

اثربخشی آموزش دوازده قدم انجمن معتادان گمنام بر تاب آوری و خودکارآمدی اعضای انجمن معتادان گمنام*

ابوالفضل خوانساری^۱، رضا جعفری هرندی^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۰۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۰

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش دوازده قدم انجمن معتادان گمنام بر تاب آوری و خودکارآمدی اعضای انجمن معتادان گمنام شهر قم بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل اعضای انجمن معتادان گمنام شهر قم بود. از این بین، تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. شرکت کنندگان هر دو گروه پرسشنامه تاب آوری و پرسشنامه خودکارآمدی را در پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. جلسات دوازده قدم معتادان گمنام در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. داده ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند. **یافته ها:** نتایج نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد و برنامه آموزش دوازده قدم می تواند باعث افزایش تاب آوری و خودکارآمدی اعضای انجمن معتادان گمنام گردد. **نتیجه گیری:** این پژوهش حمایتی تجربی برای درمان آموزش دوازده قدم معتادان گمنام بر افزایش تاب آوری و خودکارآمدی افراد وابسته به مواد در حال بهبودی از اختلال مصرف مواد فراهم نموده لذا این درمان، روشی مناسب برای درمان افراد وابسته به مواد می باشد.

کلیدواژه ها: آموزش دوازده قدم، انجمن معتادان گمنام، تاب آوری، خودکارآمدی

*. این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه قم می باشد.

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد، گروه روان شناسی تربیتی، دانشگاه قم، قم، ایران. پست الکترونیک:

khansari.hamid91@gmail.com

۲. دانشیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه قم، قم، ایران.

مقدمه

یکی از معضلات جدی اجتماعی در ایران مسئله اعتیاد^۱ می باشد و تقاضا برای مصرف مواد مخدر و اعتیاد می تواند با انواع جرائم به شکل مستقیم و غیرمستقیم مرتبط باشد (فتاحی و دهقانی، ۱۳۹۷). امروزه از جمله عواملی که می تواند جوامع بشری را به راحتی از هم بگسلد اعتیاد است. بی تردید ضربه های اعتیاد بر افراد جامعه نتایجی همچون عدم کنترل خشم، خودکارآمدی ضعیف، تاب آوری پایین و موارد فراوانی از این دست را ایجاد نموده است (سبزی و اسلمی، ۱۴۰۱؛ مغاللو و والیوند، ۱۴۰۱). گرچه روان پزشکان تمایل دارند اعتیاد را نوعی بیماری مزمن، عودکننده، چندوجهی و دشوار از نظر پاسخ درمانی معرفی کنند؛ اما اعتیاد یک آسیب اجتماعی است که تمام دنیا با آن درگیر است با این ویژگی که نوع ماده مورد مصرف و شدت آن با توجه به آداب و سنن هر جامعه متفاوت است و با این تاکید که جهانی شدن در حال از بین بردن این تفاوت های فرهنگی است (نابدل، ۱۳۹۸). افزایش قابل توجه تعداد سوء مصرف کنندگان مواد مخدر در کشور توجه جدی به این مسئله را می طلبد (مختارنیا، الهوردی و اسماعیلی، ۱۴۰۰). روزانه ۲۰۰۰ کیلو گرم از انواع مواد مخدر در کشور ما مصرف می شود، بعد از انقلاب سال ۱۳۵۷ تا کنون، بیش از سه میلیون نفر در ارتباط با مواد مخدر دستگیر شده اند. سازمان ملل در سال ۲۰۰۸ در گزارشی اعلام کرد حدود ۴۵۰ تن تریاک و ۱۴ تن هروئین از تولیدات مواد مخدر در افغانستان، در ایران مصرف شده است. به گزارش دفتر مقابله با جرم و مواد مخدر سازمان ملل، ایران در بین سایر کشورهای جهان دارای بیشترین معتاد نسبت به جمعیت خود می باشد. معاون وقت پیشگیری سازمان بهزیستی بیان داشت رشد اعتیاد در کشور سالانه حدود ۸ درصد است، سالانه حدود ۷۸۰ تن مواد در کشور مصرف می شود که ۲۲۰ میلیون دلار بابت خرید آن پرداخت می شود (مدنی قهفرخی، ۱۳۹۹). اعتیاد علاوه بر آسیب های شدید و عمیق روانی و جسمی در فرد مبتلا، منجر به افزایش آسیب های اجتماعی متعدد نظیر طلاق، بزهکاری و بیکاری هم می شود. بررسی ها و مطالعات زیادی نشان داده که اکثر بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد، همزمان به بیماری های جسمی و

روانی متعددی دچار هستند و همچنین این افراد در معرض مرگ و میر بیشتر قرار دارند (مکری، ۱۳۹۷).

امروزه وابستگی به مواد یکی از برجسته‌ترین معضلات، در ارتباط با سلامت عمومی در جوامع به حساب می‌آید. هر ساله تعداد زیادی از افراد که در طول زندگی‌شان از اختلالات مصرف مواد رنج می‌برند و وابسته به مواد مخدر می‌باشند از طریق پیامد مستقیم و غیر مستقیم مصرف مواد جان خود را ازدست می‌دهند (مارتین، وینبرگ و بلر^۱، ۲۰۰۷). از نشانه‌های اصلی و مهم اختلال مصرف یک ماده، مجموعه‌ای از علائم فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری است که نشان می‌دهد مصرف مواد، علی‌رغم مشکلات فراوان مرتبط با ماده، همچنان ادامه دارد. همچنین ویژگی مهم دیگر اختلال مصرف مواد، به ویژه در مبتلایان به اختلالات شدید، ایجاد تغییر اساسی در مدارهای مغزی است که پس از سم زدایی هم، ممکن است باقی بماند. تأثیرات رفتاری این دگرگونی مغزی ممکن است به شکل بازگشت‌های مکرر و ولع شدید نسبت به مواد در زمان روبرو شدن فرد با محرک‌های مرتبط با مواد نمایان شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). گرچه بسیاری از افراد معمولاً به این اختلال به عنوان اعتیاد اشاره می‌کنند، اما مولفان راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی^۳ اصطلاح خنثی‌تر اختلال مصرف مواد را ترجیح می‌دهند. آنها معتقدند اختلال مصرف مواد دقیق‌تر و معانی ضمنی منفی کمتری از اصطلاح اعتیاد دارد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

از جمله عواملی که می‌تواند بر عود مصرف مواد تأثیر بگذارد، تاب‌آوری^۴ و خودکارآمدی^۵ است. یکی از راهبردهای بسیار مهم در سال‌های اخیر، رویکرد ارتقای سلامت تاب‌آوری است که در کانون توجه متخصصان پیشگیری از اعتیاد قرار گرفته است. تاب‌آوری یک ویژگی شخصیتی است که به عنوان یکی از عوامل روان‌شناختی با اعتیاد مرتبط است و در علوم مربوط به سلامت یک توانمندی در جهت رویارویی و مقابله

1. Martin, Weinberg & Bealer
2. American Psychiatric Association
(APA)

3. Diagnostic and Statistical Manual
of Mental Disorders-5 (DSM-5)
4 Resilience
5 Self -Efficacy

با مشکلات زندگی عنوان می‌شود (مرادی، مدنی و صادقی، ۱۳۹۸). تاب‌آوری به فرایند پویایی انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود (وود و باتناگر^۱، ۲۰۱۵). افراد با تاب‌آوری قوی، سریع‌تر با شرایط انطباق پیدا می‌کنند، توانایی برنامه‌ریزی برای اهداف بلند مدت را دارا می‌باشند، از آسیب، سریع‌تر بهبود می‌یابند و در مواجهه با آن کمتر مضطرب و پریشان می‌شوند. در مقابل، افراد با تاب‌آوری پایین در شرایط استرس‌زا به شیوه انعطاف‌ناپذیر و خشک عمل می‌کنند که منجر به رفتار ناسازگارانه می‌شود (شارپلی، بیتسیکا، جسولولا، فیتزپاتریک و آگنی^۲، ۲۰۱۶). همچنین به هنگام مواجهه با مشکلات، مدت زمان بیشتری از استرس رنج می‌برند (هی، کائو، فینگ، گوان و پنگ^۳، ۲۰۱۳). تاب‌آوری پایین افراد را با مشکلاتی مانند درونی‌سازی و کاهش‌پذیری و کنترل واکنشی ضعیف مواجه می‌کند و برعکس تاب‌آوری بالا، شخص را در مقابل الگوهای رفتاری برونی‌سازی و درونی‌سازی و هیجانات منفی ایمن می‌کند (عبدی زرین و مهدوی، ۱۳۹۸). با این وجود، تاب‌آوری منجر به افزایش سازگاری و قدرت تحمل فرد در مواجهه با مشکل و همچنین باعث مراقبت از سلامت روانی و ارتقای آن می‌باشد (رینگ، جاکوب، بیکر، مارسون و ویتید^۴، ۲۰۱۶). از آن جایی که استرس و اضطراب و ناتوانی در برخورد سازنده با آن‌ها، از جمله عامل‌های خطر مهم گرایش به اعتیاد محسوب می‌شوند، تاب‌آوری با استوارسازی عوامل محافظت‌کننده در محیط و ارتقا توانایی‌های شخصی با مهار عوامل خطرزا تا حد زیادی موجب پیشگیری از ابتلا به اعتیاد می‌شود (شیخ الاسلامی، قمری گیوی و فیاضی، ۱۳۹۹).

مفهوم خود کارآمدی برگرفته از نظریه شناختی اجتماعی آلبرت بندورا^۵ است. بندورا معتقد است خود کارآمدی یکی از قدرتمندترین عوامل تعیین‌کننده در تغییر رفتار است، چرا که موجب می‌شود، افراد اولین قدم را به سمت هدف بردارند، آن‌ها را بر می‌انگیزد تا به صورت منظم تلاش کنند و استقامت لازم در برابر مشکلات را به آن‌ها می‌دهد (بندورا

و شانك^۱، ۱۹۸۱). بر خورداری از خود کارآمدی، به افراد کمک می کند با استفاده صحیح از مهارت ها در برخورد با مسائل، به بهترین شکل عمل کنند. داشتن مهارت ها و باور در توانایی انجام آن مهارت ها منجر به عملکرد موثر می شود. مدیریت شرایط و موقعیت های متغیر، ناشناس، غیر قابل پیش بینی و پراسترس، مستلزم وجود مهارت های چندگانه است (دیرمانچی و خانجانی، ۱۳۹۷). اگر فرد در مواجهه با موقعیت های پرخطر، پاسخ های مقابله ای مناسب و خود کارآمدی بالایی داشته باشد، احتمال کمی وجود دارد که عود مصرف اتفاق بیفتد (فراهانی، امین اسماعیلی و باحشمت جویباری، ۱۳۹۸). خود کارآمدی با پیامدهای سلامت مرتبط است و شاخصی از توان بخشی بعد از آسیب میان افراد به حساب می آید. همچنین خود کارآمدی پایین با افزایش خطر ابتلا به اختلالات روان شناختی در افراد با سوء مصرف مواد، همراه است (کورن هابر، مک لین و بیتهاوس^۲، ۲۰۱۸). در این راستا، فتاحی و دهقانی (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجانی خود کارآمدی و وسوسه در مردان عضو انجمن معتادان گمنام نشان دادند که تنظیم هیجان و خود کارآمدی بالا باعث کاهش وسوسه و در نتیجه عدم عود مصرف مواد مخدر می گردد.

انجمن معتادان گمنام حدود سه دهه است که در ایران، شکل گرفته است. اعضای این انجمن را افراد بیماری تشکیل می دهند که هدف آن ها قطع مصرف مواد مخدر، بهبودی و رهایی از بیماری اعتیاد است. که بدین منظور، جلسات منظمی را در سراسر کشور در قالب گروه های خودیاری برگزار می کنند (موسوی چلک، ۱۳۹۸). معتادان گمنام انجمنی جامعه مدار و بین المللی است که حقیقتاً به انجمنی چندزبانه و چند فرهنگی تبدیل گردیده و در حدود ۶۷۰۰۰ هزار جلسه هفتگی در ۱۳۹ کشور جهان برگزار می کند. مشارکت در انجمن معتادان گمنام به دلیل ایجاد بافت اجتماعی حمایت کننده مبتنی بر همدلی و درد مشترک و افزایش میزان تعامل افراد مبتلا با شرایط مشابه، عامل مهمی در ایجاد مسئولیت پذیری افراد نسبت به درمان خود بوده و پایداری آن ها برای تداوم درمان را به دنبال دارد (حاج حسینی و هاشمی ۱۳۹۴). انجمن معتادان گمنام معتقد است چیزی که

افراد را معتاد کرده بیماری اعتیاد است نه مواد مخدر و نه رفتارهای فرد؛ بلکه فقط یک بیماری است که موجب می شود فرد نتواند مصرف مواد را کنترل کند و بیماری اعتیاد به مراتب گسترده تر از مصرف مواد مخدر است. همچنین این انجمن باور دارد که رهایی و بهبودی از بیماری اعتیاد به تلاشی بیش از صرفاً مصرف نکردن مواد مخدر نیازمند است. استفاده از قدم های دوازده گانه، گرچه این بیماری را کاملاً معالجه نمی کند، ولی مطمئناً به مرور باعث بهبودی خواهد شد. انجمن معتادان گمنام برنامه ای است ترکیب یافته از اصولی که با روش درمانی دوازده قدم به سادگی و آسانی بیان شده است و درمانجویان می توانند از آن در زندگی روزمره خود استفاده کنند؛ موضوع قابل توجه و مهم این برنامه، عملیاتی بودن آن است (انجمن معتادان گمنام، ۱۳۹۸). دستورالعمل دوازده قدم برای حل کردن انواع مختلف رفتارهای مخرب به کار گرفته می شود. طرز عمل این برنامه به اشتراک گذاشتن دوطرفه مشکلات و موفقیت ها است که از راه شرکت کردن در جلساتی انجام می شود که در آن ها افراد امیدها، نقاط قوت و شهادت خود را به اشتراک می گذارند. علاوه بر استفاده کردن از خرد جمعی گروه، از هر فرد عضو انتظار می رود که یک راهنما یا مربی شخصی داشته باشد (تورسکی، ۱۳۹۹). شرکت در گروه های خودیاری مانند معتادان گمنام و الکلی های گمنام از شیوه هایی می باشد که در کمک به افراد برای بهبود کیفیت زندگی، تداوم بهبودی و پاکی، احساس خودکارآمدی و همچنین آموزش و یاددهی مهارت های مناسب برای مقابله با رویدادهای زندگی و ارتقاء سرمایه روان شناختی معتادان در حال بهبودی به تأیید رسیده است (جیسون و کیز^۱، ۲۰۰۸). کرمی (۱۳۹۸) در پژوهشی با عنوان اثربخشی روش درمانی دوازده قدم بر خودکارآمدی ادراک شده، نارسائی هیجانی و دلزدگی زناشویی در همسران افراد معتاد به این نتیجه رسیدند که روش درمانی دوازده قدم باعث پایین آمدن سطح نارسائی هیجانی و دلزدگی زناشویی و توسعه خودکارآمدی ادراک شده در مشارکت کنندگان گروه آزمایش شده است. همچنین خزایی (۱۳۹۵) در پژوهشی مشابه نشان داد که روش دوازده قدم علاوه بر کارآیی در پرهیز و عدم مصرف مواد مخدر می تواند با متغیرهای دیگر، در ارتباط با مصرف مواد از

جمله کیفیت زندگی، در افراد مبتلا به بیماری اعتیاد موثر واقع شود. پژوهش‌های انجام شده در این زمینه به خاطر پذیرفته نشدن این جلسات به عنوان درمان رسمی برای معتادین، هنوز ناکافی و نامناسب بوده است و خلأ پژوهشی در این زمینه مشهود است، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش قدم‌های دوازده گانه انجمن معتادان گمنام بر تاب‌آوری و خودکارآمدی اعضای معتادان گمنام انجام شد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل افراد در حال بهبودی از اختلال سوءمصرف مواد مخدر در برنامه معتادان گمنام شهر قم در سال ۱۳۹۸ بود. در پژوهش‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر یک از زیرگروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (گال، بورگ و گال، ۱۳۹۱). بنابراین، از این جامعه، نمونه‌ای به تعداد ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. ملاک‌های ورود شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی یا دارویی همزمان، داشتن حداقل ۱ ماه و حداکثر ۳ ماه عدم مصرف مواد مخدر، حداقل تحصیلات جهت انجام تکالیف و تکمیل پرسشنامه‌ها و ملاک‌های خروج، داشتن اختلالات روانی حاد و مزمن، عدم همکاری، عدم انجام تکالیف و غیبت بیش از دو جلسه بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم‌افزار اسپاس پی‌اس تحلیل شدند.

ابزار

۱- پرسشنامه تاب‌آوری^۲: این پرسشنامه توسط کانر و دیویدسون^۳ در سال ۲۰۰۳ طراحی شده و دارای ۲۵ گویه پنج گزینه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه)

می باشد که به هر سوال نمره ۱ (هرگز) تا نمره ۵ (همیشه) داده می شود. دامنه نمره گذاری آن بین ۲۵ تا ۱۲۵ است و نمره بالاتر تاب آوری بیشتر فرد را نشان می دهد. این پرسشنامه توسط محمدی (۱۳۸۴) جهت استفاده در ایران هنجاریابی شده و اعتبار آن را با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش گردیده است. در پژوهش سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

۲- مقیاس خودکارآمدی شرر^۱: این پرسشنامه در سال (۱۹۸۲) به وسیله شرر و مادوکس^۲ طراحی شد که شامل ۱۷ سوال است و هر سوال بر روی یک طیف لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم قرار گرفته است. بدین ترتیب، بالاترین نمره خودکارآمدی در این مقیاس ۸۵ و پایین ترین نمره ۱۷ می باشد. سوالات (۱، ۳، ۵، ۸، ۹، ۱۳، ۱۶) برعکس نمره گذاری می شوند. شرر و مادوکس (۱۹۸۲) اعتقاد دارند که این مقیاس سه جنبه از رفتار شامل میل به آغازگری رفتار سوالات (۱، ۴، ۱۴، ۱۵)، میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف (۲، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷) و متفاوت در رویارویی با موانع سوالات (۳، ۵، ۸، ۹، ۱۳) را اندازه گیری می کند. ضریب همسانی درونی این مقیاس برابر با ۰/۸۳ و برای روایی همگرا همبستگی آن با مکان کنترل درونی راتر (۳۴/۰ = r) به دست آمد (شرر و مادوکس، ۱۹۸۲). در پژوهش جدیدی محمدآبادی، سعید و احمدی ده قطب الدینی (۱۴۰۰) پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است.

روش اجرا

در این مطالعه، آموزش به صورت گروهی با استفاده از کتاب راهنمای کارکرد قدم ها، کتاب پایه و حضور یک عضو قدیمی (راهنما) برگزار شد. در آغاز هر جلسه پس از خواندن دعای آرامش، ابتدا مشارکت کنندگان احساس خود را بیان می کردند و سپس در مورد سوالات کلیدی هر قدم که از هفته قبل توسط راهنما مشخص شده بود، بحث و تبادل تجربه انجام می شد و در نهایت راهنما، تجربه و دانش خود را در مورد اصول روحانی قدم ها در میان می گذاشت؛ همچنین دانش و تجربه راهنما و راهکارهای لازم در

مورد چگونگی به کارگیری اصول روحانی در زندگی روزمره به اعضا انتقال داده شد. در پایان هر جلسه سوالات کلیدی مربوط به قدم بعدی مطرح می‌شد تا افراد در طول هفته فرصت کافی برای مطالعه و فکر کردن در مورد سوالات را داشته باشند و در نهایت با خواندن دعای آرامش جلسه خاتمه می‌یافت. مجموعاً ۱۲ جلسه آموزش هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه و به صورت هفتگی با همین شیوه برگزار گردید. محتوای هریک از جلسات به صورت خلاصه در جدول بسته آموزشی بیان شده است.

جدول ۱: بسته آموزش دوازده قدم (خزائی، ۱۳۹۵)

قدم	دانش	هدف
۱	مسئله	بیماری اعتیاد، انکار، یاس و انزوا، عجز و ناتوانی، غیرقابل اداره، بهانه و دست‌آویز
۲	راهکار	تمایل، صداقت، امید، اعتماد، پذیرش، مشورت، باور به وجود نیروی برتر
۳	اقدام	تصمیم‌گیری، شناخت اراده شخصی سازنده، تقویت درک شخصی از خداوند، سپردن به خدا
۴	موانع	ترس‌ها، رنجش‌ها، روابط جنسی، احساسات، رازها، گناه، خجالت و... با تهیه ترازنامه اخلاقی
۵	راهکار	روبروشدن با ترس‌ها، اقرار به خداوند، اقرار به یک شخص دیگر، تبیین دقیق اشتباهات
۶	مسئله	نقصان شخصیتی (خودخواهی، خودمحوری، تنبلی، زیاده‌خواهی، خودبزرگ بینی و ...)
۷	راهکار	فروتنی، درخواست از خداوند، اعتماد و ایمان، صبر
۸	مسئله	صدمات وارد شده به خود و دیگران (مالی، عاطفی، جسمی، جنسی و...) با تهیه فهرست
۹	راهکار	تمایل داشتن، عشق، بخشش، جبران خسارت مستقیم و غیر مستقیم در صورت امکان
۱۰	اقدام و عمل	ادامه تهیه ترازنامه شخصی، انضباط شخصی، صداقت و درست‌کاری تمرین و تکرار قدم‌های قبل به صورت روزانه
۱۱	اقدام و عمل	دعا و مراقبه، ارتقاء رابطه آگاهانه با خداوند با استفاده از درک شخصی، جویای آگاهی از اراده خداوند برای خود و قدرت انجام آن.
۱۲	اقدام و عمل	بیداری روحانی، پیام‌رسانی صحیح به سایر معتادان، اجرای اصول در تمام مراحل زندگی، عشق بدون قید و شرط

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش ۳۹/۷ و ۸/۹۳ سال، و گروه گواه ۳۸ و ۱۰/۲۴ سال بود. آماره‌های توصیفی متغیرهای تاب‌آوری و خودکارآمدی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه و نوع آزمون

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تاب‌آوری	آزمایش	۲۵/۶	۱۱/۳۳	۶۸/۳	۸/۳۸
	گواه	۲۹/۹	۱۰/۸۲	۳۶/۳	۱۰/۰۳
خودکارآمدی	آزمایش	۴۵/۱۰	۹/۵۸	۵۹/۰	۷/۴
	گواه	۴۰/۵	۳/۶۵	۴۴/۱۰	۲/۷۶

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه پژوهش در متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد اما در مرحله پس آزمون، میانگین گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش تغییرات محسوسی داشته است. برای بررسی اثربخشی مداخله از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف حاکی از آن بود که نمرات مقیاس‌های تاب‌آوری و خودکارآمدی دارای توزیع نرمال بودند ($p > ۰/۰۵$). همچنین هیچ کدام از مقیاس‌های تاب‌آوری و خودکارآمدی در آزمون لوین معنادار نبودند ($p > ۰/۰۵$)؛ لذا می‌توان گفت که همگنی واریانس‌ها برقرار بود. بررسی همگنی رگرسیون، از دیگر پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس است. با توجه به اینکه هیچ کدام از مقیاس‌ها در بررسی همگنی رگرسیون معنادار نبودند ($p > ۰/۰۵$)، می‌توان نتیجه گرفت که فرض همگنی رگرسیون برقرار است. به طور کلی، با توجه به بررسی‌های انجام شده، مفروضات اساسی روش آماری پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره رعایت شد. در ادامه پس از کنترل اثر پیش آزمون جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل بر طبق نمره‌های پس آزمون، در تعیین اثربخشی جلسات دوازده قدم انجمن معتادان گمنام بر

تاب آوری و خودکارآمدی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. نتایج مرحله پس آزمون در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: بررسی کوواریانس چندمتغیره پس آزمون خودکارآمدی و تاب آوری گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	ارزش	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا
اثر پیلاي	۰/۷۶۶	۲/۱۵۳	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۹۱
لامبدای ویکلز	۰/۲۳۴	۲/۱۵۳	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۹۱
اثر هتلینگ	۳/۲۸۱	۲/۱۵۳	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۹۱
بزرگترین ریشه روی	۳/۲۸۱	۲/۱۵۳	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۹۱

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می گردد نتایج آزمون لامبدای ویکلز به عنوان رایج ترین آزمون نشان داد که بین نمره آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری در مرحله پس آزمون وجود داشت و ۸۹/۱ درصد تغییرات مربوط به عضویت گروهی بود. در ادامه برای بررسی دقیق این تفاوت ها نتایج بررسی کوواریانس برای هر یک از متغیرها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پس آزمون تاب آوری و خودکارآمدی گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

متغیرهای وابسته منبع تغییرات	مجموع مجذورات آزادی	درجه میانگین	F	سطح معنی داری	مجذور توان	آماري
تاب آوری گروه	۵۴۹۱/۰۷۱	۱	۵۴۹۱/۰۷۱	۸۱/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۸۲۸
خودکارآمدی گروه	۵۴۹۱/۰۷۱	۱	۹۴۱/۷۷۶	۲۸/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۶۲۹

همان طور که جدول ۴ نشان می دهد با کنترل پیش آزمون نمرات تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل در رابطه با پس آزمون نمرات تاب آوری ($F=۸۱/۸۹$, $P=۰/۰۰۱$) و خودکارآمدی ($F=۲۸/۸۶$, $P=۰/۰۰۱$) وجود داشت. بنابراین، آموزش جلسات دوازده قدم انجمن معتادان گمنام باعث افزایش تاب آوری و خودکارآمدی شد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی اجرای روش آموزش دوازده قدم بر تاب آوری و خودکارآمدی اعضای انجمن معتادان گمنام شهر قم بود. نتایج نشان داد که، برنامه آموزش دوازده قدم بر تاب آوری اعضای انجمن معتادان گمنام شهر قم تاثیر دارد. هرچند پژوهش مشابهی که بتوان یافته‌های حاضر را با آن مقایسه کرد یافت نشد اما نتایج پژوهش حاضر به صورت غیرمستقیم با نتایج پژوهش‌هایی که افزایش سطح تاب آوری را در بهبود و درمان علائم روانشناختی معتادین موثر نشان دادند از جمله مرادی و همکاران (۱۳۹۸)، عبدی زرین و مهدوی (۱۳۹۷)، رینگ و همکاران (۲۰۱۶)، شیخ الاسلامی و همکاران (۱۳۹۹) و شارپلی و همکاران (۲۰۱۶) همسو می‌باشد. در تبیین این مسئله می‌توان گفت که مصرف مواد تغییرات اساسی در سیستم پاداش مغز به وجود می‌آورد که ممکن است کنش‌های طبیعی مغز مختل گردد. رفتارهای اعتیاد گونه سیستم پاداش مغز را به شکل‌های مشابه با مواد مورد سوء مصرف تحریک کرده و بعضی از علائم رفتاری را به وجود می‌آورد که همانند علائم رفتاری ناشی از اختلالات مصرف مواد به نظر می‌رسند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلالات مرتبط با مواد به دو گروه تقسیم می‌شوند: طبقه اول مسمومیت با مواد که عوارض مواد بر عملکرد فیزیولوژیکی تاثیر می‌گذارد. طبقه دوم اختلالات ناشی از آن دسته از مواد می‌شود که عوارض قطع مصرف دارند و باعث ایجاد تغییرات شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی در فرد می‌شود، اختلالات روان پریشی، اضطرابی، خلقی، کژکاری جنسی و اختلال خواب از آن جمله می‌باشند (سید محمدی، ۱۳۹۷). استفاده از این روش به نظر می‌رسد بر گروه دوم با تغییرات شناختی تاثیر داشته باشد که در ادامه توضیح بیشتری داده شده است. برنامه‌های دوازده قدم در واقع به منظور ایجاد تغییر در زندگی، طرز تفکر و رفتار بیمار شکل گرفته است؛ زیرا در اصل این ابعاد شخصی و عاطفی در زندگی می‌باشد که باعث معتاد شدن فرد شده است. در این برنامه در قدم یک که گفته می‌شود "ما پذیرفتیم در مقابل مصرف مواد ناتوان بودیم و زندگی مان غیر قابل کنترل شده بود" به این موضوع اشاره دارد علت اینکه ذهن و جسم فرد حالت غیر عادی پیدا کرده و قدرت انتخاب ندارد به دلیل وجود بیماری اعتیاد است و نمی‌تواند

مواد را به صورت کنترل شده مصرف نماید. دیوانگی یا نداشتن سلامت عقل به جنبه روانی بیماری اعتیاد اشاره دارد. نداشتن سلامت عقل باعث می شود علی رغم آگاهی از اینکه فرد با مصرف مجدد مواد مخدر یا شروع یک رفتار نابهنجار قادر نیست آن را رها کند یا با این تفکر که این دفعه نتیجه با دفعات قبل متفاوت خواهد بود مصرف و یا رفتار خود را تکرار می کند. از دست دادن خانواده، کار، یا بروز مشکلات قانونی، که در زندگی فرد ایجاد می شود ناشی از غیر قابل کنترل بودن زندگی است که در قدم اول به آن اشاره می شود (انجمن معتادان گمنام، ۱۳۹۸). بر اساس تجربیات به دست آمده از گروه های خودیاری انجمن معتادان گمنام روش دوازده قدم توانسته در کمک به شناخت بیشتر فرد معتاد از جنبه های مختلف برای سازگاری با شرایط مختلف و کنترل خود و قطع مصرف و پرهیز از مصرف مواد در معتادان موثر واقع شود؛ همچنین توانسته عوامل دیگر مرتبط با مصرف مواد مانند تاب آوری را نیز تحت تأثیر قرار دهد. مشورت، اعتماد، احساس امید در قدم دوم؛ تصمیم گیری، سپردن و رها شدن از محدودیت ها در قدم سوم و به وجود آمدن زمینه ای به منظور رسیدن به یک زندگی متعادل؛ اذعان به چگونگی دقیق اشتباهات در قدم پنجم؛ شناسایی موانعی همچون خودخواهی، خودمحوری، لذت طلبی افراطی و سایر نقائص شخصیتی در قدم ششم؛ مرتفع کردن این نواقص با فروتنی، دعا و پذیرش در قدم هفتم؛ شناسایی و بررسی آسیب های وارد شده به خود و دیگران و همچنین جبران آسیب ها و بهبود روابط با دیگران، همگی منجر به بهبود تاب آوری فرد می شود.

همچنین نتایج نشان داد که، برنامه آموزش دوازده قدم بر خودکارآمدی اعضای انجمن معتادان گمنام تأثیر دارد. با توجه به اینکه پژوهشی که دارای شباهت با یافته های حاضر باشد، موجود نبود ولی نتایج پژوهش حاضر به شکل غیرمستقیم با نتایج پژوهش هایی که روش درمان دوازده قدم معتادان گمنام را در بهبود و درمان علائم روان شناختی معتادین به کار برده اند نظیر، خزایی (۱۳۹۵)، کرمی (۱۳۹۸) فتاحی و دهقانی (۱۳۹۷)، فراهانی و همکاران (۱۳۹۸) و حاج حسینی و هاشمی (۱۳۹۴) همخوان می باشد. برای تبیین یافته های موجود لازم است به این موضوع اشاره شود که خودکارآمدی یک نوع مهارت می باشد که در آن، ویژگی های شناختی، رفتاری، عاطفی و اجتماعی

سازماندهی می شوند و در جهت دستیابی به هدف های متعدد به شکل مؤثر، هماهنگ عمل می کنند. داشتن این ویژگی ها و توانایی ادغام آن ها برای کاربرد و استفاده در شرایط سخت دو مقوله متفاوت می باشد (بندورا، ۲۰۰۶). بیماری اعتیاد رابطه ای آسیب زا با یک رفتار مخرب معتاد گونه و یا نوعی ماده مخدر است که جانشین ارتباطات اصیل و سالم فرد با خود، خداوند و دنیای پیرامون شده است (انجمن معتادان گمنام، ۱۳۹۷). به همین علت برنامه های دوازده قدم اصول روحانی را اثرگذار می داند و روی آن تاکید دارند و بیشتر بیماری خودمحموری را مورد توجه قرار می دهند. با انجام قدم های دوازده گانه نقص خودمحموری کم رنگ تر شده و در فرآیندی، بهبودی تبدیل به معنویت و توجه به نیازهای دیگران و از خود گذشتگی می شود و زمینه برای برقراری ارتباط سالم با خود، خداوند و جامعه فراهم می شود. در روش دوازده قدم با توجه به اینکه موضوع ناتوانی و عجز در برابر قطع مصرف مواد و پشتیبانی یک نیروی برتر از بیماران برای جلوگیری از عود بیماری و آموزش در این افراد مورد تاکید می باشد، ولی نباید تصور شود که در انجمن موضوع مسئولیت پذیری شخصی مهم شمرده نمی شود و افراد به سمت منبع کنترل بیرونی سوق داده می شوند و استفاده از جلسات تنها برای افرادی که دارای منبع کنترل بیرونی می باشند، موثر است (میلر^۱، ۱۳۹۶). نکته قابل توجه این است که در قدم های (۴-۹-۱۰-۱۲) انجمن معتادان گمنام، موضوع مسئولیت پذیری شخصی سازنده، مورد تأکید می باشد و میزان بالایی از توافق و سازگاری با آن قدم ها در افراد قابل مشاهده است (دی، گاستون، فورلانگ، مورالی و کوپلو^۲، ۲۰۰۵).

در تبیینی دیگر آموزش دوازده قدم با زمینه سازی شناخت بیشتر موجب کاهش هراس اجتماعی می گردد. هراس اجتماعی خود نوعی ترس از مشارکت در فعالیت های گروهی و صحبت در بین جمع است. این افراد خود را از پیش بازنده و دارای شخصیتی حقیر می پندارند؛ زیرا خود کارآمدی پایینی دارند، نگرش منفی نسبت به توانایی خود دارند و اعتماد به نفس پایینی نیز دارند، بنابراین با آموزش دوازده قدم می توانند، ابتدا خودباوری

را جایگزین نگرش منفی نسبت به توانایی خود نموده و همچنین افکار مثبت را جایگزین افکار منفی نمایند که حاصل آن بالا رفتن خودکارآمدی و سلامت روانی است، که می تواند مانند یک اسلحه برای مبارزه با مواد مخدر از آن استفاده نمود تا آثار آن در زمینه کاهش گرایش به اعتیاد در جامعه نیز فراهم شود. برای بهبودی لازم است که تغییرات اساسی و مهمی در زندگی فرد به وجود آید؛ این تغییرات شامل تغییراتی در نحوه فکر کردن و پاسخ به زندگی در گذشته حال و آینده است. فرد باید از روش های قدیمی روی گرداند و با شیوه های جدیدی نسبت به زندگی واکنش نشان دهد و به جای رفتارهای مقابله ای تخریب گری که خود ترجیح می دهد، از مهارت های مقابله ای بهبود دهنده زندگی برای مواجهه با دوران سخت و مشکلات استفاده کند. همچنین در مسائلی که در مورد آن اجازه دارد و همچنین در مواردی که به خودش اجازه می دهد در آن ها درگیر شود و تغییراتی را ایجاد نماید، افراد و موقعیت های خطرناک را از زندگی اش حذف کند و افراد و شرایطی را که پشتیبان او در جهت بهبودی هستند جایگزین کند. باید زندگی را با روابط و فعالیت های ارزشمند پر کند؛ یعنی مواردی که به زندگی ارزش و معنا می بخشد. امید و ایمان داشته باشد که وقتی خودش بهتر شود اوضاع هم بهتر می شود و نیز پذیرد که زندگی همیشه راحت و لذت بخش نیست، مشکلاتی را که بر سر راهش قرار می گیرد، پذیرد و با آن ها دست و پنجه نرم کند. به خودش زمان بدهد تا رشد کند و بیشتر و بیشتر به برنامه هایش نزدیک شود. لازمه این هدف این است که از قلمرو آسایش و راحتی خود بیرون آید و قدم های لازم را برای تغییر زندگی بردارد (شیتز، ۱۳۹۸).

پژوهش حاضر با محدودیت هایی مواجه بود، از جمله اینکه پژوهش بر روی نمونه محدودی اجرا شد. حجم نمونه به دلیل گرفتن رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات موجب ایجاد مشکل برای حضور در جلسات و محدود شدن اعضای گروه آزمایش شد. بنابراین لازم است در تعمیم نتایج احتیاط نمود. همچنین انجام این پژوهش در شهر قم با ویژگی های خاص فرهنگی موجب محدودیت در تعمیم نتایج است؛ بنابراین پیشنهاد می شود که برای افزایش میزان تعمیم پذیری، پژوهش هایی با نمونه بیشتر و در شهرهای

مختلف با ویژگی‌های فرهنگی دیگر هم مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده ماندگاری روش دوازده قدم در مورد تداوم بهبودی یا بازگشت اعتیاد بررسی شود. در انتها با توجه به تاثیر روش دوازده قدم بر تاب‌آوری افراد معتاد، پیشنهاد می‌شود با بازشناسی عواملی از قبیل پاسخ‌های مقابله‌ای و کارکردن روی این عوامل که مرتبط با تاب‌آوری هستند، با استفاده از آموزش دوازده قدم، تاب‌آوری در فرایند درمان ارتقاء داده شود. همچنین با توجه به تاثیر روش دوازده قدم بر خودکارآمدی افراد معتاد و با در نظر گرفتن اینکه خودکارآمدی بالا می‌تواند از فرد در برابر فشارهای محیطی محافظت کند و موجب مقاومت در برابر وسوسه‌های بعد از ترک و همچنین موجب ترغیب فرد به تغییر شود، پیشنهاد می‌شود از آموزش دوازده قدم در تمام مراکز ترک اعتیاد برای افزایش خودکارآمدی معتادان در حال ترک استفاده شود. با توجه به اینکه افراد مبتلا به بیماری اعتیاد مشکلات اساسی در زمینه خودکارآمدی و تاب‌آوری دارند، می‌توان با استفاده از نتایج پژوهش حاضر برای درمان معتادان از روش آموزش دوازده قدم که خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان را مدنظر قرار داده است در مراکز بازتوانی و همچنین جلسات روان درمانی و مشاوره استفاده نمود.

۲۷۴

274

منابع

- انجمن معتادان گمنام (۱۳۹۷). *راهنمای کارکرد قدم*. ترجمه کمیته ترجمه انجمن معتادان گمنام ایران. تهران: نشر کیمیا اثر.
- انجمن معتادان گمنام (۱۳۹۸). *کتاب پایه*. کمیته ترجمه دفتر خدمات جهانی معتادان گمنام ایران. تهران: نشر کیمیا اثر.
- تورسکی، آبراهام (۱۳۹۹). *طرز فکر اعتیاد آور خودفریبی را درک کنیم*. {ترجمه: صرامی فروشانی، پوریا و عصاره، ندا}. تهران: نشر ارجمند. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۹۷).
- جدیدی محمدآبادی، اکبر؛ سعید، نسیم و احمدی ده قطب الدینی، محمد (۱۴۰۰). رابطه خودکارآمدی، امید به زندگی و سلامت عمومی با میزان فعالیت بدنی مصرف کنندگان مواد مخدر. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۵ (۶۲)، ۲۰۵-۲۲۴.

حاج حسینی، منصوره و هاشمی، رامین (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی درمان دارویی متادون و انجمن معتادان گمنام بر اختلالات روان شناختی (اضطراب، افسردگی، استرس) و کیفیت زندگی. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۹(۳۵)، ۱۱۹-۱۳۶.

خزایی، عرفان (۱۳۹۵). اثربخشی روش درمان دوازده قدم بر احساس خودکارآمدی و کیفیت زندگی اعضا انجمن معتادان گمنام. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده. دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر قدس دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

دیرمانجی، نیلوفر و خانجانی، محمد سعید (۱۳۹۸). مقایسه خودکارآمدی و تاب آوری معلولین ضایعه نخاعی ورزشکار و غیر ورزشکار. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ۲۵(۲)، ۱۶۲-۱۵۰.

سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس (۱۳۸۷). تاب آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ۱۳(۳)، ۲۹۵-۲۹۰.

سبزی، سعید و اسلمی، الهه (۱۴۰۱). اثربخشی روش دوازده قدم انجمن معتادان گمنام بر تعارضات زناشویی و تعارضات والد-فرزندی معتادان. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۶(۶۳)، ۳۵۸-۳۳۵.

سید محمدی، یحیی (۱۳۹۷). راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی. تهران: نشر روان.

شیتز، ملانی گوردون (۱۳۹۸). رفتار درمانی دیالکتیکی برای تنظیم هیجان ها و رفتارهای ناشی از آن. {ترجمه: ایزدی، شیرین و غیاثی، مهناز}. تهران: نشر ارجمند. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۹).

شیخ الاسلامی، علی؛ قمری گیوی، حسین و فیاضی، مینا (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر تاب آوری در دانش آموزان با آمادگی به اعتیاد. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۴(۵۸)، ۳۰-۱۱.

عبدی زرین، سهراب و مهدوی، حسین (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تاب آوری و خودکارآمدی معتادان مراجعه کننده به کمپ های ترک اعتیاد بهشهر. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۲(۴۹)، ۵۶-۳۹.

فتاحی، عباس علی و دهقانی، اکرم (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی بر خودکارآمدی، تنظیم هیجانی و وسوسه در مردان عضو انجمن معتادان گمنام. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۲(۴۸)، ۲۰۲-۱۸۵.

فراهانی، محمد نقی؛ امین اسماعیلی، معصومه و باحشمت جویباری، شهاب (۱۳۹۸). نقش واسطه‌ای خودکارآمدی در رابطه بین مقابله اجتنابی و تکانشگری با عود مصرف مواد مخدر. فصلنامه علمی/اعتیادپژوهی، ۱۳(۵۱)، ۱۶۶-۱۴۳.

کرمی، زهرا (۱۳۹۸). اثربخشی روش درمانی دوازده قدم بر نارسائی هیجانی، خودکارآمدی ادراک شده و دلزدگی زناشویی در همسران/افراد معتاد. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده. موسسه آموزش عالی لامعی گرگانی گروه روان‌شناسی.

گال، جویس؛ بورگ، والتر و گال، دامن مردیت (۱۳۹۳). روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی. ترجمه علیرضا کیامنش، منیجه شهنی ییلاق، خسرو باقری، محمد خیر، محمدجعفر پاک‌سرشت، محمود ابوالقاسمی، احمدرضا نصر، حمیدرضا عریضی و زهره خسروی. تهران: دانشگاه شهید بهشتی، سمت. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۴۲).

محمدی، مسعود (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. رساله دکتری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.

مختارنیا، سجاد؛ اله وردی میگونی، فرهاد و اسماعیلی، مهدی (۱۴۰۰). واکاوی گفتمان‌های سیاست جنایی-اجرائی در کنترل سوء مصرف مواد مخدر. فصلنامه علمی/اعتیادپژوهی، ۱۵(۵۹)، ۳۶۰-۳۳۵.

مدنی قهفرخی، سعید (۱۳۹۹). جامعه‌شناسی/اعتیاد. تهران: نشر پارسه.

مرادی، زهرا؛ مدنی، یاسر و صادقی، مسعود (۱۳۹۸). بررسی الگوی تلفیقی مشاوره معنوی و شناختی بر تاب‌آوری و خودکارآمدی بیماران همودیالیزی. مجله بالینی پرستاری و مامایی، ۸(۳)، ۴۳۵-۴۲۴.

مغانلو، مهناز و والیوند، یاسر (۱۴۰۱). مدل‌یابی گرایش به اعتیاد بر اساس صفات مدل پنج عاملی شخصیت با میانجی‌گری تاب‌آوری در دانشجویان. فصلنامه علمی/اعتیادپژوهی، ۱۶(۶۳)، ۲۸۴-۲۶۷.

مکری، آذرخش (۱۳۹۸). راهنمای درمان سوء مصرف مواد محرک بر اساس الگوی تغییر یافته ماتریکس. تهران: نشر سپید برگ.

موسوی چلک، سیدحسن (۱۳۹۸). مددکاری اجتماعی کار با فرد ۲. تهران: نشر شلاک.

میلر، ویلیام. ر (۱۳۹۶). مصاحبه‌انگیزی در درمان اعتیاد. (ترجمه: همتی، ناصر و ناظم، نازفر). تهران: ارجمند. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۹۹).

نابدل، یونس (۱۳۹۸). *اختلالات وابسته به مواد تشخیص و درمان. ویراست چهارم براساس DSM-5*. تهران: نشر ارجمند.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. United States: American Psychiatric Association.
- Bandura, A., & Schunk, D. H. (1981). Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *Journal of personality and social psychology*, 41(3), 586-600.
- Bandura, A., (2006). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual review of psychology*, 52, 1-26.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Day, E., Gaston, R. L., Furlong, E., Murali, V., & Copello, A. (2005). United Kingdom substance misuse treatment workers' attitudes toward 12-step self-help groups. *Journal of substance abuse treatment*, 29(4), 321-327.
- He, F., Cao, R., Feng, Z., Guan, H., & Peng, J. (2013). The impacts of dispositional optimism and psychological resilience on the subjective well-being of burn patients: A structural equation modelling analysis. *Plos one*, 8(12), 1-10.
- Jason, L. A., & Keys, C. B. (2008). Social network variable in AA: A literature review. *Clinical psychology review*, 28, 430-450.
- Kornhaber, R., Mclean, L., Betihavas, V., & Cleary, M. (2018). Resilience and the rehabilitation of adult spinal cord injury survivors: a qualitative systematic review. *Journal of advanced nursing*, 74(1), 23-33.
- Martin, P. R., Weinberg, B.A., & Bealer, B. K. (2007). *Healing addiction: An integrated pharmacho-psychosocial approach to treatment*. United States: John Wiley & Sons.
- Narcotics Anonymous. (2016). *Information about NA*. Unites State: Narcotics Anonymous World Services, Inc.
- Ring, A., Jacoby, A., Baker, G. A., Marson, A., & Whitehead, M. M. (2016). Does the concept of resilience contribute to understanding the good quality of life in the context of epilepsy? *Epilepsy & Behavior*, 56, 153-164.
- Sharpley, C. F., Bitsika, V., Jesulola, E., Fitzpatrick, K., & Agnew, L. L. (2016). The association between aspects of psychological resilience and subtypes of depression: implications for focussed clinical treatment models. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 20(3), 151-156.
- Sherer, M., & Maddux, J. E. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports*, 51(2), 663-671.

Wood, S. K., & Bhatnagar, S. (2015). Resilience to the effects of social stress: Evidence from clinical and preclinical studies on the role of coping strategies. *Neurobiology of stress*, 1, 164-173.