

مقایسه تاب آوری، خودکارآمدی، امید و خوش بینی در افراد وابسته به مواد و عادی

عباسعلی خداوردی^۱

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه تاب آوری، خودکارآمدی، امید و خوش بینی در افراد وابسته به مواد و افراد عادی بود. روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای بود. در این پژوهش، نمونه شامل ۱۶۰ نفر (۸۰ نفر از افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر شاهرود و ۸۰ نفر از افراد عادی) بود که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. شرکت کنندگان مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، مقیاس خودکارآمدی عمومی شوارتز و جروسالم (۱۹۹۵)، پرسشنامه امید اشناپدر و همکاران (۱۹۹۱)، و خوش بینی شی‌یر و کارور (۱۹۸۵) را کامل کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بین دو گروه از نظر تاب آوری، خودکارآمدی، امید و خوش بینی تفاوت معنی داری وجود داشت. بدین صورت که افراد وابسته به مواد نسبت به افراد عادی از تاب آوری، خودکارآمدی، امید و خوش بینی به طور معناداری از نمرات کمتری برخوردار بودند. به نظر می‌رسد با شناخت عوامل محافظت کننده از جمله تاب آوری، خودکارآمدی، امید و خوش بینی و تقویت آن‌ها در افراد می‌توان به طور موثری از گرایش به مصرف مواد پیشگیری کرد.

کلیدواژه‌ها: تاب آوری، خودکارآمدی، امید، خوش بینی، مصرف مواد.

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سمنان، سمنان، ایران. پست الکترونیک:

مقدمه

اعتیاد از زمان‌های قدیم بر جوامع بشری تاثیر گذاشته است. این پدیده امروزه به عنوان یک وضعیت اجتماعی، بهداشتی و پزشکی ساختار خانواده و جامعه انسانی را در بر گرفته است (سرگلزایی، ۲۰۰۴؛ به نقل از شکيبا، شکيبا، شريفی، شکيبا و رفیعی، ۲۰۱۴). عوامل زیست‌شناسی، روان‌شناسی و اجتماعی در اعتیاد نقش دارند (لاردیر، باریوس، گارسیا-رید و ریف، ۲۰۱۸). این پدیده خانمان سوز اختلال عود کننده مزمن است و عوارض آن تمام گستره زندگی فرد شامل روابط زناشویی، شغل و تحصیل را تحت تاثیر قرار می‌دهد. اعتیاد پیامدهای نامطلوب اجتماعی و همچنین از بین رفتن سرمایه‌های انسانی جوان و مغزهای متفکر را به دنبال دارد. عواقب ناشی از اعتیاد بسیار غم‌انگیز و یکی از موانع جدی در توسعه جوامع است (مک کانس-کاتز، ۲۰۱۸؛ اختری، خدایی، زرگر یاقوتی و فضل‌اللهی، ۱۳۹۵). غفلت و بی‌توجهی به پدیده اعتیاد می‌تواند خسارات جبران ناپذیری برای جامعه داشته باشد. بنابراین بهترین راه برای مقابله با این مشکل این است که به شناخت جامع و کاملی نسبت به این پدیده دست یابیم (نوری پور، زاده محمدی، دسترس و سرگلزایی، ۲۰۱۴؛ خالدیان، ۱۳۹۲). عوامل متعددی در گرایش به اعتیاد نقش دارند. از جمله عواملی که در این زمینه می‌توان مطرح کرد، تاب‌آوری، خوش‌بینی، خودکارآمدی و امید است که از آن‌ها به عنوان سرمایه‌های روان‌شناختی مثبت یاد می‌شود. امروزه رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا، به دلیل توجه به قابلیت‌ها و استعداد‌های انسان به جای در نظر گرفتن کمبودها به عنوان یک رویکرد مهم در زمینه روان‌شناسی مورد توجه واقع شده است. هدف این رویکرد توجه به شادی و شادکامی انسان‌ها و عواملی است که می‌تواند این شادکامی را فراهم آورد (مومنی، مولایی پارده و محبی، ۱۳۹۲). سرمایه‌های روان‌شناختی مثبت دارای ویژگی‌هایی همچون باور افراد به توانمندی‌هایشان، تلاش کردن و اتخاذ رویکرد مثبت است (لوتانز و لوتانز، ۲۰۰۴؛ به نقل از اکبرزاده، اکبرزاده و جوانمرد، ۱۳۹۳). سرمایه روان‌شناسی دارای چهار مولفه امید، خوش‌بینی، خودکارآمدی

و تاب آوری است. امید حالتی است که در آن افراد برای زندگی خود اهداف مشخص و مثبتی را در نظر می‌گیرند و برای آن برنامه‌ریزی می‌کنند. خود کارآمدی نیز به باور فرد در مورد توانمندی‌هایش مربوط می‌شود. خوش‌بینی نیز به معنای داشتن انتظارات مثبت است. تاب آوری نیز به این معنا است که افراد چگونه در شرایط سخت و بحرانی دوام می‌آورند و با این شرایط برخورد می‌کنند (بیلی و اسنایدر، ۲۰۰۷؛ به نقل از اکبرزاده و همکاران، ۱۳۹۳). مطالعات موجود در این زمینه نشان داده است که خوش‌بینی (ورای، دووراک، هسیا، آرنز و اسپچونلی^۱، ۲۰۱۳؛ آلترمان، کاسیولا، دوگوش، ایوی و کوویلو^۲، ۲۰۱۰؛ امید (ماتیز، فراری، گروه و جیسون^۳، ۲۰۰۹؛ ایروینگ، سیدنر، بارلینگ، پاگیارینی و رابینز-سیسکو^۴، ۱۹۹۸)؛ خود کارآمدی (افشاری، باباخانی، احمدی، شمس‌الدینی لری، ۱۳۹۵؛ کراسیکووا، لستر و هارمز^۵، ۲۰۱۵؛ اکبرزاده، اکبرزاده و جوانمرد، ۲۰۱۶؛ هودر^۶ و همکاران، ۲۰۱۶) و تاب آوری (رستمی و اکبری، ۱۳۹۴؛ صالحی فدردی و آزادنعمتی، ۲۰۱۰؛ بارتون، هیستاد، اید و برویک^۷، ۲۰۱۲؛ ویلند^۸ و همکاران، ۲۰۱۲) با سوء‌مصرف مواد رابطه دارند. برخورداری از مجموع این توانمندی‌ها به افراد کمک می‌کنند که خود را با شرایط وفق دهند و بر مشکلات خود غلبه کنند (بیلی و اسنایدر، ۲۰۰۷؛ به نقل از اکبرزاده و همکاران، ۱۳۹۳).

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان بحرانی اساسی در سراسر جهان مطرح است. دلایل مختلفی برای این که چرا افراد در سطوح متفاوتی به مواد وابسته می‌شوند وجود دارد. برخی از افراد فقط به دلیل کنجکاوی، برخی به دلیل بهبود عملکرد ورزشی و یا کاهش استرس و یا خلاص شدن از احساسات ناخوشایند شروع به مصرف مواد می‌کنند (برگل^۹، ۲۰۱۵). نکته مهم این است که پیشگیری بسیار حائز اهمیت است و از طرفی باید در زمان مناسب و قبل از این که سلامت و زندگی افراد تباه شود برای کمک به آن‌ها اقدام شود.

1. Wray, Dvorak, Hsia, Arens & Schweinle
2. Alterman, Cacciola, Dugosh, Ivey & Coviello
3. Mathis, Ferrari, Groh & Jason
4. Irving, Seidner, Burling, Pagliarini & Robbins-Sisco

5. Krasikova, Lester & Harms
6. Hodder
7. Bartone, Hystad, Eid & Brevik
8. Weiland
9. Bergle

بسیار مهم است که وابستگی به مواد مخدر در زمان مناسب و قبل از اختلال در روابط اجتماعی و سلامتی شناسایی شود (آسپلان لین^۱، ۲۰۱۵). با توجه به مطالب مطرح شده و اثرات زیانبار سوء مصرف مواد برای جوامع، سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا بین تاب‌آوری، خودکارآمدی، امید و خوش‌بینی در افراد وابسته به مواد و عادی تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر شاهرود بودند. جامعه افراد عادی نیز کلیه همراهان و سایر افراد در سطح شهر بودند که سابقه مصرف مواد نداشتند. به منظور انتخاب افراد نمونه تعداد ۸۰ نفر فرد وابسته به مواد از کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر شاهرود با توجه به ملاک‌های ورود و خروج و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه از افراد عادی نیز تعداد ۸۰ نفر از همراهان و سایر افراد در سطح شهر که سابقه مصرف مواد نداشتند و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بود از: دامنه سنی بین ۲۵ تا ۴۵ سال، دارا بودن حداقل تحصیلات راهنمایی، نداشتن اختلالات روانی بر اساس گزارش شخصی و پرونده. ملاک خروج نیز عبارت بود از داشتن بیماری‌های جسمی سخت (مثل بیماری قلبی، ایدز، سرطان و ...) بر اساس پرونده و گزارش شخصی.

ابزار

۱. مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۲: این مقیاس به وسیله کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) تدوین شده است و ۲۵ گویه دارد. طیف این مقیاس از نوع لیکرت بوده و در دامنه ۱= کاملاً نادرست تا ۴= کاملاً درست نمره‌گذاری می‌شود. در پژوهش محمدی، آقاجانی و زهتاب‌ور (۱۳۹۰) ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسش‌نامه ۰/۸۹ گزارش شده است. پارسا فر و یزدخواستی (۱۳۹۳) برای این پرسش‌نامه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ را گزارش کرده‌اند. مومنی و همکاران (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ را برای این مقیاس

1. Aspelan lien

2. Conner- Davidson Resilience Scale

۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. سلم آبادی، سلیمی بجستانی، خیامی آبیژ و جوان (۱۳۹۴) آلفای کرونباخ ۰/۹۱ را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند. قنبری طلب و فولادچنگ (۱۳۹۴) نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ را گزارش کرده‌اند. بیرامی، هاشمی نصرت آباد، بدری گرگری و دبیری (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۷۰ گزارش کرده‌اند. سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) روایی سازه این مقیاس را از طریق تحلیل عاملی بررسی کرده‌اند و نتایج بیانگر یک عامل کلی بود.

۲. مقیاس خودکارآمدی عمومی: این مقیاس دارای ۱۰ گویه و نحوه پاسخدهی به آن در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای است (شولز، گاتریز-دونا، ساد و شوارزر^۱، ۲۰۰۲). این مقیاس تا کنون به ۲۸ زبان برگردانده شده است. ضرایب به دست آمده آلفای کرونباخ این مقیاس در کشورهای گوناگون چنین گزارش شده است: در کانادا ۰/۸۸، در کاستاریکا ۰/۸۱، در آلمان ۰/۸۱، در بریتانیای بزرگ ۰/۸۸، در فرانسه ۰/۸۲، در ایران ۰/۸۴، در اسپانیا ۰/۸۴، در ژاپن ۰/۹۱، در کره ۰/۸۵، در اندونزی ۰/۷۹ و در هند ۰/۷۵. ضرایب به دست آمده نشان دهنده پایایی درونی این مقیاس در میان مردم گوناگون جهان است (به نقل از رجی، ۱۳۸۵). در پژوهش دهقان، آتش پور و شفتی (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۵ گزارش شده است و در پژوهش رجی (۱۳۸۵) برابر با ۰/۸۲ به دست آمده است. در پژوهش رجی (۱۳۸۵) آشکار شد که این مقیاس ابزاری یک بعدی است که ۳۸/۶۹ درصد از واریانس گویه‌ها را تبیین می‌کند. جلالی و احدی (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۷ را برای این مقیاس گزارش کرده‌اند. دلاور، نجفی، رضایی، دبیری و رضایی (۱۳۹۲) پایایی مقیاس را با استفاده از روش همسانی درونی ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند.

۳. پرسش‌نامه امید شنایدر: این پرسش‌نامه شامل ۱۲ گویه است که توسط شنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ تدوین و ویژگی‌های روان‌سنجی آن مورد تایید قرار گرفته است (شنایدر و همکاران، ۱۹۹۱). مقیاس درجه‌بندی این پرسش‌نامه از نوع لیکرت است و در طیفی ۴ درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. سوالات ۳، ۵، ۷ و ۱۱ گویه‌های انحرافی هستند که

در نمره‌گذاری وارد نمی‌شوند. ۸ گویه دیگر نمره امید کلی فرد را به دست می‌دهند که از ۸ تا ۳۲ متغیر است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برای امیدواری کل ۰/۸۶، برای بعد تصمیم هدف مدار ۰/۸۲ و برای راهبردها ۰/۸۴ گزارش شده است. پایایی بازآزمایی در طی ۱۰ هفته ۰/۸۲ گزارش شده است (اشنایدر، ۲۰۰۰). در ایران ضریب همسانی درونی برای ابعاد راهبردها ۰/۷۱ و تصمیم هدف مدار ۰/۶۸ به دست آمده است. روایی همزمان مقیاس نیز با ناامیدی بک ۰/۸۱ گزارش شده است (شیرین زاده و میرجعفری، ۱۳۸۵). در پژوهش دهقان و همکاران (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ برای بعد عاملی ۰/۸۰ و برای بعد راهبردی ۰/۷۳ گزارش شده است.

۴. مقیاس خوش بینی: مقیاس خوش بینی توسط کارور و شی پر (۱۹۸۵) تدوین شده و جهت گیری سبک زندگی نام گرفته است. این مقیاس در ابتدا ۱۲ سوال داشت. این ۱۲ سوال شامل ۴ ماده مثبت و ۴ ماده منفی و ۴ ماده انحرافی بود. پس از انتقادات و بررسی‌ها، ماده‌هایی که با روان‌رنجوری همپوشی داشت حذف شدند و در نهایت شامل ۱۰ سوال (۴ ماده انحرافی هم دارد که در نمره‌گذاری وارد نمی‌شوند) است که سه تا از آنها به صورت مثبت (آیتم‌های ۱، ۴، ۱۰) و سه تا به صورت منفی (آیتم‌های ۳، ۷، ۹) طراحی شده‌اند. نمره بالاتر نشان دهنده خوش‌بینی بیشتر است (شوگرین، لویز، وهمید، لیتل و پرسگرو، ۲۰۰۶). طیف پاسخدهی به این پرسش‌نامه از نوع لیکرت بوده و در مقیاس ۵ درجه‌ای نشان داده می‌شود. کجیاف و همکاران (۱۳۸۵) ضرایب روایی همزمان بین مقیاس خوش‌بینی با افسردگی و خودتسلط‌یابی را به ترتیب ۰/۶۴ - و ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند.

یافته‌ها

در جدول ۱ آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیر	وابسته به مواد		عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تاب آوری	۵۹/۲۵	۲۵/۱۲	۶۸/۶۹	۲۲/۷۳
خوش‌بینی	۱۳/۷۳	۵/۱۵	۱۵/۷۷	۶/۰۲
خودکارآمدی	۲۰/۹۷	۵/۹۵	۲۵/۰۱	۵/۴۲
امید	۲۴/۳۳	۷/۶۰	۲۷/۵۱	۸/۴۱

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین تاب‌آوری، خوش‌بینی، خودکارآمدی و امید در دو گروه متفاوت است. به عبارتی میانگین متغیرهای مذکور در گروه عادی بیشتر از گروه وابسته به مواد است. به منظور مقایسه تاب‌آوری، خوش‌بینی، خودکارآمدی و امید در دو گروه از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. به منظور بررسی پیش فرض‌های تحلیل واریانس چند متغیری از آزمون ام. باکس جهت بررسی یکسانی ماتریس کوواریانس‌ها استفاده شد ($F= ۱/۵۵, P> ۰/۰۵$). همچنین از آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیرها در بین گروه‌ها استفاده شد که نتایج در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون لون جهت بررسی برابری واریانس‌های خطا در بین گروه‌ها

متغیر	آماره ی F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
تاب آوری	۲/۱۰	۱	۱۵۸	۰/۱۴
خوش‌بینی	۳/۳۴	۱	۱۵۸	۰/۰۶
خودکارآمدی	۰/۷۵۲	۱	۱۵۸	۰/۳۸
امید	۳/۱۰	۱	۱۵۸	۰/۰۸

نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این پیش شرط داشت. با توجه به برقراری پیش فرض‌ها تحلیل واریانس چند متغیری جهت مقایسه تاب‌آوری، خوش‌بینی، خودکارآمدی و امید در بین افراد وابسته به مواد و افراد عادی انجام شد و نتایج نشان داد که بین دو گروه تفاوت وجود دارد ($F= ۹/۱۰, P= ۰/۰۰۱, = ۰/۸۱۰$ لامبدای ویلکز).

به منظور بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده

شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در متغیرها

متغیرها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معنی داری
تاب‌آوری	۴۳۵۷/۶۵	۱	۴۳۵۷/۶۵	۷/۵۹	۰/۰۰۷
خوش‌بینی	۱۶۶/۰۵	۱	۱۶۶/۰۵	۵/۲۸	۰/۰۲۳
خودکارآمدی	۶۵۲/۰۵	۱	۶۵۲/۰۵	۲۰/۰۸	۰/۰۰۱
امید	۴۲۹/۰۲	۱	۴۲۹/۰۲	۶/۶۷	۰/۰۱۱

با توجه به مقادیر به دست آمده آماره‌ی F و سطح معنی‌داری نمایش داده شده در جدول ۲ واضح است که میانگین نمرات تاب‌آوری، خوش‌بینی، خودکارآمدی و امید در دو گروه تفاوت معناداری دارد. بدین صورت که میانگین نمرات متغیرهای مذکور در افراد عادی بیشتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه تاب‌آوری، خودکارآمدی، امید و خوش‌بینی در افراد وابسته به مواد و افراد عادی بود. یافته‌ها نشان داد که بین خودکارآمدی در افراد وابسته به مواد و عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و افراد وابسته به مواد از سطوح پایین‌تر این سرمایه برخوردار بودند. این یافته با یافته‌های پژوهشگرانی همچون افشاری و همکاران (۱۳۹۵)؛ کراسیکووا و همکاران (۲۰۱۵)؛ اکبرزاده و همکاران (۲۰۱۶)، هودر و همکاران (۲۰۱۶) همسو است. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که بین دو گروه وابسته به مواد و عادی از نظر خودکارآمدی تفاوت وجود دارد. در این رابطه می‌توان گفت که خودکارآمدی سازه‌ای است که اشاره به باور و ادراک افراد در مورد توانایی‌های خود در رسیدن به اهداف و یا مقابله با شرایط آسیب‌زا دارد. به بیان دیگر خودکارآمدی بیانگر دید مثبت نسبت به توانمندی خود است و منجر به ایجاد انگیزه در افراد می‌شود (صالحی فدردی و آزاد نعمتی، ۲۰۱۰؛ شیخی فینی، کاووسیان و رضایی، ۱۳۸۸). داشتن احساس خودکارآمدی موجب می‌شود که افراد فعالیت بیشتری داشته و در پی حل مشکل برآیند و با ناسازگاری‌ها و مشکلات مقابله کنند و باعث می‌شود فرد در هنگام مشکلات کمتر به سمت مواد کشانده شود (اکبرزاده و همکاران، ۱۳۹۳). افراد با سطح خودکارآمدی بالا، ایستادگی و مقاومت بیشتری در برخورد با مشکلات دارند و دیدگاه منفی و غیر واقع‌بینانه

در مورد توانمندی‌هایشان را باور ندارند. به همین دلیل این توانمندی منجر به مقاومت این افراد در برابر فشارهای زندگی و گروه همسالان می‌شود. بر این اساس حتی اگر اشخاص میلی به مصرف ماده مخدر نداشته باشند در صورتی که سطوح این توانمندی در آنها پایین باشد در اثر فشارها به مصرف مواد گرایش پیدا می‌کنند. 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 (هودر و همکاران، ۲۰۱۶؛ احمد محمودی و جعفری هرندی، ۱۳۹۳).

نتایج همچنین نشان داد که بین تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد و عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و افراد وابسته به مواد از سطوح پایین‌تر این سرمایه برخوردار بودند. این نتیجه با یافته‌های رستمی و اکبری (۱۳۹۴)؛ صالحی فدردی و آزادنعمتی (۲۰۱۰)؛ بارتون و همکاران (۲۰۱۲)؛ ویلند و همکاران (۲۰۱۲) همسو است. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که سطوح پایین تاب‌آوری با مصرف مواد و گرایش به مصرف مواد رابطه داشته و می‌تواند آن را پیش‌بینی کند. تاب‌آوری فرایندی پویا است و شامل سازگاری مثبت هنگام سختی‌ها است. به عبارتی تاب‌آوری بیانگر حالتی از کارآمدی و منعطف بودن در برخورد با مسائل و مشکلات زندگی است. این توانمندی دارای رابطه نزدیکی با خودکنترلی است و بیانگر انعطاف‌پذیر بودن در سطوح خودکنترلی در برخورد با شرایط گوناگون است. به همین دلیل به عنوان یک راهکار مقابله برای مواجهه با رویدادهای تنش‌زا و چالش‌ها محسوب می‌شود. این سازه چند بعدی عواملی همچون خودپنداره و عزت‌نفس، دیدگاه خوش‌بینانه، راهکارهای مقابله و ارتباطات اجتماعی مطلوب را شامل می‌شود (رحمتی و صابر، ۱۳۹۶). افراد با سطوح بالای تاب‌آوری واقعیت‌های موجود را می‌پذیرند و معتقدند که زندگی انسان دارای معنای عمیقی است که باعث می‌شود آنها در برابر مشکلات مقاومت کنند و تسلیم نشوند. افراد با تاب‌آوری پایین در مقایسه با افراد

تاب‌آور، تغییر در زندگی را منفی و کنترل‌ناپذیر ارزیابی می‌کنند (بارتون و همکاران، ۲۰۱۲؛ پارسافر و یزدخواستی، ۱۳۹۳). افراد تاب‌آور به دلیل بهره‌مندی از خوش بینی احساس می‌کنند که قادرند با مشکلات روبه‌رو شوند و به‌طور منطقی و مساله‌مدار با مشکلات برخورد کنند. این افراد دیدگاه خوش‌بینانه نسبت به پیامد اعمال دارند و به راحتی می‌توانند در برخورد با مسائل خود را کنترل کنند و سازگار شوند. این افراد معتقدند که در هر رویداد آسیب‌زایی، تجاری نهفته است که آن‌ها در برخورد با این مسائل به آن دست می‌یابند و به اهمیت نقش خود در این رویدادها و تجارب واقف هستند (کینگ، ۲۰۱۰). تاب‌آوری منجر به افزایش احساسات مثبت و افزایش اعتماد به نفس افراد می‌شود و باعث می‌شود که افراد بیشتر به خود اعتماد داشته و کمتر سمت مصرف مواد بروند. این افراد دارای مهارت‌های ارتباطی فوق‌العاده‌ای هستند که می‌توانند در شرایط ناگوار به بهترین نحو از آن استفاده کنند و ارتباط‌های سازنده‌ای با دیگران ایجاد کنند (اکبرزاده و همکاران، ۱۳۹۳). افرادی که از سطوح تاب‌آوری پایینی برخوردارند در زندگی شخصی خود به دنبال هدف مشخصی نیستند و زندگی برای آن‌ها معنای خاصی ندارد، همچنین انگیزه‌ای برای برخورد با مشکلات زندگی خود ندارند، از انعطاف‌پذیری پایینی برای برخورد با تغییرات زندگی برخوردارند و دائم در حالت شک و تردید قرار دارند و به دلیل داشتن این ویژگی‌ها در برخورد با تهدیدات به سمت مصرف مواد سوق پیدا می‌کنند. این افراد نسبت به بروز مشکلات به شدت حساس و آسیب‌پذیر بوده و در صورت بروز مشکل فرو می‌ریزند و نمی‌توانند احساسات و هیجان‌های خود را کنترل و به شیوه سالم مدیریت کنند. این افراد در مواقع بحرانی دچار استرس می‌شوند و خود را فردی قربانی و ناتوان تصور می‌کنند و قادر نیستند با استفاده از راهکارهای حل مساله به راه حل منطقی برسند (فرگوسن و زیمرمن، ۲۰۰۵؛ قنبری طلب و فولادچنگ، ۱۳۹۴).

از دیگر نتایج این بود که بین خوش‌بینی در افراد وابسته به مواد و عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و افراد وابسته به مواد از سطوح پایین‌تر این سرمایه برخوردار بودند. این نتیجه با یافته‌های ورای و همکاران (۲۰۱۳)؛ آلتزمان و همکاران (۲۰۱۰) همسو است.

این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که سطوح پایین خوش‌بینی با گرایش به مصرف مواد و الکل رابطه دارد. در این زمینه می‌توان گفت که خوش‌بین‌ها نسبت به بدبین‌ها دارای روابط اجتماعی قوی‌تری هستند، بیشتر به سلامتی خود بها می‌دهند و از اصول ارتباطی بهتری برخوردارند که باعث می‌شود به راحتی در هر محیطی که قرار می‌گیرند بتوانند شبکه‌های ارتباطی برای خود ایجاد کنند. این افراد اعتماد به نفس بیشتری در مورد آینده دارند و تمایل به سازگاری بالاتری دارند و به دلیل تلاش برای حفظ روابط خود با دیگران و دریافت حمایت اجتماعی بیشتر در مقایسه با افراد بدبین، پریشانی روانی کمتری را تجربه می‌کنند. این عوامل باعث می‌شود که افراد کمتر به سمت مواد بروند. افراد خوش‌بین نسبت به سلامت خود حساس‌تر از بدبین‌ها هستند به همین دلیل به عواملی که سلامتی آن‌ها را تهدید می‌کند توجه کرده و از آن اجتناب می‌کنند. افراد خوش‌بین افراد فعالی هستند و بیشتر برای زندگی خود و برخورد با مشکلات تلاش می‌کنند. به همین دلیل این افراد بیشتر در برخورد با مسائل برنامه‌ریزی می‌کنند، سعی می‌کنند اطلاعات کاملی از آن مشکل به دست بیاورند و جنبه‌های مثبت موجود در آن را در نظر بگیرند و بر جنبه‌های منفی متمرکز نشوند. به همین دلیل این افراد در زندگی احساس شادکامی و رضایت دارند و این موضوع باعث می‌شود که شخص کمتر به سمت مصرف مواد کشاننده شود (پترسون، ۲۰۰۰؛ اکبرزاده و همکاران، ۱۳۹۳).

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که بین امیدواری در افراد وابسته به مواد و عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و افراد وابسته به مواد از سطوح پایین‌تر این سرمایه برخوردار بودند. این نتیجه با یافته‌های ملتیز و همکاران (۲۰۰۹) و ایروینگ و همکاران (۱۹۹۸) همسو است. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که امیدواری با سوء مصرف مواد رابطه معکوس داشته و با بهبود از اعتیاد مرتبط است. می‌توان گفت که امید توانایی و باور به آینده بهتر و درخشان‌تر است. با این توانمندی افراد سعی می‌کنند شرایط زندگی‌شان را بهبود دهند. امید با این طرز تفکر آغاز می‌شود که همه چیز چاره‌پذیر است. بنابراین 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 را دارند، هنگام برخورد با موانع کمتر به سراغ رفتارهای اعتیادی می‌روند (ویلند و همکاران، ۲۰۱۲؛ رحمتی، ۱۳۹۵). امید به عنوان یک نیروی درونی باعث غنای زندگی شده 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 افراد در برهه‌هایی از زندگی این نیاز را احساس می‌کنند که کسانی را در کنار خود داشته باشند تا در شرایط سخت و طاقت فرسا از آنها حمایت کنند تا در کنار آنها در آرامش باشند؛ فلذا هر چه میزان این حمایت در یافتی از این افراد بیشتر باشد، امیدواری نیز بیشتر است. امیدواری باعث می‌شود که هنگام مشکلات شخص بیشتر به خدا و حمایت دیگران امید داشته باشد و کمتر به سمت مواد برود. استاتس^۱ (۱۹۸۶) معتقد است که امید از دو عامل تشکیل شده است: ۱- عامل ذهنی و شناختی (توقع رخ دادن اتفاقاتی در آینده) و ۲- عامل هیجانی و عاطفی (انتظار اینکه رویدادهای اتفاق افتاده دارای بار مثبت باشند و نتیجه مثبتی از آن حاصل شود) است (به نقل از اکبرزاده و همکاران، ۱۳۹۳).

به طور کلی این گونه برداشت می‌شود که با سعی در دانستن و بهتر درک کردن عوامل حمایتگر و عوامل خطر ساز در برابر سوء مصرف مواد می‌توان گامی موثر در پیشگیری از پدیده خانمان سوز اعتیاد و کاهش هزینه‌های ناشی از آن برداشت. هرچه این شناخت عمیق‌تر باشد، طرح‌های پیشگیری از این پدیده نیز دقیق‌تر برنامه‌ریزی می‌شود و کاهش هزینه‌های برنامه‌ریزی را نیز در پی خواهد داشت. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر در نظر نگرفتن نوع ماده مصرفی بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نوع ماده مصرفی نیز در نظر گرفته شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی تاثیر آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی بر جنبه‌های روان‌شناختی افراد وابسته به مواد بررسی شود. همچنین برای نوجوانان و جوانان کارگاه‌های آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی برگزار شود تا از این طریق بتوان در پیشگیری از اعتیاد گام برداشت.

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 چهارمحل و بختیاری، ۲(۵)، ۲۳-۳۴.
- اختری، فرزاد؛ خدایی، آمنه؛ یاقوتی زرگر، حسن و فیض اللهی، سارا (۱۳۹۵). مروری بر نقش حمایت اجتماعی در پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۳(۱۰)، ۳۳-۵۴.
- افشاری، مریم؛ باباخانی، نرگس؛ احمدی، آرمندخت 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 روان‌شناختی و باورهای فراشناختی بین دانشجویان مصرف‌کننده مواد و دانشجویان عادی. اعتیاد پژوهی، ۸(۳۱)، ۹-۲۴.
- بیرامی، منصور؛ هاشمی نصرت آباد، تورج؛ بدری گرگری، رحیم و دبیری، سولماز. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش کفایت اجتماعی مبتنی بر مدل فلنر بر تاب‌آوری و میزان قربانی شدن دانش‌آموزان قربانی قلدری. پژوهش‌های مشاوره، ۱۵(۵۹)، ۱۱۹-۱۴۱.
- 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)، ۶۹-۹۲.
- 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.
- خالدیان، محمد (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و عزت نفس افراد معتاد به مواد مخدر. مجله روان‌شناسی اجتماعی، ۸(۲۹)، ۱-۱۵.
- دلاور، علی؛ نجفی، محمود؛ رضایی، علی محمد؛ دبیری، سولماز (۱۳۹۲). خصوصیات روان‌سنجی مقیاس خودکارآمدی عمومی در کارکنان دانشگاه. اندازه‌گیری تربیتی، ۴(۱۲)، ۸۷-۱۰۴.
- دهقان، فاطمه؛ آتش پور، حمید و شفتی، عباس (۱۳۹۳). رابطه عوامل شخصیت و خودکارآمدی عمومی با امید عاملی و راهبردی به درمان در معتادان. اعتیاد پژوهی، ۸(۳۱)، ۹۱-۱۰۸.

- رجبی، غلامرضا (۱۳۸۵). بررسی پایایی و روایی مقیاس باورهای خودکارآمدی عمومی (GSE-10). *اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۲(۱۰۱)، ۱۱۱-۱۲۲.
- 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)، ۷-۱۷.
- 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.
- رستمی، چنگیز و اکبری، مریم (۱۳۹۴). ارتباط بین پنج عامل بزرگ شخصیت و تاب‌آوری با آمادگی به اعتیاد مواد مخدر در بین دانشجویان. *مجله روان‌شناسی و روانپزشکی شناخت*، ۲(۳)، ۵۳-۶۶.
- سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۳(۳)، ۲۵۹-۲۹۰.
- سلم‌آبادی، مجتبی؛ سلیمی بجزستانی، حسین؛ خیامی آیز، حمزه و جوان، رضا (۱۳۹۴). سهم ابعاد فرسودگی تحصیلی، تاب‌آوری و استرس ادراک شده در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد دانش‌آموزان. *اعتیاد پژوهی*، ۹(۳۳)، ۲۱-۳۹.
- شیخی فینی، علی اکبر؛ کاووسیان، جواد و رمضان، ولی اله (۱۳۸۸). عوامل خطر و محافظت‌کننده گرایش به مصرف مواد در دانشجویان. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۳(۳)، ۳-۴۷.
- شیرین‌زاده، صمد و میرجعفری، احمد (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین امیدواری با راهبردهای مقابله با استرس. *مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری*.
- قنبری طلب، محمد و فولادچنگ، محبوبه (۱۳۹۴). رابطه بین تاب‌آوری و نشاط ذهنی با استعداد اعتیاد دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهشی سوء مصرف مواد*، ۹(۳۴)، ۹-۲۲.
- کجباف، محمدباقر؛ عریضی، سیدحمیدرضا و خدابخشی، مهدی (۱۳۸۵). هنجاریابی، پایایی، و روایی مقیاس خوش‌بینی و بررسی رابطه بین خوش‌بینی، خودتسلط‌یابی و افسردگی در شهر اصفهان. *مطالعات روان‌شناختی*، ۲(۱-۲)، ۵۱-۶۸.

محمدی، ابوالفضل؛ آقاجانی، میترا و زهتاب ور، غلام حسین (۱۳۹۰). ارتباط اعتیاد، تاب آوری و مؤلفه های هیجانی. *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۷(۲)، ۱۴۲-۱۳۶.

مومنی، خدامراد؛ مولایی پارد، علی و محبی، زینب (۱۳۹۲). بررسی رابطه سبک های دلبستگی و تاب آوری با استعداد اعتیاد دانشجویان. *دانش انتظامی کرمانشاه*، ۴(۱۲)، ۲۰-۱۱.

Akbarzadeh, D., Akbarzadeh, H & Javanmard, G. H (2016). On the comparison of psychological capital and metacognitive beliefs between drug-dependent students and normal students. *Research on Addiction Quarterly Journal of Drug Abuse*, 8(31), 9-19.

Alterman, A. I., Cacciola, J. S., Dugosh, K. L., Ivey, M. A & Coviello, D. M. (2010). Measurement of mental health in substance use disorder outpatients. *Journal of substance abuse treatment*, 39(4), 408-414.

Aspelan lien, I (2015). *Personality problems among patients with substance use disorders: assessment and clinical implications*. Main thesis in clinical psychology, university of Oslo.

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.

Bergle, T. H. (2015). *Patient in substance use disorder treatment: motivation for behavioural change, co-occurring disorders and problem domains*. P h.D Unpublished dissertation, Norwegian university of science and technology.

Fergusen, 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.

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.

Irving, L. M., Seidner, A. L., Burling, T. A., Pagliarini, R., & Robbins-Sisco, D. (1998). Hope and recovery from substance dependence in homeless veterans. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(4), 389-406.

King, Z (2010). Career self- management: its nature, causes and consequences. *Journal of vocational behavior*, 65, 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.

Lardier, J. R, D. T., Barrios, V. R., Garcia-Reid, P & Reid, R. J (2018). Preventing Substance Use Among Hispanic Urban Youth: Valuing the Role of Family, Social Support Networks, School Importance, and Community Engagement. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1080/1067828X.2018.1466748>

- Mathis, G. M., Ferrari, J. R., Groh, D. R., & Jason, L. A. (2009). Hope and substance abuse recovery: The impact of agency and pathways within an abstinent communal-living setting. *Journal of groups in addiction & recovery*, 4(1-2), 42-50.
- McCance-Katz, E. F. (2018). The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA): New Directions. *Psychiatric services*, 69(10), 1046-1048.
- Nooripour, R., ZadeMohammadi, A., Dastras, M & Sargolzhai, M (2014). The Effectiveness of Life Skills Training on Enhancement of Self-Esteem and Marital Satisfaction among Addicts in Treatment Period. *Research on Addiction Quarterly Journal of Drug Abuse*, 8(29), 31-39.
- Peterson, C (2000). The future of optimism. *Journal American psychologist*, 55, 44-55.
- Salehi Fadardi, J., & Azad Nematy, A. (2010). The relationship between resilience, motivational structure, and substance use. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1956-1960.
- Scholz, U., Gutierrez-Dona, B., Sud, S & Schwarzer, R (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18, 242-251.
- Shakiba, M., Shakiba, J., Sharifi, H., Shakiba, M & Rafeiee, R (2014). The Effect of Life Skills Training in Group and Behavior Change on Affective Health of People Addicted to Methamphetamine Crystal. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 16(5), 6-10.
- Shogren, K. A., Lopez, S. J., Wehmeyed, M, L., Little, T. D & Pressgrove, C. L (2006). The role of Positive Psychology constructs in predicting life satisfaction in adolescents with and without cognitive disabilities: exploratory study. *The journal of positive psychology*, 1(1), 37-59.
- Snyder, C. R (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. San Diego, CA: Academic Press.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C & Harney, P (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Development*, 60, 570-585.
- 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.
- Wray, T. B., Dvorak, R. D., Hsia, J. F., Arens, A. M & Schweinle, W. E. (2013). Optimism and pessimism as predictors of alcohol use trajectories in adolescence. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 22(1), 58-68.