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۵).
- کار، آلان (۱۳۸۷). *روانشناسی مثبت علم شادمانی و نیرومندی‌های انسان*. ترجمه حسن پاشا شریفی و جعفر نجفی زند، چاپ دوم، تهران: سخن. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۴).

کرمانی، زهرا (۱۳۹۰). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید آشنایدر. فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۳(۱۹)، ۲۳-۷.

گروسسی فرشی، میر تقی (۱۳۸۰). رویکردهای نوین در ارزیابی شخصیت (کاربرد تحلیل عاملی در مطالعات شخصیت). چاپ اول، تبریز: جامعه پژوه

وست، رابرت (۱۳۸۸). نظریه اعتیاد. ترجمه سید سعید پورنقاش تهرانی، چاپ اول، تهران: دانشگاه الزهرا(س)

Ball, S. A. (2004). *Personality traits, disorders and substance abuse*. In: RM Stelmack (Eds). *On the psychobiology of personality*, New York: Pergamon.

Ball, S.A., Cecero, J. (2001). Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas and personality problems. *Journal of Personality Disorder*, 15(1), 150-161.

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.

Barrick, M.R., Mount, M.K. (1991). The big five personality dimensions and job performance: A meta- analysis. *Personal Psychology*, 44, 1-26.

Clark, L.A., Watson, D. (1991). General affective disposition in physical and psychological health. In: CR Snyder, DR Forsyth (Eds). *Handbook of social and clinical psychology*. New York: Pergamon, 241-245.

Costa, P.T., McCrae, R.R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 668-678.

Costa, P.T., McCrae, R.R. (1998). Personality assessment. In: HS Friedman (Eds). *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press.

Deneve, K., Cooper, H. (1998). The happy personality: A Meta analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.

Diclemente, C.C., Fairhurst, S.K., Piotrowski, N.A. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors. In: J Maddux (Eds). *Self-efficacy, adaptation and adjustment: Theory, research and application*. New York: Plenum, 109-141.

Enns, M.W., Cox, B.J. (1997). Personality dimensions and depression: review and commentary. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 274-284.

Eysenk, H.J. (1981). Learning, memory and personality. In: HJ Eyaenk (Eds). *A model for personality*. New York: Springer Verlag.

Feldman, B.D., Snyder, C.R. (2005). Hope and the meaningful life: Theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 3, 401-421.

Fisher, L.A., Elias, I.W., Ritza, K. (1998). Predicting relapse to substance abuse as a function. *Critical Experimental Research*, 22, 1041-1047.

Furnham, A., Cheng, H. (1997). Personality and happiness. *Psychological Reports*, 80, 761-762.

Hayes, N., Joseph, S. (2003). Big five correlate of three measures of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 34, 723-727.

Kadden, R.M., Litt, M.D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 12, 1120-1126.

Mak, A.S., Blewitt, K., Heaven, P.C. (2004). Gender and personality influences in adolescent Threat and challenge appraisals depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 32, 1215-1228.

Marlatt, G.A., Witkiewitz, K. (2005). *Relapse prevention for alcohol & drug prodems*. New York: Gilford Press.

- Martinez, E., Tatum, K.L., Glass, M., Bernath, A., Ferris, D., Reynolds, P., Schnoll, R.A. (2010). Correlates of smoking cessation self-efficacy in a community sample of smokers, *Addictive Behaviors*, 2, 175-178.
- McCrae, R.R., Costa, P.T. (2004). A contemplated revision of NEO Five Factor Inventory. *Journal of Personality and Individual Differences*, 36, 587-596.
- Mowen, J.C. (2000). *The 3M model of motivation and personality: Theory and empirical applications to consumer behavior*. Boston: Kluwer.
- Pedrotti, J.T., Edwards, L.M., Lopez, S.H.J. (2008). Promoting hope: Suggestions for school counselors. *Professional School Counseling*, 12(2), 100-108.
- Penley, J.A., Tomaka, J. (2002). Associations among the big five, emotional responses and coping with acute stress. *Journal of Personality and Individual Differences*, 32, 1215-1228.
- Quirk, S.W., McCormick, R.A. (1998). Personality subtypes, coping styles, symptom correlates and substances of choice among a cohort of substance abusers. *Assessment*, 5, 157-170.
- Saklofske, D.H., Kelly, I.W., Janzen, B.L. (1995). Neuroticism, depression and depression proneness. *Personality and Individual Differences*, 18, 27-31.
- Schwarzer, R., Luszczynska, A. (2007). Health behavior constructs: Theory, measurement, and research. *Psychological Health*, 5, 125-131.
- Sherer, M., Maddux, J.E. (1982). The self-efficacy scales: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- Snyder, C.R. (1994). *The psychology Of hope: You can get there from here*. Newyork: Free Press.
- Snyder, C.R. (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and application*. San Diego: Academic Press.
- Snyder, C.R., Irving, L.M., Anderson, J. (1991). Hope and health. In: CR Snyder, DR Forsyth (Eds). *Handbook of social and clinical psychology*. Elmsford, NY: Pergamon Press, 285-305.
- Snyder, C.R., Shorey, H.S., Cheavens, J., Mannpulvers, K.M., Adams, V.H et al. (2002). Hope and academic success in college. *Journal of Educational Psychology*, 97, 820-826.
- Snyder, CR. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counselin Development*, 73, 355-361.
- Strack, S., Carver, C.S., Blaney, P.H. (1987). Predicting successful completion of an aftercare program following treatment for alcoholism: The role of dispositional optimism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 579-584.
- Tate, S.R., Wu, J., McQuaid, J.R., Cummins, K., Shriver, C.H., Krenek, M., Brown, S.A. (2008). Co-morbidity of substance dependence and depression role of life stress and self-efficacy in sustaining abstinence. *Addictive Behaviors*, 22(1), 47-57.
- Tuersky, A., Griffin, D. (1991). Endowment and contrast in judgment of well-being. In F Strack, M Argyle, N Schwartz (Eds). *Subjective well-being*, Oxford Pergamon.
- Turiano, N.A., Whiteman, S.H.D., Hampson, S.E., Roberts, B.W., Mroczek, D.K. (2012). Personality and substance use in midlife: Conscientiousness as a moderator and the effects of trait cgange. *Journal of Research in Personality*, 3, 295-305.
- Velting, D.W. (1999a). Suicidal ideation and the five factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 27, 943-952.
- Walton, K.E., Roberts, B.W.M. (2004). On the relationship between substance use and personality traits: Abstainers are not maladjusted. *Journal of Research in Personality*, 38, 514-535.