

بررسی کاربست تئوری انتخاب بر کیفیت زندگی و انعطاف پذیری کنشی در افراد مصرف کننده مواد مخدر

سمیه نجفی^۱، فرح نادری^۲، علی صاحبی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۸/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۵/۱۱

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی کاربست تئوری انتخاب بر کیفیت زندگی و انعطاف پذیری کنشی در افراد مصرف کننده مواد مخدر مرد شهر تهران بود. **روش:** در طرح آزمایشی پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل تعداد ۴۰ نفر از افراد مصرف کننده مواد مخدر به صورت تصادفی از یک مرکز دولتی انتخاب شدند. گروه آزمایش در معرض ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله آموزشی تئوری انتخاب قرار گرفتند، پس از آن از هر دو گروه آزمون گرفته شد. مرحله پیگیری نیز دوماه بعد انجام شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش پرسش نامه کیفیت زندگی و مقیاس انعطاف پذیری کنشی کارنر و دیویدسون بود. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که کاربست تئوری انتخاب بر کیفیت زندگی و انعطاف پذیری کنشی تأثیر دارد. این نتیجه در مرحله پیگیری نیز ادامه یافت. **نتیجه گیری:** این روش برای درمان افراد معتاد می تواند مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: تئوری انتخاب، کیفیت زندگی، انعطاف پذیری کنشی، اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: گروه روان شناسی، علوم و تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران پست الکترونیک:

s.najafi50@yahoo.com

۲. گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۳. مدرس موسسه گلاس

مقدمه

در جامعه ما کمتر کسی است که با آسیب‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی اعتیاد آشنا نباشد، اما علی‌رغم این آشنایی دامنه گسترش آن رو به افزایش است. با توجه به گستردگی و همه‌گیری اعتیاد امروزه فرض بر آن است که جلوگیری از مبتلا شدن افراد به سوء‌مصرف مواد و پیشگیری از آن آسان‌تر از درمان این اختلال است.

اعتیاد را می‌توان یک بیماری جسمانی- روانی - اجتماعی دانست که در شکل‌گیری آن عوامل متعددی نقش دارند (گالانتر^۱، ۲۰۰۶). مواد مخدر و اعتیاد به آن، زندگی شمار زیادی از افراد را نابود کرده است و تندرستی افراد و جامعه، توسعه سیاسی، اقتصادی و اجتماعی و حتی امنیت خیابان‌ها و معابر و نیز ثبات و پایداری دولت‌ها را نیز به خطر می‌اندازد. این عوارض شوم هم در سطح فردی و روانی و هم در بخش اجتماعی و کلان جامعه زیان بخش است. خسارت‌های اجتماعی و اقتصادی سوء‌مصرف مواد مخدر فشارهای تحمل‌ناپذیری را بر زیر ساخت‌های اجتماعی یک کشور وارد می‌کند. تولید و توزیع غیرقانونی آن منابع عظیم نیروی انسانی و طبیعی را از فعالیت مثمر ثمر منحرّف ساخته است و بنیان رشد اقتصادی را در دراز مدت سست می‌کند. سلامت، یکی از بنیان‌های اصلی زندگی انسان و شرایط ضروری ایفای نقش‌های اجتماعی به شمار می‌رود و انسان‌ها به ویژه گروه‌هایی که سلامتی آنها به نوعی در معرض خطر قرار دارد (معتادان) در صورتی می‌توانند به فعالیت‌های فردی و جمعی خود به نحو مطلوب ادامه دهند که خود را سالم احساس کنند و در عین حال جامعه آنها را سالم بداند (بخشی پور رودسری، ۱۳۸۰). در راستای بهبود سلامت در درمان افراد معتاد از نظریه‌های مختلفی بهره برده می‌شود که یکی از آنها نظریه انتخاب^۲ است که توسط گلاسر^۳ عنوان شده است.

در نظریه انتخاب فرض بر آن است که تمام رفتارهای ما از درون ما برانگیخته می‌شوند و معطوف به هدف هستند. هدف هر رفتار نیز ارضای یکی از پنج نیاز اساسی است که عبارتند از: نیاز به بقا^۴، نیاز به تعلق^۵، نیاز به قدرت^۶، نیاز به آزادی^۷ و نیاز به سرگرمی و

1. Addiction

2. Galanter

3. theory of choice

4. Glassre

5. Survival

6. Belonging

7. Power

8. Freedom

لذت^۱. طبق نظریه انتخاب هنگامی که افراد در ارضای نیازهای خود ناکام می‌شوند رفتار و عمل خاصی را انتخاب می‌کنند تا شاید بدان وسیله نیازهایشان را برآورده کنند. این نظریه توضیح می‌دهد که ما به عنوان انسان چگونه برای به دست آوردن آنچه می‌خواهیم، دست به انتخاب می‌زنیم. این نظریه علاوه بر درمان و مشاوره و مدیریت می‌تواند برای مصرف کنندگان مواد مخدر در پیچه نوینی به زندگی بگشاید و میزان مسئولیت‌پذیری را در آن‌ها افزایش دهد (گلاسر، ۱۳۹۰). نظریه انتخاب می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی^۲ افراد مؤثر باشد. کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را در بر می‌گیرد. کیفیت زندگی از نظر لغوی به معنی چگونگی زندگی کردن است. با این وجود مفهوم آن برای هر کسی منحصر به فرد است و با دیگران متفاوت است. سازمان بهداشت جهانی تعریف جامعی از کیفیت زندگی ارائه داده است: درک فرد از وضعیت کنونی او با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر فرد. عوامل مختلفی مانند عوامل اقتصادی، فرهنگی و معنوی بر کیفیت زندگی فرد تاثیر می‌گذارند. کیفیت زندگی با زندگی افراد تطابق دارد و از نقطه نظر خود فرد سنجیده می‌شود. ممکن است شخص علیرغم آنکه محیط زندگی مناسبی نداشته باشد، اما احساس رضایت عمیقی از زندگی خود داشته باشد. ارزیابی خود فرد از سلامت و یا خوب بودنش عامل کلیدی در مطالعات کیفیت زندگی است به عبارتی قضاوت فرد درباره خودش از اهمیت خاصی برخوردار است (صالحی و رستمی، ۱۳۷۹).

یکی دیگر از متغیرهایی که در رابطه با سلامت روان مطرح می‌شود انعطاف‌پذیری کنشی^۳ است که سبب سازگاری هر چه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی می‌گردد (سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۶). روانشناسان دریافته‌اند که عوامل فشارزای زندگی می‌توانند سلامت روان افراد و عملکرد اجتماعی آن‌ها را تضعیف کند و منجر به آسیب‌های روانشناختی در آن‌ها گردد. برخی از افراد بدون اینکه سلامت روانی آن‌ها کاهش یابد و دچار بیماری روانی شوند، رویدادهای فشارزا را پشت سر می‌گذارند

(واف، فردریکسون و تیلور، ۲۰۰۹). تحقیقات جهت درک این پدیده منجر به مطالعه ویژگی انعطاف پذیری کنشی در افراد شده است. انعطاف پذیری کنشی را یک فرایند توانایی سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدید کننده تعریف کرده‌اند. به بیان دیگر انعطاف پذیری کنشی سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (سامانی و همکاران، ۱۳۸۶). معنای این مفهوم صرفاً پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید آمیز نیست، بلکه شرایط فعال و سازنده فرد در محیط است. انعطاف پذیری کنشی توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی، در شرایط خطرناک است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). فردی که دارای انعطاف پذیری کنشی است چاره‌ساز و انعطاف پذیر بوده و با تغییرات محیطی خود را وفق می‌دهد و بعد از برطرف شدن عوامل فشارزا به سرعت به حالت بهبود باز می‌گردد. افرادی که در انتهای سطح پایین انعطاف پذیری کنشی هستند به مقدار ناچیزی خودشان را با موقعیت‌های جدید وفق می‌دهند، آنان به کندی از موقعیت‌های فشارزا به حالت عادی و طبیعی بهبود می‌یابند (سیبریت و کاسا، ۲۰۰۷). از آنجا که زندگی پر از چالش‌ها و استرس‌ها و مشکلات است، لذا انسان نیازمند ابزارهایی برای مقابله با این شرایط است. با توجه به مطالب ارائه شده هدف این پژوهش بررسی کاربست تئوری انتخاب بر کیفیت زندگی و انعطاف پذیری کنشی در افراد مصرف کننده مواد مخدر شهر تهران بود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. بدین ترتیب که از هر دو گروه قبل از اعمال مداخله، پیش‌آزمون به‌عمل آمد. گروه آزمایشی در معرض ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله آموزشی تئوری انتخاب قرار گرفتند و پس‌آزمون در پایان مداخله انجام گرفت. بعد از دو ماه آزمون پیگیری نیز انجام شد.

جامعه آماری این پژوهش شامل تمام افراد مصرف کننده مواد مخدر بود که در سال ۱۳۹۱ دوره ترک را گذرانده و به یکی از مراکز ترک اعتیاد سازمان بهزیستی مراجعه کرده بودند. لذا از بین افراد مراجعه کننده به این مرکز به صورت تصادفی ۴۰ نفر انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) تقسیم شدند.

ابزار

۱- پرسش نامه کیفیت زندگی: در این پژوهش فرم کوتاه پرسش نامه ۳۶ سوالی زمینه یابی سلامت^۱ مورد استفاده قرار گرفت که دارای ۸ زیرمقیاس عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روان می باشد. این پرسش نامه برای جمعیت ایرانی استاندارد شده است. از روایی و اعتبار مناسبی برخوردار است و به نظر می رسد با شرایط فرهنگی، اجتماعی ایران سازگاری بیشتری داشته باشد (حسن پور و همکاران، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر اعتبار این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ به دست آمد.

۲- پرسش نامه انعطاف پذیری کنشی کانر و دیویدسون: برای سنجش میزان انعطاف پذیری کنشی از پرسش نامه انعطاف پذیری کنشی کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، استفاده گردید. این پرسش نامه ۲۵ گویه ای است و دارای پنج زیرمقیاس شایستگی / استحکام شخصی، اعتماد به غرایز / تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییرات / روابط ایمن، کنترل و معنویت می باشد که بر اساس طیف لیکرت (از کاملاً نادرست = ۰ تا کاملاً درست = ۵) نمره گذاری می شود. روایی و اعتبار این آزمون در تحقیقات داخلی تأیید شده است (سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر برای تعیین اعتبار پرسش نامه یادشده نیز از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار ۰/۷۱ به دست آمد.

یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌ها در گروه آزمایشی ۲۷/۳۰ سال و در گروه کنترل نیز ۲۶/۸۵ سال بود. همچنین گروه آزمایشی شامل ۱۳ فرد مجرد و ۷ فرد متأهل بود و در گروه کنترل نیز ۱۰ نفر مجرد، و ۱۰ نفر متأهل بودند. برای بررسی اثربخشی مداخله بر روی کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری کنشی از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج این تحلیل حکایت از اثربخشی مداخله داشت ($F = ۳۲۶/۹۰, P < ۰/۰۰۱, \lambda = ۰/۰۵$) و یلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۱: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی اثربخشی مداخله

متغیره	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
کیفیت زندگی	۱۷۷۳/۹۶	۵۷۳/۰۵	۰/۰۰۰۵	۰/۹۴
انعطاف‌پذیری کنشی	۱۶۲۱۲/۵۸	۱۵۶/۴۱	۰/۰۰۰۵	۰/۸۱

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود در هر دو متغیر تفاوت معنادار به وجود آمده است.

برای بررسی بقای اثربخشی بر روی نمرات پیگیری نیز تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد. نتایج حکایت از بقای اثربخشی داشت ($F = ۵۰۸/۸۰, P < ۰/۰۰۱, \lambda = ۰/۰۳$) و یلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی بقای اثربخشی مداخله

متغیره	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
کیفیت زندگی	۲۹۲۱۲/۶۴	۷۶۲/۳۸	۰/۰۰۰۵	۰/۹۵
انعطاف‌پذیری کنشی	۱۶۲۴۹/۷۰	۳۵۸/۹۰	۰/۰۰۰۵	۰/۹۰

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در هر دو متغیر بقای اثربخشی اتفاق افتاده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی کاربست نظریه انتخاب بر کیفیت زندگی و انعطاف پذیری کنشی در افراد مصرف کننده مواد بود. نتایج نشان داد که نظریه انتخاب باعث افزایش کیفیت زندگی هم در مرحله پس آزمون و هم در مرحله پیگیری می شود. این یافته با تحقیقات حجتی، آلستانی، آخوندزاده، حیدری و شریف نیا (۱۳۸۹)، بیگی، فراهانی، محمد خانی و محمدی فر (۱۳۹۰)، علیپوری نیاز، رفیعی، ستاره فروزان و طالبی (۱۳۸۸)، نجفی، ضرابی و کافی (۱۳۹۱)، امیری، یکه یزدان دوست و طباطبایی (۱۳۹۰)، تورنر^۱ و همکاران (۱۹۹۷) همخوانی دارد. کیفیت زندگی شامل سلامت فیزیکی افراد، وضعیت روانشناختی، روابط اجتماعی، باورهای معنوی و شخصی است و براساس تجارب ذهنی افراد ارزیابی می شود. هدف از آموزش نظریه انتخاب بالا بردن تجارب ذهنی افراد و بهتر شدن زندگی آنها است. بنابراین، افرادی که نظریه انتخاب را آموزش می بینند و با آن آشنایی می شوند، می توانند به بالا بردن کیفیت زندگی خود کمک کنند. با آموزش این نظریه، افراد دست از کنترل بیرونی برداشته و دیگران را علت مشکل خود نمی دانند و تصمیم ها و انتخاب های درست را در نظر می گیرند و در صدد رفع مشکل خود بر می آیند. کلیه این عوامل به بالا رفتن کیفیت زندگی که یکی از متغیرهای آن آرامش است کمک شایانی می کند. نظریه انتخاب مفهوم منسجمی از رفتار انسان را آموزش می دهد و افراد را به سوی روانشناسی کنترل درونی و دست شستن از کنترل بیرونی دعوت می کند. بر اساس تجربه، زمانی که فرد می تواند باور خود مبنی بر کنترل بیرونی و اجبار را به یک آگاهی و شناخت صحیح از انتخاب تبدیل نماید، به خوبی در مسیر یک تغییر اثر بخش و طولانی مدت قرار خواهد گرفت. در نتیجه فرد به تمرکز بر گذشته و سرزنش رفتار و کردار دیگران پایان داده و آماده می شود که رفتارهای اثر بخش تری را انتخاب نماید. وقتی افراد با نیازهای خود آشنا می شوند و متقاعد شوند که رفتار کنونی آنها، یعنی وابستگی به مواد، مانع از رسیدن به اهدافشان شده است، تصمیم به تغییر رفتار می گیرند که این شناخت در بالا بردن کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد مخدر ارزشمند است.

همچنین نتایج نشان داد که نظریه انتخاب باعث افزایش انعطاف‌پذیری کنشی هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری می‌شود. این یافته با تحقیقات بشارت (۱۳۸۶)، رحیمیان بوگر و اصغر نژاد (۱۳۷۸)، سامانی و همکاران (۱۳۸۶)، واف و همکاران (۲۰۰۹) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که انعطاف‌پذیری کنشی هنر مهمی در زندگی است و اعتماد به خود در مرکز انعطاف‌پذیری کنشی قرار دارد. افراد انعطاف‌پذیر اجازه نمی‌دهند دشواری‌ها آنان را محدود کند. آن‌ها انعطاف‌پذیری را با حرکت به سوی اهدافشان به دست می‌آورند. با تلقی کردن اوقات سختی به عنوان مسائل زودگذر، بر درد و غم فائق می‌آیند. افرادی که در خانواده‌های دارای انعطاف‌پذیری کنشی بالا پرورش می‌یابند از تجربیات گذشته بیشتر درس گرفته و کمتر دچار سوء‌مصرف مواد می‌شوند. یک خانواده مشکل‌دار می‌تواند واقعاً باعث صدمات قابل توجهی بر جامعه شود، اما افراد انعطاف‌پذیر با چنین مشکلاتی مبارزه می‌کنند و فعالانه و خلاقانه به این کنش‌ها پاسخ می‌دهند. جواب‌های زیرکانه آن‌ها به دشواری‌ها، به ضمیر درونی آن‌ها به عنوان قدرتی پایدار اضافه می‌شود. هدف از آموزش نظریه انتخاب به افراد سوء‌مصرف‌کننده مواد، آگاه کردن آن‌ها به این امر مهم است که بالا بردن عزت نفس باعث انعطاف‌پذیری کنشی بهتر و کارآمدتر می‌شود. نظریه انتخاب افراد را از این انعطاف‌پذیری آگاه می‌کند و در جهت قدرتمند کردن این خصوصیت تلاش می‌کند. یک راه برای رسیدن به انعطاف‌پذیری کنشی به دست آوردن استقلال و آزادی است، در آموزش نظریه انتخاب از پنج نیاز اساسی یاد می‌شود که یکی از نیازهای اساسی آن همانگونه که قبلاً ذکر شد استقلال و آزادی است.

در یک بررسی اجمالی در پایان می‌توان گفت که از آنجا که نظریه انتخاب یک درمان فرایند مدار است نه تکنیک مدار؛ هر فردی و در هر محیطی می‌تواند از این نظریه استفاده کند و از زندگی بهتر بهره‌مند شوند. لذا پیشنهاد می‌شود که در مراکز درمانی و خدمات مشاوره‌ای و مخصوصاً در زمینه درمان افراد معتاد این نظریه آموزش داده شود.

منابع

- امیری، مهدی؛ یکه یزدان دوست، رخساره و طباطبایی سید محمود (۱۳۸۸). اثر بخشی درمان گروهی فعال سازی رفتاری در کاهش شدت علایم افسردگی و افزایش سلامت عمومی و کیفیت زندگی مددجویان مرکز اجتماع درمان مدار، فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیاد پژوهی، ۳ (۹)، ۱۰۱-۱۱۴
- بخشی پور رودسری، عباس (۱۳۸۰). سه شکل اصلی تعامل میان دین و علم روان شناسی. تهران: مرکز روانشناسی و نوروفیدبک سایبر
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). انعطاف پذیری کنشی، آسیب پذیری و سلامت روان. مجله علوم روانشناختی، ۶ (۲۴)، ۳۸۳-۳۷۳.
- بیگی، علی؛ فراهانی، محمدتقی، محمدخانی، شهرام و محمدی فر، محمدعلی (۱۳۹۰). نقش تشخیصی کیفیت زندگی و امیدواری در معتادان گمنام و معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون. مجله روانشناسی بالینی، ۳ (۳)، ۸۴-۷۵
- حجتی، حمید؛ آلوستانی، سودابه؛ آخوندزاده، گلپهار؛ حیدری، بهروز و شریف نیا، سید حمید (۱۳۸۹). بررسی بهداشت روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در معتادین. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۸ (۳)، ۲۱۴-۲۰۷
- حسن پور دهکردی، علی؛ دل آرام، معصومه؛ فروزنده، نسرين؛ گنجی، فروزان، اسدی نوغابی، احمد علی؛ بخشا، فوزیه و صادقی، بهمن (۱۳۸۶). بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سکنه قلبی مراجعه کننده به بیمارستان آموزشی درمانی هاجر، شهر کرد. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، ۹ (۳)، ۸۴-۷۸
- رحیمیان بوگر، اسحق و اصغر نژاد فرید، علی اصغر. (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روانشناختی و خودتاب آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بزم. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴ (۱)، ۷۰-۶۲
- سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس (۱۳۸۶). تاب آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۳ (۳)، ۲۹۵-۲۹۰
- صالحی، مسعود و رستمی، آریین (۱۳۷۹). کیفیت زندگی و مفهوم آن. سمینار کیفیت زندگی. تهران
- علیپوری نیاز، مینا؛ رفیعی، حسن؛ ستاره فروزان، آمنه؛ طالبی، بهزاد (۱۳۸۸). اثر بخشی برنامه پیشگیری اجتماع محور اعتیاد بر کیفیت زندگی در استان آذربایجان شرقی. رفاه اجتماعی، ۳۴، ۳۷۶-۳۵۷
- گلاسر، ویلیام (۱۳۹۰). درآمدی بر روانشناسی امید (تئوری انتخاب). ترجمه علی صاحبی. انتشارات سایه سخن، (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

- نجفی، کیومرث؛ ضرابی، هما؛ کافی، موسی و نظیفی، فاطمه (۱۳۸۴). مقایسه کیفیت زندگی همسران مردان سوء مصرف کننده مواد با گروه کنترل. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۱۴ (۵۵)، ۳۵-۴۱.
- Ciebert, G. M., & Kaasa, S. (2007). Quality of life in clinical trials: experience and perspective of the European organization of research and treatment of cancer. *Journal Natl cancer inst Mongor*, 25(32), 5082-6.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor Davidson Resilience (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82
- Galanter M. (2006). Spirituality and Addiction: A Research and Clinical Perspective. *American Journal of Addiction*, 15(4), 286-92.
- Torrens, M., San, L., Martinez, A., Castillo, C., Domingo-Salvany, A. Alonso, J. (1997). Use of the Nottingham health profile for measuring health status of patient in methadone maintenance treatment. *Addiction*. 92(6), 707-16.
- Waugh, C.E., Fredrickson, B.L., & Taylor S.F. (2009). Adapting to life slings and arrows: individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat. *Journal of Research in Personality*, 42 (4), 1031-1046.