

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان مراجعه کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد بهشهر

سهراب عبدی زرین^۱، حسین مهدوی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۰۸

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان مراجعه کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد بهشهر انجام شد. **روش:** با توجه به هدف و ماهیت تحقیق، مطالعه حاضر از نظر ساختار پژوهشی شبه‌آزمایشی (طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه) بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل معتادان مراجعه کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد بهشهر در سال ۱۳۹۶ بود. بدین منظور با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از بین جامعه آماری تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند. نمونه‌ها به تعداد ۱۵ نفر برای گروه آزمایش و تعداد ۱۵ نفر برای گروه گواه به صورت تصادفی ساده جایگزین شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و مقیاس خودکارآمدی شرر (۱۹۸۲) بود. مداخله شامل نه جلسه درمانی بود که به وسیله درمانگر اجرا شد. هر جلسه ۹۰ دقیقه و فاصله زمانی بین جلسات یک هفته به طول انجامید. پس از پایان جلسات گروه درمانی، هر دو گروه ارزیابی شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد، تفاوت معناداری در ترکیب خطی نمرات خودکارآمدی و تاب‌آوری با توجه به گروه وجود دارد. مجذور اتا نیز نشان داد که ۶۴ درصد از واریانس متغیر وابسته توسط متغیر گروه‌بندی (آزمایش و گواه) تعیین می‌شود. **نتیجه‌گیری:** براساس نتایج می‌توان گفت: درمان شناختی-رفتاری منجر به افزایش خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان مراجعه کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد بهشهر شده است.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی-رفتاری، خودکارآمدی، تاب‌آوری، معتاد، بهشهر

۱. استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه قم، قم، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه قم، قم، ایران، پست الکترونیکی:

mahdavihosain2011@gmail.com

مقدمه

وابستگی به مواد یکی از مهمترین مشکلات عصر حاضر است که گسترش جهانی پیدا کرده است و هر روز بر شمار قربانیان مصرف مواد مخدر افزوده می‌شود و عوارض آن شامل اختلالات جسمی، روانی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی-اجتماعی به طور جدی سلامت بشر را مورد تهدید قرار می‌دهد. بنابر تعریف، اعتیاد حالت بیماری جسمی، اجتماعی و روانی است (موسوی پور و مولایی، ۱۳۹۳). سازمان ملل متحد^۱ (۱۹۵۰) اعتیاد را این گونه تعریف کرده است: اعتیاد، مسمومیت حاد یا مزمنی است که برای شخص یا اجتماع زیان‌بخش می‌باشد و از طریق استعمال داروی طبیعی یا صنعتی ایجاد می‌شود. اعتیاد به مواد مخدر دارای سه ویژگی ذیل است:

احساس نیاز شدید به استعمال دارو و تهیه آن از هر طریق ممکن؛ وجود علاقه شدید به افزایش مداوم میزان مصرف دارو (جمشیدی، ۱۳۹۶)؛ وجود وابستگی روانی و جسمانی به آثار دارو، به طوری که در اثر عدم دسترسی به آن، علائم وابستگی روانی و جسمانی در فرد معتاد هویدا شود. اعتیاد یکی از مهمترین و بزرگترین مشکلات سلامت عمومی در جهان امروز به شمار می‌رود (مارگولین، بیتل، الیور و آوانترز^۲، ۲۰۰۶). مسئله اعتیاد در جهان امروز از مسائل مهم اجتماعی است که در بیشتر کشورها به صورت مشکل عمده‌ای مطرح شده و کشور ما نیز از این آسیب اجتماعی در امان نمانده است. هر روز در گوشه و کنار کشور شاهد قربانی شدن افرادی در دام مواد اعتیادآور هستیم. بنابراین، اعتیاد به مواد مخدر به عنوان جدی ترین مسئله اجتماعی ایران، وجوه مختلف جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، حقوقی، سیاسی و ... دارد و به اعتقاد تحلیل گران اجتماعی، اعتیاد به این مواد، زمینه‌ساز بروز بسیاری از آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی است.

اعتیاد نوعی بیماری است، زیرا مواد و داروها موجب تغییر ساختار و عملکرد مغز می‌شوند. همچنین، اعتیاد یک مشکل جهانی است که تقریباً بیشتر کشورهای جهان با آن روبه‌رو هستند. کشور ما هم، به سبب شرایط جغرافیایی، تغییرات اقتصادی و اجتماعی، عوامل فردی و محیطی با این معضل روبه‌رو است و به سبب نداشتن مداخله‌های

1. United Nations

2. Margolin, Beitel, Oliver, & Avants

پیشگیرانه مناسب، در معرض گسترش و تشدید این بیماری است. زیان‌های ناشی از اعتیاد و هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی و نداشتن بهره‌وری نیروی انسانی متعاقب این بیماری، میلیاردها دلار است. بنابراین کوشش‌های پیشگیرانه از آن، کاملاً روشن و یک ضرورت انکارناپذیر است (مؤسسه ملی سوء مصرف دارو^۱، ۲۰۱۴). برآورد ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری در فروردین ۱۳۹۲ از میزان شیوع اعتیاد در ایران، یک میلیون و ۳۲۵ هزار نفر بوده و گفته می‌شود حدود ۷۰۰ هزار مصرف‌کننده تفننی را نیز می‌توان به این رقم اضافه کرد. در دو دهه اخیر کارآمدی مداخلات پیشگیرانه مصرف و سوء مصرف مواد مخدر مورد بحث پژوهش‌گران حوزه پیشگیری قرار گرفته است. پژوهش‌گران و صاحب‌نظران این حوزه با اشاره به موفقیت معنادار و بادوام برنامه‌های پیشگیری از مصرف و سوء مصرف مواد مخدر، اقدام به تحلیل کارآمدی برنامه‌های پیشگیرانه با توجه به ویژگی‌ها و کیفیات این برنامه‌ها نموده، و شاخص‌هایی برای کارآمدی برنامه‌های پیشگیرانه مطرح کرده‌اند. دوسنبری و فالکو^۲ (۱۹۹۵)؛ به نقل از پورنجف، رستمی و عبد‌الهی، (۱۳۸۸) با مرور برنامه‌های مدرسه‌ای پیشگیری از مصرف و سوء مصرف مواد مخدر از سال ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۴ و همچنین اجرای مصاحبه متخصصان این حوزه، یازده مؤلفه را برای برنامه‌های مؤثر این حوزه برشمرده‌اند؛ مبتنی بودن بر نظریه/پژوهش، تناسب مطالب ارائه شده با سطح رشدی مخاطبان، گنجاندن آموزش مهارت‌های اجتماعی، گنجاندن آموزش هنجاری، آموزش مهارت‌های جامع و گسترده سلامت، استفاده از فنون آموزش تعاملی، آموزش و پشتیبانی مربیان، پیگیری و پوشش مکفی، حساسیت به مسائل فرهنگی، استفاده از پتانسیل‌های خانواده، اجتماع و رسانه، و دست‌آخر ارزشیابی دستاوردهای مداخله. در ایران برخی محققان کارآمدی آموزش مهارت‌های زندگی را بر پیشگیری از مصرف مواد بررسی کرده‌اند (مشکی و اصلی‌نژاد، ۱۳۹۲).

بنابراین مواجهه با این مسئله مستلزم شناخت ابعاد دقیق آن است. در پژوهش حاضر تلاش شده تا با استفاده از اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و تاب‌آوری معنادان مراجعه کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد بهشهر تغییراتی به منظور کاهش وسوسه ایجاد کرد. خودکارآمدی یعنی باور فرد به توانایی خود برای انجام فعالیت‌هایی که برای رسیدن به اهداف مشخص شده مورد نیاز می‌باشد (بندورا، ۱۹۸۶). لیو و کوسلوسکی^۱ (۲۰۰۹) بیان کردند خودکارآمدی بالا با قبول اهداف چالش برانگیز و عملکرد بالا همراه است. همچنین، بندورا و لوک^۲ (۲۰۰۳) بیان کردند خودکارآمدی با افزایش پشتکار و تلاش زیاد باعث می‌شود افراد سازگاری هیجانی، موفقیت بالا و سلامت بالاتری را تجربه کنند. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد، افرادی که دارای اعتیاد به مواد مخدر هستند از همتایان غیرمعتاد خود به طور قابل توجهی از خودکارآمدی، توانایی حل مسئله، تفکر انتقادی و تفکر خلاق پایین‌تری برخوردار هستند (سیلواوویجا ایالا کسمی^۳، ۲۰۱۳).

همچنین، پژوهش کیانی و ابوالقاسمی (۲۰۱۴) نشان داد با افزایش خودکارآمدی، وسوسه مصرف مواد کاهش می‌یابد و همچنین افرادی که کیفیت زندگی، شادی و خودکارآمدی بالایی دارند کمتر دچار وسوسه مصرف مواد می‌شوند. از سوی دیگر، انسان‌ها در برابر شرایط نامساعد، خطرناک و ناملازمات معمولاً احساس بی‌پناهی می‌کنند و در بسیاری مواقع نیز سعی می‌کنند که در برابر خطرناک و موقعیت ناگوار تحمل نمایند و نتایج غیرمنتظره‌ای به دست می‌آورند (هانگ^۴، ۲۰۰۷). بنابراین، رویکردهای مفهومی تاب‌آوری را می‌توان به سه دسته اصلی خلاصه کرد که جنبه مشترک در همه آن‌ها توانایی ایستادگی، مقاومت و واکنش مثبت به فشار یا تغییر است (ماتياس و پلینگ^۵، ۲۰۱۵).

تاب‌آوری عنوان روشی برای اندازه‌گیری توانایی فرد در مقابله با عوامل استرس‌زا و عواملی که سلامت روان فرد را تهدید می‌کند، تعریف می‌شود. افراد تاب‌آور دارای رفتارهای خودشکانه نیستند. از نظر عاطفی آرام بوده و توانایی مقابله با شرایط ناگوار را دارند. بونا^۶ (۲۰۰۴) راه‌های به دست آوردن تاب‌آوری را داشتن سرسختی، خودافزایی،

1. Lev, & Koslowsky
2. Bandura, & Locke
3. Silva, & Vijayalaxmi

4. Huang
5. Matyas, & Peleing
6. Bouna

مقابله سرکوب گرایانه، داشتن خلق و خو و احساسات مثبت می‌داند (به نقل از هانگ، ۲۰۰۷). برای درک تفاسیر و روش‌های مرتبط با تاب‌آوری، ممکن است به تمایز بین احتمال خطر و مصادیق تاب‌آوری نیاز داشته باشیم. در سه دهه اخیر تحقیق کاملی در این خصوص انجام و نمونه‌های تاب‌آوری جمع‌آوری شده است. بر این اساس، تاب‌آوری به عنوان قدرت یا توانایی برگشتن به زندگی اولیه و شروع وضعیت جدید از طریق کاهش فشار عصبی یا تحریف آن و جایگزینی نشاط تعریف می‌شود (مور، ویتاسکی و خاویر^۱، ۲۰۱۷).

تاب‌آوری همچنین به عنوان توانایی بهبود بیماری افسردگی یا مسائلی از این دست نیز فهمیده می‌شود. تاب‌آوری مهارتی مناسب است برای پشت سر گذاشتن مشکلات زندگی حتی وقتی که شرایط نامطلوب و سخت وجود دارد، مثل این که شخص یک طناب قابل ارتجاع را دور مشکلات بسته که به فرد کمک می‌کند وقتی اوضاع بد شد آن‌ها را به عقب بکشد و به آن‌ها به چشم انسان‌ها بنگرد. تاب‌آوری به توانایی یک انسان گفته می‌شود که به طور موفقیت‌آمیز شرایط نامطلوب را پشت سر گذارده و با آن‌ها تطابق می‌یابد و علیرغم مواجهه با مشکلات زندگی به قابلیت تحصیلی و هیجانی و اجتماعی دست می‌یابد (اینزلیچ، اندرسون، گود و ماکای^۲، ۲۰۰۶).

مفهوم تاب‌آوری طی تحقیقات ۳ دهه گذشته به مثابه یک پدیده چند بعدی شناخته شده که در بافت‌های مختلف اجتماعی و درونی متفاوت هستند. در تحقیقات گذشته تاب‌آوری بر متغیرهایی مثل توانایی بیمار، پنهان‌سازی احتمال خطر و عوامل آسیب‌پذیر تاکید شده است. بر این اساس می‌توان گفت، تاب‌آوری ویژگی یا خصلتی نیست که برخی دارای آن باشند و برخی آن را نداشته باشند. به بیان دقیق‌تر، تاب‌آوری بیانگر تعامل بین انسان و محیط است. تاب‌آوری اشاره به ایستادگی در برابر خطر دارد اما یک پدیده تدریجی است و انباشت خطر می‌تواند حتی تاب‌آورترین افراد را نیز مغلوب سازد. راتر خاطر نشان می‌کند که تاب‌آوری نوعی تعامل با عامل خطر است. یعنی ماهیتی رو به رشد دارد که از بیولوژی و تجارب اولیه زندگی منشاء می‌گیرد و عوامل محافظتی می‌توانند از

طریق شیوه‌های مختلف در مراحل متفاوت رشد، عمل کنند (کانر و دیویدسون^۱، ۲۰۰۳). به منظور ارتقای خودکارآمدی و تاب‌آوری از درمان شناختی-رفتاری استفاده شد. از نظر سنتی، شناخت-رفتار درمانگری، نوعی درمان فردی توصیف شده است. با این حال، این رویکرد حتی در متون اولیه و اصلی مرتبط با درمان افسردگی و نیز در حال حاضر به عنوان یک روش درمان گروهی مطرح شده است. از این رو، دلایل کشف یک رویکرد گروهی به شناخت-رفتار درمانگری بسیار ساده است. این رویکرد از سال ۱۹۷۹ تاکنون کاربرد دارد. بعضی از صاحب‌نظران دریافته‌اند گروه درمانگری‌ها از نظر زمانی که درمانگران صرف می‌کنند، در ۵۰ درصد موارد کارایی بیشتری نسبت به درمان‌های فردی دارند (واسیل^۲، ۲۰۱۲). همچنین از راه گروه درمانگری می‌توان بودجه و هزینه‌هایی را که در بیمارستان‌های روانی صرف درمان بیماران روانی می‌شود، بسیار کاهش داد. کارایی و تأثیر، شاید یکی از عواملی است که وقتی گروه درمانگری شناختی-رفتاری اولین بار در اواخر دهه ۱۹۷۰ مطرح شد، بسیار مورد توجه قرار گرفت. درمان شناختی رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است. در این نوع درمان به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای این که بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد خود را تغییر دهد از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته استفاده می‌شود. این رویکرد می‌تواند ترکیبی از روش‌های گوناگون از قبیل آرمیدگی، بازسازی شناختی، حل مسئله، تلقیح استرس باشد و معمولاً این روش‌ها به تنهایی مورد استفاده قرار نمی‌گیرند. این رویکرد افکار و نگرش‌های نادرست را به چالش کشیده و همچنین با آموزش روش‌های مقابله، گفتگوی درونی و راهبردهای حل مسئله در جهت ارتقای رفتارهای اجتماعی، افزایش صمیمیت و ارتباط مثبت می‌کوشد (دافعی، ۱۳۹۵). بنابراین سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان مراجعه کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد به شهر اثربخش است یا خیر.

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

با توجه به هدف و ماهیت تحقیق، مطالعه حاضر از نظر ساختار یک پژوهش شبه‌آزمایشی (طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه) می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل معتمدان مراجعه‌کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد بهشهر در سال ۱۳۹۶ بود، بدین منظور با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس از بین جامعه آماری نمونه‌ها به تعداد ۳۰ نفر برآورد شد. نمونه‌ها به تعداد ۱۵ نفر برای گروه آزمایش و تعداد ۱۵ نفر برای گروه گواه به صورت تصادفی ساده جایگزین شدند.

ابزار

۱. پرسش‌نامه تاب‌آوری: برای سنجش تاب‌آوری از پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای ۲۵ گویه پنج‌گزینه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) است که محمدی (۱۳۸۴) آن را برای استفاده در ایران ساخته و اعتبار آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و روایی آن را با استفاده از تحلیل عاملی قابل قبول اعلام کرده است. در پژوهش سامانی و همکاران (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ به دست آمد. همچنین نتایج تحلیل عاملی این مقیاس بیانگر وجود یک عامل عمومی بود که نشانگر روایی آزمون است.

۲. پرسش‌نامه خودکارآمدی: به منظور سنجش خودکارآمدی از خودکارآمدی شرر (۱۹۸۲) استفاده شد. این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۲ توسط شرر و مادوکس ساخته شد و دارای ۱۷ سوال است. جواب‌های این پرسش‌نامه در یک طیف سه‌گزینه‌ای قرار دارد و از ۱ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. سوالات ۱، ۳، ۵، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. شرر و مادوکس (۱۹۸۲) معتقدند که این مقیاس سه‌جنبه از رفتار شامل میل به آغازگری رفتار سوالات (۱، ۴، ۱۴ و ۱۵)، میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف (۲، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶ و ۱۷) و متفاوت در رویارویی با موانع سوالات (۳، ۵، ۸ و ۹) را اندازه‌گیری می‌کند. ضریب همسانی درونی این مقیاس برابر با ۰/۸۳ و برای روایی همگرا، هم‌بستگی آن با مکان کنترل درونی راتر ($r = ۰/۳۴$) به دست آمد.

اعتبار پرسش‌نامه در پژوهش براتی بختیاری (۱۳۷۵) به میزان ۰/۷۹ و در پژوهش ملک‌شاهی و همکاران ۰/۷۳ به دست آمد (به نقل از غلامی، ۱۳۸۸).

روند اجرا

بعد از گروه‌بندی اعضای نمونه گروه درمانی شناختی-رفتاری در طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طی ۹ هفته و به صورت منظم هر هفته یک جلسه برگزار شد. محتوای هریک از جلسات عبارت بودند از:

جلسه اول: آشنایی افراد با یکدیگر و انتخاب سرگروه معرفی برنامه درمان (CBT) و وضع قراردادها؛

جلسه دوم: تعریف و تشریح مفهوم خودکارآمدی و تاب‌آوری و عوامل ایجادکننده آن در اعتیاد؛

جلسه سوم: تعریف و تشریح مفهوم اعتیاد و عوامل ایجادکننده آن در اعتیاد مواد؛
جلسه چهارم: بیان پیامدهای جسمانی و روانی خودکارآمدی و تاب‌آوری برای بیماران مبتلا؛

جلسه پنجم: درخواست از معتادان برای بیان کردن اضطرابی که در طی ابتلا به اعتیاد تجربه کردند و در میان گذاشتن تفکرات تحریف شده در تجارب‌شان، ذهن‌خوانی، پیش‌گویی، فاجعه‌سازی، برچسب‌زدن، نادیده گرفتن جنبه‌های مثبت، فیلتر منفی، تعمیم افراطی، تفکر دوقطبی، باید اندیشی، شخصی سازی، سرزنش کردن، مقایسه‌های ناعادلانه، تأسف گرایی، استدلال هیجانی، نادیده‌انگاری شواهد متناقض، و قضاوت گرایی؛
جلسه ششم: تشریح مدل شناختی رفتاری (باورهای مرکزی، باورهای مشروط و افکار اتوماتیک) چگونگی فرآیند مرتبط آن با خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان بر اساس مدل ABCD الیس؛

جلسه هفتم: آموزش موضوعات محوری درمان شناختی رفتاری؛

۱- ایجاد و حفظ انگیزه برای تغییر و آگاه نمودن از مراحل ۵ گانه تغییر؛

۲- شناسایی با مقابله با شرایط برانگیزاننده؛

۳- مقابله با وسوسه؛

۴- مهارت‌های امتناع مدیریت؛

۵- تصمیم‌گیری‌های عاقلانه در مواقع انتخاب؛

۶- حل مسئله و مراحل آن؛

۷- اصلاح سبک زندگی؛

۸- مقابله با احساس کسالت؛

۹- مدیریت کسالت و بی‌حوصلگی؛

۱۰- پیش‌گیری از عود، حفظ ثبات.

آموزش کنترل خشم، پرخاشگری و تکانه، آموزش ارتباط مؤثر، تشریح عزت نفس؛
جلسه هشتم: درخواست از بیماران برای بیان افکار خودآیند منفی در مورد تاب‌آوری و
خودکارآمدی در طی تجربه اعتیاد برای یکدیگر و آموزش دادن به بیماران در تشخیص
افکار خودآیند منفی و آموزش نحوه‌ی جایگزین ساختن افکار منفی با افکار مثبت؛

جلسه نهم: ۱- آموزش تکنیک‌های شناختی

الف) پرداختن به تردید و دودلی و افزایش انگیزه (ب) روش سقراطی

پ) ثبت افکار روزانه (ت) توجه برگردانی

ج) تحلیل مزایا و معایب (چ) فلش کارتها

ح) تکنیک پیکان رو به پایین (خ) تصویرسازی ذهنی

۲- آموزش تکنیک‌های رفتاری:

الف) آموزش آرام‌سازی و تمرین جسمانی (ب) آزمایش‌های رفتاری

پ) مدیریت وابستگی (ت) تعریف رفتاری (ایفای نقش و ایفای نقش معکوس)

ث) برنامه بازنگری فعالیت (حمیدی بایگی، عطایی مغاللو، و مطلبی، ۱۳۹۲).

یافته‌ها

در این پژوهش، ۱- افراد در دامنه سنی بین ۲۵ تا ۳۰ سال با تعداد ۴ نفر، ۳۱ تا ۳۵ سال، ۱۰ نفر، ۳۶ تا ۴۰ سال ۱۰ نفر و افراد بالای ۴۰ سال با تعداد ۶ نفر در پژوهش حضور داشتند؛
۲- افراد با سطح تحصیلاتی زیردیپلم و دیپلم با تعداد ۱۵ نفر به عنوان بیشترین افراد نمونه و افراد با سطح تحصیلاتی فوق لیسانس و بالاتر با تعداد ۱ نفر به عنوان کمترین افراد نمونه

آماره‌ای در پژوهش حضور داشتند؛ ۳- تعداد ۱۵ نفر از شرکت‌کنندگان پژوهش ماده مصرفی خود را تریاک، تعداد ۹ نفر از شرکت‌کنندگان ماده مصرفی خود را شیشه، تعداد ۵ نفر گل و تعداد ۱ نفر نیز ماده مصرفی خود را کراک گزارش کردند؛ ۴- تعداد ۳ نفر از شرکت‌کنندگان مدت زمان مصرف خود را کمتر از ۶ ماه، تعداد ۸ نفر مدت زمان مصرف خود را بین ۶ ماه تا یکسال، تعداد ۶ نفر مدت زمان مصرف خود را بین یک سال تا دو سال، تعداد ۷ نفر مدت زمان مصرف خود را بین دو سال تا سه سال و تعداد ۶ نفر مدت زمان مصرف خود را بالای ۴ سال گزارش کردند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه و نوع آزمون

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
میل به آغاز گری رفتار	آزمایش	۱۳/۴۶	۳/۵۴	۱۷/۴۶	۴/۴۸
میل به گسترش تلاش برای	گواه	۱۴/۶۰	۲/۹۷	۱۴/۴۰	۳/۲۴
کامل کردن تکلیف	آزمایش	۱۱/۰۶	۳/۶۷	۱۴/۶۶	۳/۶۵
مقاومت در رویارویی با	گواه	۱۰/۰۰	۲/۸۵	۲/۹۳	۲/۵۹
موانع	آزمایش	۶/۰۶	۲/۳۹	۸/۰۶	۲/۴۳
خودکارآمدی عمومی: نمره	گواه	۵/۲۰	۱/۷۸	۵/۴۰	۱/۶۳
کل	آزمایش	۳۰/۶۰	۶/۰۸	۴۰/۲۰	۷/۳۶
تصور از شایستگی فردی	گواه	۲۹/۸۰	۴/۹۳	۲۹/۹۳	۴/۱۳
اعتماد به غرایز فردی	آزمایش	۱۹/۵۳	۴/۷۰	۲۲/۷۳	۴/۷۳
پذیرش مثبت تغییر و روابط	گواه	۱۸/۶۶	۴/۱۷	۱۷/۷۳	۵/۰۲
ایمن	آزمایش	۱۵/۹۳	۳/۸۲	۱۹/۲۶	۴/۲۸
کنترل	گواه	۱۵/۲۰	۲/۷۵	۱۵/۲۰	۲/۵۶
تاثیرات معنوی	آزمایش	۱۲/۶۰	۲/۰۱	۱۵/۴۰	۳/۶۴
تاب‌آوری: نمره کل	گواه	۱۱/۴۶	۲/۷۷	۱۱/۵۳	۲/۸۵
	آزمایش	۶/۸۶	۲/۵۳	۹/۴۶	۳/۴۷
	گواه	۵/۸۰	۱/۴۸	۵/۹۳	۲/۱۷
	آزمایش	۴/۲۶	۱/۲۸	۶/۵۳	۱/۳۰
	گواه	۴/۶۰	۱/۶۸	۴/۵۳	۱/۷۲
	آزمایش	۵۹/۲۰	۹/۴۴	۷۳/۴۰	۱۰/۳۹
	گواه	۵۵/۷۳	۷/۶۵	۵۵/۹۳	۷/۵۳

در پژوهش حاضر برای تحلیل استنباطی نتایج، از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. برای آزمون پیش فرض یکسانی ماتریس واریانس-کواریانس، از آزمون باکس استفاده شد. نتایج حاصل شده نشان داد که فرض یکسانی برقرار است ($M= 7/617, P>0/05$). برای آزمون پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه، از آزمون لون استفاده شد که در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون لون جهت بررسی تساوی واریانس‌های دو گروه

متغیرها	آماره F	درجه آزادی بین گروهی	درجه آزادی درون گروهی	معناداری
میل به آغازگری رفتار	۱/۲۵۴	۱	۲۸	۰/۲۲
میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف	۰/۰۶۶	۱	۲۸	۰/۸۰
مقاومت در رویارویی با موانع	۲/۸۹۵	۱	۲۸	۰/۰۹
خودکارآمدی عمومی	۳/۰۳۵	۱	۲۸	۰/۰۸
تصور از شایستگی فردی	۰/۱۳۳	۱	۲۸	۰/۷۲
اعتماد به غرایز فردی	۲/۲۸۳	۱	۲۸	۰/۱۴
پذیرش مثبت تغییر	۰/۲۵۴	۱	۲۸	۰/۶۲
کنترل	۳/۷۴۵	۱	۲۸	۰/۰۶
تاثیرات معنوی	۰/۴۷۹	۱	۲۸	۰/۴۹
تاب آوری	۱/۷۹۸	۱	۲۸	۰/۱۹

نتایج نشان داد همگنی شیب رگرسیون در خودکارآمدی ($F= 0/736, P>0/05$) و تاب آوری ($F= 0/241, P>0/05$) برقرار است. به منظور، تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و تاب آوری معتادان مراجعه کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد بهشهر، از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد ترکیب خطی متغیرها در دو گروه متفاوت است ($F= 24/854, P< 0/001$)، مجذور اتا $= 0/65$ ، مجذور اتا $= 0/352$ (لامبدای ویلکز). مجذور اتا نشان می‌دهد که ۶۵ درصد از واریانس متغیر وابسته توسط متغیر گروه‌بندی (آزمایش و گواه) تعیین می‌شود. برای بررسی الگوهای تفاوت در هر کدام از متغیرهای وابسته از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۳ استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت

متغیرها	میانگین مجدورات	آماره F	معناداری	ضریب آتا	توان آزمون
میل به آغازگری رفتار	۵۳۱/۵۵	۳۷۹/۸۶۸	۰/۰۰۰۵	۰/۹۳	۱/۰۰
متفاوت بودن در رویارویی با موانع	۲۴/۹۵	۳۴/۱۲۵	۰/۰۰۰۵	۰/۵۶	۱/۰۰
میل به گسترش تلاش برای کامل کردن	۱۰۲/۸۹	۱۰۴/۹۴۲	۰/۰۰۰۵	۰/۷۹	۱/۰۰
تصور از شایستگی فردی	۷۵/۰۱	۳۵/۱۸۰	۰/۰۰۰۵	۰/۵۷	۱/۰۰
اعتماد به غرایز فردی	۸۱/۴۲	۹۴/۹۱۰	۰/۰۰۰۵	۰/۷۸	۱/۰۰
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	۵۸/۲۳	۵۴/۲۵۷	۰/۰۰۰۵	۰/۶۷	۱/۰۰
کنترل	۴۸/۳۰	۷۰/۶۹۴	۰/۰۰۰۵	۰/۷۲	۱/۰۰
تاثیرات معنوی	۳۶/۹۶	۷۸/۶۵۷	۰/۰۰۰۵	۰/۷۴	۱/۰۰

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در تمام متغیرها تفاوت معنادار بین گروه آزمایش و گواه وجود دارد. یعنی درمان شناختی-رفتاری توانسته نمرات میل به آغازگری رفتار، متفاوت بودن در رویارویی با موانع، میل به گسترش تلاش برای کامل کردن، تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، پذیرش مثبت تغییر و روابط، کنترل و تاثیرات معنوی را بهبود ببخشد ($p < ۰/۰۰۱$). توان اثر به دست آمده حکایت از کفایت حجم نمونه دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از اجرای آزمون‌های آماری فرضیه اصلی را تأیید کرد. براساس نتایج، درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان مراجعه‌کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد به‌شهر اثربخش بوده و منجر به افزایش خودکارآمدی و تاب‌آوری شده است. این یافته با نتایج حاصل از تحقیقات پیشین همسوست. برای نمونه، پژوهش اکبری، دلاکه، و صابری (۱۳۹۶) نشان داد درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی بیماران تحت درمان متادون تأثیر مثبت داشته است. پژوهش بیگی، نجفی، محمدی‌فر، و عبداللهی (۱۳۹۷) نیز نشان داد، درمان شناختی-رفتاری منجر به افزایش نمرات تاب‌آوری و عزت‌نفس دانش‌آموزان شد. پژوهش چرمچی، عسگری، حافظی، مکوندی، و بختیارپور (۱۳۹۵)

نشان داد، درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی باعث کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری روانی در گروه آزمایش شده است. نتایج پژوهش اکبری (۱۳۹۴) نشان داد دوره درمانی شناختی-رفتاری بر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی معنادار تحت درمان متادون تأثیر مثبت دارد.

در بررسی مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی به تفکیک، نتایج نشان داد که در تمامی مؤلفه‌ها جز مؤلفه‌ی رشد فردی بین دو گروه تفاوت وجود دارد. درمان شناختی-رفتاری در افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران تحت درمان متادون مؤثر است بنابراین پیشنهاد می‌شود علاوه بر مداخلات دارویی از رویکرد شناختی-رفتاری جهت بهزیستی روان‌شناختی معنادار به منظور بهبود و تسریع دوره درمان استفاده شود. پژوهش حاتمی، آزادفلاح، ترک، عیدی، و اردکانی (۱۳۹۴) نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل پس از اجرای درمان شناختی-رفتاری در حوزه‌های پنجگانه طر حواره تفاوت وجود دارد. یافته‌های پژوهش حاضر گویای اهمیت درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش طر حواره‌های ناسازگار معنادار می‌باشد. همچنین با توجه به اهمیت این طر حواره‌ها در ایجاد مشکلات روان‌شناختی می‌تواند جنبه تکمیلی درمان دارویی در بهبود مشکلات روان‌شناختی همراه با اعتیاد را داشته باشد.

از سویی، پژوهش شریعتی، ایزادخواه و مولوی (۱۳۹۲) نشان داد درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی توانسته‌اند در مرحله‌ی پس‌آزمون نمرات خودکارآمدی معنادار را افزایش دهد؛ البته نکته قابل ذکر اثر بخشی بیشتر درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خودکارآمدی معنادار در مرحله پیگیری بود. یافته‌های پژوهش اهمیت استفاده از تکنیک‌های افزایش خودکارآمدی را مشخص و نشان داد هنگامی که این تکنیک‌ها را به طور سازمان یافته در حوزه‌های مهم زندگی به کار ببریم؛ تأثیر بهتری خواهیم گرفت. علاوه بر این، پژوهش خلعتبری، قربان شیرودی، و شکرگزار (۱۳۹۰) باهدف بررسی اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری فردی و گروهی در میزان خودکارآمدی بیماران وابسته به مواد در مؤسسه‌ی بازگشت تنکابن انجام شد؛ نتایج از تأثیر

این درمان بر خودکارآمدی حکایت داشت. نتایج پژوهش برنارد و مارلات^۱ (۲۰۰۸) نشان داد اثر درمان‌های شناختی-رفتاری با موفقیت برای درمان اعتیاد همراه باشد. فرضیه پژوهش حاضر این بود که افراد معتاد دچار باورهای خودکارآمدی پایینی هستند و از تاب‌آوری پایینی برخوردارند. بنابراین این پژوهش تاثیرات درمان گروهی شناختی-رفتاری را بر خودکارآمدی و تاب‌آوری آنان مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد، افرادی که دارای اعتیاد به مواد مخدر هستند از هم‌تایان غیرمعتاد خود به طور قابل توجهی در خودکارآمدی، توانایی حل مسئله، تفکر انتقادی و تفکر خلاق پایین‌ترند. همچنین، پژوهش کیائی و ابوالقاسمی (۲۰۱۴) نشان داد با افزایش خودکارآمدی، وسوسه مصرف مواد کاهش می‌یابد و افرادی که کیفیت زندگی، شادی و خودکارآمدی بالایی دارند کمتر دچار وسوسه مصرف مواد می‌شوند.

از طرفی، تاب‌آوری اشاره به ایستادگی در برابر خطر دارد اما یک پدیده تدریجی است و انباشت خطر می‌تواند حتی تاب‌آورترین افراد را مغلوب سازد. راتر خاطر نشان می‌کند که تاب‌آوری نوعی تعامل با عامل خطر است. یعنی ماهیتی رو به رشد دارد که از بیولوژی و تجارب اولیه زندگی منشأ می‌گیرد و عوامل محافظتی می‌توانند از طریق شیوه‌های مختلف در مراحل متفاوت رشد، عمل کنند. بنابراین، درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان تحت درمان تأثیر دارد. عوامل متعددی در علت شناسی سوء مصرف مواد مؤثر هستند که در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف مواد می‌شوند؛ از آن میان می‌توان از خودکارآمدی و تاب‌آوری نام برد. مفهوم خودکارآمدی، بارویکرد (من می‌توانم) در زندگی هم معناست. در واقع، باور من می‌توانم پایه مفهوم خودکارآمدی را تشکیل می‌دهد. بنابراین افزایش باور خودکارآمدی می‌تواند فرد را در برابر فشارهای محیطی مصون نگه دارد. درمان شناختی-رفتاری اعتیاد باعث می‌شود تا بیمار ضمن برخورداری از تصویری کارآمد و تاب‌آور، مهارت‌های مقابله‌ای لازم را به منظور مدیریت موقعیت‌های خطر ساز کسب کند و این باور را داشته باشند که می‌تواند بر مصرف مواد کنترل داشته باشد. رمز موفقیت درمان شناختی-رفتاری این است که این

درمان بر شناسایی خطاهای شناختی بیماران و سعی در آگاه کردن آن‌ها تأکید می‌کند. چرا که این روند شناسایی و آگاهی از افکار را به هیچ وجه با دارودرمانی نمی‌توان انجام داد و لازم است روی درمان‌های شناختی- رفتاری تأکید ویژه شود.

درمان شناختی رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است. در این نوع درمان به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای این که بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد خود را تغییر دهد از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته‌ای استفاده می‌شود. این رویکرد می‌تواند ترکیبی از روش‌های گوناگون از قبیل آرمیدگی، بازسازی شناختی، حل مسئله، تلقیح استرس باشد و معمولاً این روش‌ها به تنهایی مورد استفاده قرار نمی‌گیرند. این رویکرد افکار و نگرش‌های نادرست را به چالش کشیده و همچنین با آموزش روش‌های مقابله، گفتگوی درونی و راهبردهای حل مسئله در جهت ارتقای رفتارهای اجتماعی، افزایش صمیمیت و ارتباط مثبت می‌کوشد.

رویکرد شناختی- رفتاری یک آموزش کوتاه مدت است، با این فرض که آموزش و یادگیری نقش مهمی را در ترک سوء مصرف مواد دارد. این شیوه می‌تواند به صورت فردی یا گروهی در درمان بیماران وابسته به مواد مورد استفاده قرار گیرد و باید گفت گروه فرصتی است که در آن تک تک اعضا می‌توانند مشکلات ناشی از روابط بین فردی خود را آزادانه مطرح و آموزش‌های لازم را دریافت نمایند. اغلب مراجعان بر این باور هستند که مشکلات آن‌ها منحصر به فرد است و هرگز دیگران گرفتار چنین مشکلات مهمی نیستند. همین نگرش موجب می‌شود این افراد توان فکر کردن و مقابله با مشکلات خود را از دست بدهند. مشکلات هریک از اعضا به نحو اجتناب‌ناپذیری بر سایرین اثر می‌گذارد. بنابراین تحقیقات نشان می‌دهد که گروه بر رفتار اعضای خود تأثیر می‌گذارد و می‌تواند در شخصیت اعضا تغییرات چشمگیری به وجود آورد.

پژوهش حاضر آشکار کرد که درمان شناختی رفتاری می‌تواند خودکارآمدی و تاب‌آوری را ارتقا دهد؛ به این معنی که افراد تحت این نوع مداخله می‌توانند سازگاری خود را با استرس تقویت نمایند و با تغییرات نامساعد زندگی بهتر کنار بیایند. توان بازگشت به

شرایط مطلوب بعد از مشکلات را داشته باشند. همچنین، افراد امید خود را به هنگام شکست از دست نمی دهند و احساسات ناخوشایند خود همچون، ترس و خشم را بهتر کنترل کنند. افراد دارای تاب آوری پایین، به جای این که خود را برای مقابله مؤثر و سازگارانه با مشکلات زندگی شان توانمند سازند، اغلب عقایدی منفی را درباره خودشان پرورش می دهند و به اعمالی روی می آورند که سلامتی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. عدم تاب آوری در افراد با مشکلاتی مانند درونی سازی، تکانش پذیری و کنترل واکنشی ضعیف همراه است. در مقابل، تاب آوری بالا فرد را در مقابل الگوهای رفتاری درونی سازی و برونی سازی و هیجانات منفی محافظت می کند. عامل دیگر کسب این نتایج، به کاربرد روش های شناختی رفتاری همچون آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی باز می گردد که در این پژوهش از آن استفاده شده بود. عامل دیگر را می توان آموزش روش پیکان عمودی، روش های به چالش کشیدن و تغییر باورها دانست که به گونه ای مؤثر در افزایش تاب آوری و خودکارآمدی کاربرد دارند. زیرا حالت های مثبت روانی همانند تاب آوری و خودکارآمدی اغلب به وسیله تفکر مثبت، تداوم و شدت می یابد. این رویکرد بر این باور است که افراد به گونه ای انتخابی به داده های همخوان با باورهای قبلی توجه می کنند. چنین فرآیندی درباره یادآوری نیز درست است. افراد به گونه ای انتخابی چیزهایی را به یاد می آورند که با اطلاعات قبلی آنها هماهنگ است. همچنین روش هایی مثل «آرام بخشی عضلانی»، «برنامه ریزی فعالیت» و تنفس صحیح می تواند در کاهش اضطراب (تنفس دیافراگمی) مؤثر باشد.

منابع

- اکبری بورنگ، مجید؛ عجم، علی اکبر؛ دلاکه، محمدحسن؛ اکبری بورنگ، محمد (۱۳۹۴). اثربخشی برنامه درسی مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری بر بهزیستی روان شناختی بیماران تحت درمان متادون. *نشریه طب نظامی*، ۴(۴)، ۲۴۵-۲۵۴.
- اکبری بورنگ، محمد؛ دلاکه، محمد؛ و صابری، رضا؛ یاسبلاغی، بهمن (۱۳۹۶). اثربخشی برنامه درسی مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری بر افزایش میزان خودکارآمدی و تاب آوری بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۰(۳۸)، ۱۱۷-۱۰۳.

بیگی، علی، نجفی، محمود؛ محمدی‌فر، محمدعلی؛ عبداللّهی، عباس (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مثبت‌نگر بر تاب‌آوری و عزت نفس نوجوانان دارای علایم افسردگی. *نشریه تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۶(۱)، ۴۷-۵۳.

پورنجف، حیران؛ رستمی، پوران؛ و عبداللّهی، زهرا (۱۳۸۸). تأثیر آموزش بر آگاهی و نگرش جوانان پسر محلات حاشیه‌ای در خصوص مضرات مصرف مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد‌پژوهی*، ۳(۱۲)، ۳۱-۴۰.

جمشیدی، الهام (۱۳۹۶). *اثربخشی مصاحبه انگیزشی در تغییر نگرش به مواد و رغبت به ادامه درمان در جلب همکاری افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد*. دانشگاه پیام نور آذربایجان شرقی. چرمچی، نسترن؛ عسگری، پرویز؛ حافظی، فریبا؛ مکوندی، بهنام؛ بختیارپور، سعید (۱۳۹۵). اثر "درمان شناختی رفتاری" به شیوه گروهی بر میزان اضطراب و تاب‌آوری روانی زنان یائسه. *نشریه مدیریت ارتقای سلامت*، ۵(۵)، ۲۲-۱۵.

حاتمی، فاطمه؛ آزاد فلاح، پرویز؛ ترک، منصور؛ عیدی، مجید؛ و اردکانی، شایسته (۱۳۹۴). بررسی تاثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار افراد دارای سوء مصرف مواد. *نشریه سلامت جامعه*، ۹(۲)، ۲۱-۱۱.

خلعتبری، جواد؛ قربان شیرودی، شهره؛ و شکرگزار، معصومه (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گروه درمانی به شیوه‌ی شناختی- رفتاری بر میزان خودکارآمدی بیماران وابسته به مواد. *نشریه تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۹(۱۶۴)، ۳۶-۲۲.

دفاعی، مریم (۱۳۹۵). *بررسی رابطه روش‌های مقابله‌ای با ویژگی‌های فردی، باورهای نامربوط و سلامت روانی زوج‌های نابارور یزد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس.

شریعتی، محمد ابراهیم؛ ایزدی‌خواه، زهرا؛ و مولوی، حسین؛ صالحی، مهرداد (۱۳۹۲). مقایسه‌ی اثر بخشی گروه درمانی به شیوه‌ی شناختی- رفتاری با درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خودکارآمدی افراد معتاد. *نشریه رفاه اجتماعی*، ۱۱(۴)، ۲۷۹-۲۸۸.

مشکی، مهدی؛ و اصلی‌نژاد، محمدعلی (۱۳۹۲). آموزش مهارت‌های زندگی و رفتارهای پیشگیری کننده از سوء مصرف مواد در دانشجویان: یک مطالعه طولی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، ۳(۳)، ۱۹۴-۲۰۱.

موسوی‌پور، سعید؛ و مولایی یساولی، هادی (۱۳۹۳). مقایسه هوش هیجانی، برون‌گرایی و روان‌رنجورخویی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، سیگاری و عادی. *فصلنامه دانش انتظامی استان مرکزی*، ۴(۴)، ۱۱۱-۱۳۹.

- Bandura, A. (1986). Self-efficacy toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A., & Locke, E. A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87-99.
- Bernard, P., Marlatt, G. (2008). Cognitive-behavioral therapy for alcohol and drug use disorders. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30(2), DOI: 10.1590/S1516-44462008000600006.
- Bong, M. (2004). Academic motivation in self-efficacy, task value, achievement goal orientations and attributional beliefs. *Journal of Educational Research*, 79(9), 358-370.
- Conner, K. M, Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Huang, C. (2007). Hardiness and stress: A critical review. *Maternal Child Nursing Journal*, 2(3), 82-89.
- Inzlich M, Aronson J, Good C & McKay L (2006). A particular resiliency to threatening environments. *Journal of Experimental Social Psychology*, 4(2), 323-336.
- Kiaei, T., & Abolghasemi, S. (2014). The relationship between quality of life, happiness, and self efficacy with drug craving in glass consumer. *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences*, 4(2), 70-75 .
- Lev, S., Koslowsky, M. (2009). Moderating the collective and self-efficacy relationship. *Journal of Educational Administration*, 47(4), 452-462.
- Margolin, A., Beitel, M., Oliver, Z. S., & Avants, K. (2006). A controlled study of a spirituality focused intervention for increasing motivation for HIV prevention among drug users. *Aids Education of Prevention*, 18(4), 311-322. DOI: 10.1521/aeap.2006.18.4.311.
- Matyas, D. & Pelling, M. (2015). Positioning resilience for 2015: The role of resistance, incremental adjustment and transformation in disaster risk management policy. *Disasters*, 39(1), S1-18.
- Moore, M., Kwitowski, M., Javier, S. (2017). Examining the influence of mental health on dual contraceptive method use among college women in the United States. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 12, 24-29. DOI: 10.1016/j.srhc.2017.01.004.
- National Institute on Drug Abuse Addiction Science: From Molecules to Managed Care series (2014). *Drug abuse costs the United States economy hundreds of billions of dollars in increased health care costs, crime and lost productivity*.
- Silva, J. D., & Vijayalaxmi, A. A. (2013). Adjustment, self-efficacy and psychosocial competency of drug addicted adolescents. *Journal of Psychology*, 4(1), 13-18.
- Vasile, C. (2012). Rational/irrational Beliefs Dynamics in Adults. *Procedia, Social and Behavioral Sciences*, 69, 2108-2113. DOI: 10.1016/j.sbspro.2012.12.173.