

اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد

علی شیخ‌الاسلامی^۱، حسین قمری‌گیوی^۲، مینا فیاضی^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۳۰

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد بود. **روش:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان مدارس دوره‌ی متوسطه‌ی شهر ملایر در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ تشکیل دادند. از میان آن‌ها، یک مدرسه به صورت در دسترس انتخاب و تعداد ۳۰۰ نفر از دانش‌آموزان این مدرسه توسط پرسش‌نامه‌ی آمادگی اعتیاد غربال شدند. سپس، ۳۴ دانش‌آموز که نمره‌ی بالاتر از نقطه‌ی برش کسب کردند و دارای آمادگی به اعتیاد بالا بودند، انتخاب و در گروه آزمایش (۱۷ نفر) و گروه کنترل (۱۷ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، ۱۲ جلسه برنامه‌ی مهارت‌های زندگی را دریافت نمودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌ی تاب‌آوری استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی بر تاب‌آوری در دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد اثربخش بود و این برنامه آموزشی باعث افزایش معنادار تاب‌آوری در دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد گروه آزمایش نسبت به دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد در گروه کنترل شد. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های زندگی نقش مهمی در افزایش تاب‌آوری در دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد دارد و آموزش این مهارت‌ها می‌تواند باعث افزایش تاب‌آوری در دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد شود.

کلیدواژه‌ها: مهارت‌های زندگی، تاب‌آوری، آمادگی به اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. پست الکترونیک:

a_sheikholslami@yahoo.com

۲. استاد، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۳. کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، گروه مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

دوره نوجوانی، دوره رشدی مهمی است که با فرایند شکل‌گیری هویت همراه است. قسمتی از این فرایند رشدی، خطر جویی است که به شکل رفتارهای جنسی ناسالم، و مصرف الکل، سیگار و سایر مواد تظاهر می‌نماید. بررسی‌های همه‌گیرشناسی حاکی از آن است که مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد در بین دانش‌آموزان نوجوان جوامع مختلف در دهه‌های اخیر افزایش چشم‌گیری داشته است (جانستون، اوملی، میچ، بچمن و شولنبرگ^۱، ۲۰۱۷). عوارض بسیار جدی اعتیاد نه تنها بر سلامت فرد و خانواده است (شیخ‌الاسلامی و محمدی، ۱۳۹۵)، بلکه در زمینه‌ی رشد اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و امنیت جامعه نیز بسیار گسترده و عمیق است (چن^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). اعتیاد به مواد مخدر یک بیماری عودکننده و مزمنی است که توأم با اختلالات انگیزشی شدید و از دست دادن تسلط رفتاری است و منجر به ویرانی شخصیت می‌شود (شیخ‌الاسلامی، کیانی، احمدی و سلیمانی، ۱۳۹۵). در واقع، مصرف مواد مخدر هزینه‌های گزافی از طریق اثرات مخرب خود بر سلامت افراد و افزایش جرم و جنایت و مرگ و میر در جامعه تحمیل کرده است و در نتیجه به یک تهدید بزرگ برای جوامع تبدیل شده است (پیترو و آلیسیا^۳، ۲۰۱۰، به نقل از شیخ‌الاسلامی و احمدی، ۱۳۹۶).

افزایش روزافزون افراد وابسته به مواد، مسئله‌ی اعتیاد را به بحران تبدیل کرده و آنچه قابل تامل است، پایین آمدن میانگین سن ابتلا به اعتیاد و گرایش نوجوانان به سوء مصرف مواد است که زمینه‌ساز سرعت انتقال و گسترش ابعاد پدیده‌ی اعتیاد از جمله درگیر کردن نهادهای اجتماعی و همچنین دامن زدن به آسیب‌ها و دیگر مسائل اجتماعی می‌گردد (شریفیان‌ثانی، کریمی، رفیعی، محمدی و قاسم‌زاده، ۱۳۹۱). سوء مصرف مواد معضلی جهانی است و هر جامعه با توجه به ویژگی‌های خاص افراد خود به نحوی از آن رنج می‌برد (رئیس قره‌دریشلو، قمری کیوی و شیخ‌الاسلامی، ۱۳۹۷). بر اساس گزارش دفتر مواد مخدر و جرم سازمان ملل^۴ (۲۰۱۵)، حدود ۲۴۳ میلیون نفر، یا ۵ درصد از جمعیت

1. Johnston, O'Malley, Miech, Bachman & Schulenberg
2. Chen

3. Peter & Alicia
4. UNODC

۱۵ تا ۶۴ سال جهان در سال ۲۰۱۲ مواد مخدر مصرف کرده بودند. در همین حال، تعداد مصرف‌کنندگان مشکل‌ساز مواد مخدر ۲۷ میلیون یعنی حدود ۶ درصد از جمعیت بزرگسال جهان یا ۱ نفر در هر ۲۰۰ نفر بود. یافته‌ها نشان می‌دهند که آمار اعتیاد طی چهار دهه‌ی اخیر در ایران در نوسان بوده است. به‌گونه‌ای که، در سال ۱۳۹۰ این برآورد در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال برابر با ۱ میلیون و ۳۲۵ هزار نفر اعلام شده است (شریعتی، ۱۳۹۲).

اعتیاد یک ناهنجاری با نشانه‌های بالینی، رفتاری و شناختی است که در ایجاد آن عوامل اجتماعی و روان‌شناختی از یک طرف و عوامل زیست‌شناختی و داروشناختی از طرف دیگر نقش دارند (شیخ‌الاسلامی، ۱۳۹۷). ریلی، همپل و کلاسن^۱ (۲۰۱۸) در بررسی عوامل موثر بر گرایش به اعتیاد به زمینه‌های فردی-روانی، اجتماعی، خانوادگی، محیطی و ترکیب این عوامل اشاره دارند. یافته‌های جدید بالینی نشان می‌دهد که در شکل‌گیری اعتیاد، زمینه‌های رشدی ناسالم و استعداد و آمادگی برای اعتیاد نقش اساسی ایفا می‌کنند (عسکری، زکیئی و علیخانی، ۱۳۹۰). نظریه‌ی استعداد اعتیاد بیان می‌کند که برخی از افراد مستعد اعتیاد هستند و اگر در معرض آن قرار بگیرند مبتلا می‌شوند. درحالی‌که، اگر کسی استعداد نداشته باشد به مواد مخدر وابسته نمی‌شود (افشار، صدیقی‌ارفعی، جعفری و محمدی، ۱۳۹۴).

نوجوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی و کسب هویت فردی و اجتماعی است که در آن میل به استقلال و مخالفت با والدین به اوج خود می‌رسد و نوجوان برای اثبات بلوغ و فردیت خود ارزش‌های خانواده را زیر سوال می‌برد و سعی در ایجاد و تحلیل ارزش‌های جدید و مخصوص به خود را دارد. مجموعه‌ی این عوامل و همچنین حس کنجکاوی و نیاز به تحرک و تنوع و هیجان فرد را مستعد مصرف مواد می‌نماید (مامی، احدی، عنایتی و مظاهری، ۱۳۹۱). مطالعات نشان داده‌اند که اغلب رفتارهای پرخطر از جمله مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر در سنین قبل از هیجده سالگی آغاز می‌شوند (فی، یی، هایبل و دانی^۲، ۲۰۱۶). با توجه به این که دانش‌آموزان اقشار آسیب‌پذیر جامعه

1. Riley, Hempel & Clasen

2. Fei, Yee, Habil & Danaee

هستند و آینده‌سازان فردای کشورند و هر نوع آسیبی به این قشر باعث تزلزل در بنیان‌های جامعه خواهند شد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. جامعه‌ای که دانش‌آموزان آن بیمار باشند آینده‌ای به جزء فلاکت و نابسامانی نخواهد داشت. پژوهش‌ها حاکی از نگران‌کننده بودن خطر اعتیاد و گرایش به اعتیاد در میان نوجوانان است. برای مثال، طی تحقیقی که در سال ۱۳۹۰ روی ۷۵ هزار نوجوان ۱۹-۱۴ ساله در استان‌های مختلف کشور صورت گرفت مشخص شد که ۲۷/۵ درصد از جمعیت دانش‌آموزان در معرض اعتیاد به مواد مخدر قرار دارند (قره‌نژاد نوغانی، ۱۳۹۰).

از جمله مکانیزم‌های شناخته‌شده که بر گرایش افراد به مصرف مواد و وابستگی به آن تاثیر می‌گذارد، تاب‌آوری^۱ است. در روان‌شناسی، ظرفیت مثبت افراد برای سازگاری با استرس و منابع را تاب‌آوری نامیده‌اند و این مفهوم همچنین برای تعیین ویژگی میزان مقاومت در مقابل عوامل خطر ساز آینده مورد توجه قرار گرفته است (هارت، بکاینان و دی‌چنی^۲، ۲۰۱۴). تاب‌آوری جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روان‌شناسی تحولی، روان‌شناسی خانواده و بهداشت روانی یافته است. به طوری که، هر روز بر شمار پژوهش‌های مرتبط با این سازه افزوده می‌شود (مرتضوی و یاراللهی، ۱۳۹۴). از طریق تاب‌آوری می‌توان به افراد کمک کرد تا با رویدادها و واقعیت‌های ناخوشایند زندگی به گونه‌ای مثبت و کارآمد غلبه کنند (اوکونور و بچلر^۳، ۲۰۱۵). تاب‌آوری به افراد کمک می‌کند تا اراده و انگیزه بالایی داشته باشند. برخی افراد با ویژگی‌هایی نظیر تاب‌آوری بالا و حالت‌های هیجانی مثبت می‌توانند با اضطراب در مصرف مواد مقابله کنند (هسر^۴، ۲۰۱۷). کامپفر^۵ (۱۹۹۹) باور داشت که تاب‌آوری بازگشت به تعادل اولیه‌ی و رسیدن به تعادل سطح بالاتر (در شرایط تهدیدکننده) است و از این رو سازگاری موفق در زندگی را فراهم می‌کند. در عین حال، کامپفر به این نکته نیز اشاره می‌نماید که سازگاری مثبت با زندگی هم می‌تواند پیامد تاب‌آوری به شمار رود و هم به‌عنوان پیش‌آیند آن باشد و سطح بالاتری

1. resiliency
2. Hart, Bcainan & De Chenay
3. O'Connor & Batcheller

4. Heather
5. Kampfer

از تاب‌آوری را سبب شود. وی این مسئله را ناشی از پیچیدگی تعریف و نگاه فرآیندی به تاب‌آوری می‌داند (به نقل از مرتضوی و یاراللهی، ۱۳۹۴).

در راستای پیشگیری از اعتیاد از رویکردهای بسیاری می‌توان استفاده کرد که به نظر می‌رسد آموزش مهارت‌های زندگی با افزایش تاب‌آوری می‌تواند در این حوزه کارآمد باشد. برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی یک برنامه‌ی مداخله‌ای پیشگیرانه‌ی اولیه است و برای کسب این مهارت‌ها، مدرسه یکی از بسترهای مناسب است، زیرا اصلی‌ترین مخاطب این برنامه‌ها دانش‌آموزان هستند (شریفی، ۱۳۹۰). از آنجا که بسیاری از مشکلات و دشواری‌های زندگی امروزه اجتناب‌ناپذیر بوده و افراد جامعه همواره با آن‌ها دست به گریبان هستند، لذا ایجاد و تقویت توانایی‌ها و مهارت‌هایی که در شرایط دشوار ضامن سلامت روانی افراد باشد، ضروری است (فرخی، نارنجی، صالحی، مهرابی‌روزه و رفیعی، ۱۳۹۴). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۳)، مهارت‌های زندگی توانایی رفتار مثبت و سازگاری هستند که افراد را برای مقابله موثر با خواسته‌ها و چالش‌های روزمره آماده می‌کند. مهارت‌های زندگی گروهی از مهارت‌های روانی و مهارت‌های بین فردی هستند که افراد را در کنار آمدن با زندگی خود با یک شیوه‌ی سالم و مولد کمک می‌کند. آموزش مهارت‌های زندگی در سال ۱۹۷۹ و با اقدامات گیلبرت بوتوین^۱ آغاز گردید. برنامه آموزش بوتوین به نوجوانان یاد می‌داد که چگونه در مقابل وسوسه‌ها یا پیشنهادها برای مصرف مواد مقاومت کنند. هدف بوتوین تدوین یک برنامه‌ی پیشگیری اولیه بود. به دنبال این اقدامات اولیه، سازمان بهداشت جهانی با همکاری یونیسف^۲، از سال ۱۹۹۳ برنامه آموزش مهارت‌های زندگی^۳ را به عنوان یک طرح جامع پیشگیری اولیه و ارتقای سطح بهداشت روانی کودکان و نوجوانان معرفی کرد (محمدخانی، ۱۳۸۵). احمدی‌طهورسلطانی، عسگری و توقیری (۱۳۹۲) در پژوهشی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش عوامل خطر‌ساز و افزایش عوامل محافظت‌کننده‌ی سوءمصرف مواد در نوجوانان کانون اصلاح و تربیت را بررسی کردند و به این نتیجه

1. Gilbert Botvin
2. UNICEF: United Nations
Children's Fund

3. life skills training

رسیدند که آموزش مهارت‌های زندگی باعث کاهش عوامل خطر ساز و افزایش عوامل محافظت کننده در نوجوانان بزهکار می‌شود. ال سید، ستارعلی، احمد و موهی^۱ (۲۰۱۹) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که آموزش مهارت‌های زندگی و اجتماعی بر خودکارآمدی اجتماعی و نگرش به سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانان تاثیر دارد و می‌تواند میزان نگرش دانش آموزان به مواد مخدر را کاهش دهد. هونگ، زانگ، لیو، هونگ، لین و گو^۲ (۲۰۱۸) در مطالعه‌ی دیگری نشان دادند که آموزش مهارت‌های زندگی بر کنترل مواد مخدر در گروه آزمایش تاثیر دارد و باعث بهبود رفتارهای پرخطر در نوجوانان می‌شود. کاتور^۳ (۲۰۱۶) در پژوهشی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر پیشگیری از مصرف مواد در نوجوانان را بررسی کرد و به این نتیجه دست یافت که آموزش مهارت‌های زندگی بر پیشگیری از مصرف مواد تاثیر دارد و باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی و خودمدیریتی در نوجوانان می‌شود و میزان مصرف مواد را در نوجوانان کاهش می‌دهد. جگانانتان، دالبوم و کولگرن^۴ (۲۰۱۴) در پژوهشی تحت عنوان "نتیجه‌ی یک مداخله‌ی مبتنی بر مدرسه برای ترویج مهارت‌های زندگی در میان جوانان در کامبوج"، به این نتیجه رسیدند که تقویت مهارت‌های زندگی در مدارس ممکن است سلامت کلی روانی جوانان را افزایش دهد و به طور غیرمستقیم بر رفتارهای پرخطر جوانان، بخصوص خودکشی پسران در کامبوج موثر باشد.

هرچند برخی از تحقیقات داخلی از برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی استفاده کرده‌اند، اما استفاده‌ی آن‌ها از این برنامه صرفاً برای پیشگیری بوده و اثربخشی آن همراه با نقش واسطه‌ای تاب‌آوری بررسی نشده است. از طرفی کاربرد این برنامه عمدتاً منوط به دانش آموزان عادی بوده است و روی دانش آموزان دارای آمادگی اعتیاد تاکنون در این زمینه تحقیقی انجام نشده است. بنابراین، به توجه به آنچه ذکر شد، سوال اصلی

1. El Sayed, Sattar Ali, Ahmad & Mohy

2. Huang, Zheng, Liao, Huang, Yi Lin & Guo

3. Kaur

4. Jegannathan, Dahlblom & Kullgren

تحقیق حاضر این بود که آیا آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان با آمادگی اعتیاد اثربخش است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماري پژوهش حاضر را تمامی دانش‌آموزان دوره‌ی متوسطه‌ی دوم متوسطه شهر ملایر در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۵ تشکیل دادند. به منظور نمونه‌گیری، ابتدا از میان تمامی مدارس دوره‌ی دوم شهر ملایر یک مدرسه به صورت در دسترس انتخاب شد. سپس، برای غربال کردن دانش‌آموزان دارای آمادگی اعتیاد از پرسش‌نامه‌ی آمادگی اعتیاد استفاده شد و از ۳۰۰ دانش‌آموزی که این پرسش‌نامه را تکمیل کرده بودند، ۳۴ نفر با بالاترین نمره انتخاب شدند (نقطه برش = نمرات بالاتر از ۵۴) و در گروه آزمایش (۱۷ نفر) و گروه کنترل (۱۷ نفر) به صورت تصادفی گمارده شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: کسب نمره‌ی بالاتر از حد متوسط در پرسش‌نامه‌ی آمادگی به اعتیاد، بودن در دوره‌ی متوسطه‌ی دوم، علاقه به شرکت در پژوهش و توانایی هماهنگی برنامه‌ی کلاسی با برنامه‌ی جلسات. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: نمره‌ی پایین‌تر از متوسط در پرسش‌نامه‌ی آمادگی به اعتیاد، بودن در دوره‌های تحصیلی دیگر، غیبت بیشتر از دو جلسه و تکمیل کردن ناقص پرسش‌نامه‌ها. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد.

ابزار

۱- پرسش‌نامه‌ی تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۱: مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید ساخته‌شده و شامل ۲۵ سوال است که هر سؤال در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۴ (همیشه) درجه‌بندی می‌شود. سازندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسش‌نامه به خوبی می‌تواند افراد

تاب‌آور را از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی متمایز کند و در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. حداقل نمره‌ی تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره ۱۰۰ است. همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و واگرای این مقیاس خوب گزارش شده است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی این پرسش‌نامه، وجود ۵ عامل شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به‌خود/تحمیل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف/تحمیل عواطف منفی، روابط ایمن، مهارت و معنویت را برای مقیاس تاب‌آوری تایید کرده است. اما چون روایی و پایایی این مقیاس‌ها هنوز به‌طور کامل تعیین نشده، در حال حاضر فقط نمره‌ی کلی تاب‌آوری برای اعتبار و پایایی اهداف پژوهشی معتبر محسوب می‌شود (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). پایایی و روایی فرم فارسی تاب‌آوری نیز در مطالعات مقدماتی نمونه‌های بهنجار و بیمار مورد بررسی و تایید قرار گرفته است (بشارت، ۱۳۸۶).

۲- پرسش‌نامه‌ی آمادگی اعتیاد^۱: مقیاس آمادگی به اعتیاد توسط وید و بوچر، مک‌کنا و بن پورات^۲ (۱۹۹۲) ساخته شد و تلاش‌هایی در جهت تعیین روایی آن در کشور ایران صورت گرفته است. این پرسش‌نامه نسخه ایرانی آمادگی به اعتیاد است که با توجه به شرایط روانی-اجتماعی جامعه ایرانی توسط زرگر (۱۳۸۵) ساخته شد. این پرسش‌نامه از دو عامل تشکیل شده و دارای ۳۶ ماده به اضافه ۵ ماده دروغ‌سنج می‌باشد. نمره‌گذاری هر سؤال بر روی یک پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) می‌باشد. البته، این شیوه‌ی نمره‌گذاری در سؤالات شماره ۶، ۱۲، ۱۵، ۲۱ به صورت معکوس انجام می‌گیرد. این پرسش‌نامه دارای ۵ عامل دروغ‌سنج می‌باشد که شامل سؤالات شماره ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ می‌شود. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسش‌نامه باید مجموع امتیازات همه سؤالات (به غیر از مقیاس دروغ‌سنج) را با هم جمع نمود. این نمره‌ی دامنه‌ای از ۰ تا ۱۰۸ را خواهد داشت. نمره‌ی بین ۰ تا ۳۶ بیانگر آمادگی فرد پاسخ‌دهنده برای اعتیاد در حد پایین است، نمره بین ۳۶ تا ۵۴ بیانگر آمادگی فرد پاسخ‌دهنده برای اعتیاد در

1. Addiction Potential Scale (APS)

2. Weed & Butcher, McKenna & Ben-Porath

حد متوسط است و نمره‌ی بالاتر از ۵۴ بیانگر آمادگی فرد پاسخ‌دهنده برای اعتیاد در حد بالا می‌باشد. نمرات بالاتر به منزله آمادگی بیشتر فرد پاسخ‌دهنده برای اعتیاد می‌باشند و برعکس. این پرسش‌نامه ترکیبی از دو عامل آمادگی فعال و آمادگی منفعل می‌باشد. آمادگی فعال مربوط به رفتارهای ضداجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت به مواد، افسردگی و هیجان‌خواهی می‌باشد و در عامل دوم (آمادگی منفعل) بیشترین ماده‌ها مربوط به عدم ابراز وجود و افسردگی می‌باشد. در پژوهش زرگر (۱۳۸۵)، جهت محاسبه روایی این مقیاس از دو روش استفاده شد. در روایی ملاکی، پرسش‌نامه آمادگی به اعتیاد دو گروه وابسته به مواد و غیر وابسته را به خوبی از یکدیگر متمایز کرده است. روایی سازه مقیاس از طریق همبسته کردن آن با مقیاس ۲۵ ماده‌ای فهرست بالینی علائم بالینی ۰/۴۵ محاسبه شده است که معنی‌دار می‌باشد. اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شده است که در حد مطلوب می‌باشد (زرگر، نجاریان و نعیمی، ۱۳۸۷).

روش اجرا

در پژوهش حاضر برای انجام مداخله و جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، پس از اخذ مجوزهای لازم، یکی از دبیرستان‌های دخترانه دوره متوسطه‌ی دوم شهر ملایر به صورت تصادفی انتخاب و جلسه‌ی توجیهی اولیه‌ای برای تمامی دانش‌آموزان مورد نظر برگزار شد. به منظور غربال کردن دانش‌آموزان دارای آمادگی اعتیاد، پرسش‌نامه‌ی آمادگی اعتیاد اهواز (۱۳۸۵)، در اختیار ۳۰۰ نفر از دانش‌آموزان این مدرسه قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد در تکمیل کردن این پرسش‌نامه دقت کنند. سپس ۳۴ نفر از افرادی که بالاترین نمره را در این پرسش‌نامه کسب کرده بودند، انتخاب و به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۷ نفر) و کنترل (۱۷ نفر) تقسیم شدند. سپس، جلسه‌ای توجیهی دیگری برگزار شد و در آن اهداف و کلیات طرح پژوهشی تا اندازه‌ای که منجر به سوگیری در نتایج و تغییر کنش‌های ایشان نشود، برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و مجدداً از آن‌ها خواسته شد در تکمیل کردن پرسش‌نامه‌هایی که در روند اجرای پژوهش به آن‌ها ارائه می‌شود، نهایت دقت را داشته باشند. برای اعضای گروه آزمایش ملاک حذف آزمودنی‌ها، سه جلسه غیبت از برنامه آموزش تعیین و به ایشان اعلام شد. سپس، در

همان جلسه از همه آزمودنی‌ها توسط پرسش‌نامه‌ی تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، پیش‌آزمون به عمل آمد. یک هفته بعد، به مدت ۶ هفته‌ی پایانی، ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بسته کامل مداخله مهارت‌های زندگی برای گروه آزمایش اعمال شد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. سرانجام، از هر دو گروه پس‌آزمون به‌وسیله پرسش‌نامه‌های تاب‌آوری و آمادگی اعتیاد به عمل آمد. پروتکل آموزش مهارت‌های زندگی براساس آموزش مهارت‌های زندگی طارمیان، ماجویی و فتحی (۱۳۸۷) استفاده شد که شامل ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای است و در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش مهارت‌های زندگی

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، ارائه‌ی کلیاتی در باب مهارت‌های زندگی، انواع و کاربرد آن و اجرای پیش‌آزمون.
دوم	ارائه‌ی تعریف خودآگاهی، شناخت موانع خودآگاهی، معرفی انواع خود، ویژگی‌های افراد خودآگاه، جمع‌بندی و ارائه‌ی تکلیف.
سوم	بررسی تکالیف خانگی جلسه‌ی قبل، ارائه‌ی تعریف همدلی، زمینه‌های بروز رفتار همدلانه و راه‌های تقویت همدلی، جمع‌بندی و ارائه‌ی تکلیف.
چهارم	بررسی تکالیف خانگی جلسه‌ی قبل، ارائه‌ی تعریفی از مهارت روابط بین‌فردی، بررسی عوامل تاثیرگذار در روابط بین‌فردی و ارائه‌ی راه‌کارهایی برای تقویت آن و جمع‌بندی و ارائه‌ی تکلیف.
پنجم	بررسی تکالیف خانگی جلسه‌ی قبل، ارائه‌ی تعریفی از ارتباط موثر، ارائه‌ی عواملی برای ارتباط موثر با دیگران، شناخت انواع سبک‌های ارتباطی و جمع‌بندی و ارائه‌ی تکلیف.
ششم	بررسی تکالیف خانگی جلسه‌ی قبل ارائه‌ی تعریفی از مهارت مقابله با استرس و اهمیت آن، شناخت علائم جسمی، رفتاری، شناختی و عاطفی ناشی از استرس، بررسی راه‌های مقابله با استرس (مقابله‌های هیجان‌مدار و مسئله‌مدار)، ویژگی‌های افراد مقاوم در برابر استرس، ارائه‌ی راه‌کارها و تکنیک‌هایی برای کاهش نشانه‌های استرس و جمع‌بندی و ارائه‌ی تکلیف.
هفتم	بررسی تکالیف خانگی جلسه‌ی قبل، ارائه‌ی تعریفی از هیجان و مدیریت هیجانی، ارائه‌ی تعریفی از خشم و ماهیت آن، ارائه‌ی راه‌کارهایی برای غلبه بر خشم، ارائه‌ی تعریفی از جرات‌ورزی و مهارت نه گفتن، ارائه‌ی روش‌های عملی برای جرات‌مندشدن و جمع‌بندی و ارائه‌ی تکلیف.
هشتم	بررسی تکالیف خانگی جلسه‌ی قبل، ارائه‌ی تعریفی از مهارت حل مسئله، ارائه‌ی روش حل مسئله و مراحل آن و انواع مقابله، ویژگی‌های افراد فاقد توانایی حل مسئله و جمع‌بندی و ارائه‌ی تکلیف.

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش مهارت‌های زندگی

جلسه	محتوای جلسات
نهم	بررسی تکالیف خانگی جلسه‌ی قبل، ارائه‌ی تعریفی از تصمیم‌گیری، مراحل اصلی در تصمیم‌گیری و جمع‌بندی و ارائه‌ی تکلیف.
دهم	بررسی تکالیف خانگی جلسه‌ی قبل، ارائه‌ی تعریفی از خلاقیت و مهارت تفکر خلاق، ویژگی‌های افراد خلاق، فواید داشتن تفکر خلاق، بررسی راه‌های پرورش تفکر خلاق در خود و دیگران و جمع‌بندی و ارائه‌ی تکلیف.
یازدهم	بررسی تکالیف خانگی جلسه‌ی قبل، ارائه‌ی تعریفی از تفکر نقادانه، اصول تفکر نقادانه، ویژگی‌های افراد دارای تفکر نقادانه، موانع تفکر نقادانه، راه‌های پرورش تفکر نقادانه، اخلاق گفتگو در تفکر انتقادی و جمع‌بندی و ارائه‌ی تکلیف.
دوازدهم	خلاصه و جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در دو گروه کنترل و آزمایش به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه‌ها	شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
تاب‌آوری	آزمایش	میانگین	۴۵/۵۳	۵۵/۱۲
		انحراف معیار	۸/۳۷	۵/۳۱
	کنترل	میانگین	۴۵/۵۹	۴۶/۵۹
		انحراف معیار	۸/۴۴	۷/۱۲
آمادگی به اعتیاد	آزمایش	میانگین	۵۹/۰۰	۵۲/۷۶
		انحراف معیار	۴/۷۷	۳/۶۳
	کنترل	میانگین	۶۳/۵۳	۶۲/۷۶
		انحراف معیار	۷/۶۰	۷/۷۹

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون متغیر تاب‌آوری در گروه آزمایش ۴۵/۵۳ و ۸/۳۷ و در گروه کنترل ۴۵/۵۹ و ۸/۴۴ است. میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون این متغیر در گروه آزمایش ۵۵/۱۲ و ۵/۳۱ و در گروه کنترل ۴۶/۵۹ و ۷/۱۲ است. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون متغیر آمادگی اعتیاد در

گروه آزمایش ۵۹/۰۰ و ۴/۷۷ و در گروه کنترل ۶۳/۵۳ و ۷/۶۰ است. میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون این متغیر در گروه آزمایش ۵۲/۷۶ و ۳/۶۳ و در گروه کنترل ۶۲/۷۶ و ۷/۷۹ است.

برای بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر تاب‌آوری از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. در تجزیه و تحلیل کوواریانس رعایت برخی از مفروضه‌ها (مانند نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی شیب خط رگرسیون و همگنی واریانس‌ها) الزامی است. در این پژوهش نیز ابتدا به بررسی این مفروضه‌ها پرداخته شد و سپس از آنجایی که این مفروضه‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (آماره Z بین ۰/۱۱ تا ۰/۱۷، $p > ۰/۰۵$)، همگنی شیب خط رگرسیون ($F = ۲/۰۰$)، $p > ۰/۰۵$ ، و همگنی واریانس‌ها ($F = ۲/۸۲$)، $p > ۰/۰۵$) برقرار بودند، از تجزیه و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره به منظور مقایسه‌ی میانگین نمره‌های تاب‌آوری دانش‌آموزان در گروه‌های آزمایش و کنترل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: تجزیه و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای مقایسه‌ی میانگین نمره‌های تاب‌آوری دو گروه در پس‌آزمون

منبع تغییرات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۴/۴۱	۰/۰۵*	۰/۱۲
گروه	۱۲/۹۷	۰/۰۰۲**	۰/۲۹

* $p < ۰/۰۵$ ** $p < ۰/۰۱$

جدول ۳ نشان داد که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، آموزش مهارت‌های زندگی موجب تفاوت معنادار بین گروه آزمایش و کنترل در میانگین نمرات تاب‌آوری شد ($F = ۱۲/۹۷$)، $p < ۰/۰۱$). به عبارت دیگر، آموزش مهارت‌های زندگی باعث افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر تاب‌آوری دانش‌آموزان با آمادگی به اعتیاد بود. یافته‌ی پژوهش نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل‌شده گروه

آزمایش و کنترل از لحاظ تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود داشت. بدین صورت که، آموزش مهارت زندگی باعث افزایش معنادار در میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان گروه آزمایش شده بود. بنابراین، نتیجه‌ی پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. یافته‌ی پژوهش حاضر در این زمینه به نوعی با یافته‌های پژوهش‌های احمدی‌طهورسلطانی و همکاران (۱۳۹۲)؛ ال‌سید، و همکاران (۲۰۱۹)؛ هونگ و همکاران (۲۰۱۸)؛ کاور^۱ (۲۰۱۶) و جگاناتان و همکاران (۲۰۱۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان این‌گونه استدلال کرد که آموزش مهارت‌های زندگی موجب افزایش آگاهی فرد نسبت به توانمندی‌های خود می‌شود. به طوری که، فرد می‌تواند به طور مثبتی به خود بنگرد و قادر باشد از توانمندی‌های خود در رفع مشکلات و ارتقاء ابعاد زندگی استفاده نماید. این امر به نوبه‌ی خود موجب می‌شود که ویژگی‌های شخصیتی، روانی و عاطفی او افزایش یابد و عواملی همچون استرس، اضطراب و یا سایر حالات منفی خلق کاهش یافته و مقاومت فرد در برابر رویدادها بهبود یابد. در همین رابطه، بارلو، پاول، گیلچریس و فوتیادو^۲ (۲۰۰۸) اظهار داشتند که آموزش مهارت‌های زندگی باعث بالفعل شدن دانش و نگرش افراد به توانمندی‌های خود شده و شرایط سازگاری آن‌ها را با محیط‌های گوناگون فراهم می‌سازد و به آن‌ها کمک می‌کند تا با شیوه‌هایی که مورد قبول خانواده و جامعه است با موقعیت‌های روزمره مواجه شوند. آموزش مهارت‌های زندگی با تکیه بر مباحثی که می‌توانند افراد را در مواجهه با بحران‌ها و شرایط حاد مجهز نماید و در جهت افزایش مقاومت آن‌ها در برابر مشکلات عمل نمایند، مفید واقع می‌گردد.

آموزش مهارت‌های زندگی برای این نوجوانان به منظور بیان و سهیم شدن در تجربیات فردی، مطرح می‌شود. مهارت‌های زندگی می‌تواند فضایی را ایجاد کند که با وجود انکار و فرافکنی ایجاد شده، ویژگی‌های دفاعی سالم و رشد یافته بارور شوند. مهارت‌های زندگی از طریق ایجاد همدلی، شنیدن، حمایت، بیان احساسات و سهیم شدن در تجربیات یکدیگر سبب عدم گرایش به سمت اعتیاد می‌گردد. سهیم شدن در تجربه، دلگرمی و

امکان بیان احساسات، تعلق خاطر افراد را به یکدیگر افزایش داده و حتی سبب گسترش ارتباط با دیگران می‌شود. شرکت در جلسات آموزش مهارت‌های زندگی امکان ارتباط بین هم‌تایان را افزایش داده و فضایی ایجاد می‌کند که در آن مشکلات افراد نه تنها شنیده و فهمیده می‌شوند، بلکه برای رفع آن‌ها تمام اعضا سهیم شده و مورد حمایت همدیگر قرار می‌گیرند. سرانجام، حل مسئله و برنامه‌ریزی در طول جلسات می‌تواند منجر به افزایش تاب‌آوری موثر باشد. آموزش مهارت‌های زندگی فرد را قادر می‌سازد تا دانش، ارزش‌ها و نگرش‌ها را به توانایی‌های بالفعل تبدیل کند. به طور کلی، آموزش مهارت‌های زندگی با درگیر کردن نوجوانان در روش‌های مشارکتی و تعاملی و آموزش این که چطور فکر کنند به جای این که به چه چیزی فکر کنند، ابزار نیرومندی برای یادگیری سه حوزه‌ی مهارت‌های شناختی، اجتماعی و بین‌فردی و مهارت‌های سازگاری هیجانی در اختیار آن‌ها قرار می‌دهد.

آموزش این مهارت‌ها در نوجوانان موجب می‌شود که آن‌ها استعدادها و توانایی‌های فردی خود را کشف کنند و به خودآگاهی بیشتری در مورد خود دست پیدا کنند. توانایی شناخت واقعی خود موجب مقابله‌ی بهتر نوجوانان در رویارویی با فشارهای زندگی می‌شود. در واقع، رشد خودآگاهی در نوجوانان موجب می‌شود که استعدادهای خود را بشناسند و در جهت پرورش آن‌ها گام بردارند. بنابراین، با افزایش ادراک فرد از کفایت خود، تاب‌آوری در وی افزایش می‌یابد (ویچولد، ۲۰۱۶). اگر فرد برداشت مثبتی از توانایی‌های خود داشته باشد و به این باور برسد که می‌تواند به آن چیزی که استعدادش را دارد دست یابد، این شناخت باعث افزایش بازدهی و کارآمدی و تحقق اهداف او می‌شود. انگیزه‌ی نوجوانان به زندگی مثبت زمانی افزایش می‌یابد که به آن‌ها کمک شود که خود را درک کنند و به خویشتن خویش احترام بگذارند.

افراد با سطح مهارت‌های زندگی بالا، احساس تعلق بیشتری می‌کنند و در مواجهه با چالش‌های زندگی توانمندی و تحمل بیشتری دارند و در برابر استرس‌ها و مشکلات، بیشتر تاب می‌آورند. آموزش مهارت‌های زندگی موجب افزایش اطمینان به خود و ایجاد

احساس مثبت در فرد نسبت به خود می‌شود و موجب می‌شود که افراد در مواجهه با مشکلات به طرز موثرتر و فعال‌تری عمل کنند، شکایت‌های جسمانی و روانی مرتبط با تنش‌ها در آنان کاهش یابد، خوش‌بینانه‌تر رفتار کنند و نگرش مثبت‌تری داشته باشند، مهارت‌های اجتماعی آنان افزایش و استرس‌شان در موقعیت‌های اجتماعی کاهش یابد. به عبارت دیگر، آموزش مهارت‌های زندگی موجب افزایش خودکنترلی، خودکارآمدی و کاهش تکانشگری و اضطراب دانش‌آموزان می‌شود و از این طریق موجبات افزایش تاب‌آوری این قشر را فراهم می‌آورد (جبارزاده و همکاران، ۱۳۹۲). از آنجایی که استرس و اضطراب و ناتوانی در برخورد سازنده با آن‌ها از جمله عامل‌های خطر مهم گرایش به اعتیاد محسوب می‌شوند، تاب‌آوری می‌تواند با تقویت عوامل محافظت‌کننده در محیط نوجوانان همراه با ارتقاء مهارت‌های زندگی و توانایی‌های شخصی وی و با مهار عوامل خطرآفرین در آنان، تا حد زیادی موجب پیشگیری از ابتلاء این قشر به اعتیاد شود.

به طور کلی، نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی در افزایش تاب‌آوری دانش‌آموزان با آمادگی اعتیاد اثربخش است. با توجه به نتایج به دست آمده، پیشنهاد می‌شود کارشناسان و صاحب‌نظران در نظام آموزشی تفحص کرده و مدل‌ها و روش‌های آموزشی متناسب و سازگار با نیازها و تفاوت‌های فردی و فرهنگی و سنی دانش‌آموزان را ارائه کنند. همچنین، پیشنهاد می‌گردد محیط آموزشی و یادگیری را به گونه‌ای ایجاد کنند که با طبیعت زندگی همگون باشد و به دانش‌آموزان کمک کند تا با انتظارات در حال رشد و تحول مواجه شوند. همچنین، پیشنهاد می‌شود آموزش مهارت‌های زندگی جزء لاینفک برنامه‌های درسی در مدارس و در کل دوره‌های تحصیلی شود.

مقطعی بودن اجرای پژوهش حاضر، ابزارهای خودگزارش‌دهی و محدود بودن جامعه مورد پژوهش به یک جنس از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بودند. بنابراین در تعمیم نتایج باید جوانب احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد می‌شود جهت تکرارپذیری نتایج پژوهش به اجرای پژوهش در جنس مخالف و مقاطع تحصیلی مختلف و دیگر مناطق پرداخته شود.

منابع

- احمدی‌طهورسلطانی، محسن؛ عسگری، محد و توقیری، آمینه (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش عوامل خطر ساز و افزایش عوامل محافظت‌کننده سوء مصرف مواد در نوجوانان کانون اصلاح و تربیت. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۷(۲۷)، ۱۶۰-۱۴۹.
- افشار، سارا؛ صدیقی‌ارفعی، فریبرز؛ جعفری، اصغر و محمدی، حسین (۱۳۹۴). رابطه‌ی ابعاد هوش معنوی و گرایش به اعتیاد و مقایسه‌ی آن بین دانشجویان دختر و پسر. *مجله‌ی پژوهش در دین و سلامت*، ۲(۱)، ۱۸-۱۰.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). تاب‌آوری، آسیب‌پذیری و سلامت‌روانی. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۶(۲۴)، ۳۷۳-۳۸۳.
- جبارزاده قشلاق، رویا و حاجیلو، مریم (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر. *مجموعه مقالات ششمین کنگره‌ی بین‌المللی روان‌پزشکی کودک و نوجوان*، تبریز.
- رئیس قره‌دریشلو، سجاد؛ قمری کیوی، حسین و شیخ‌الاسلامی، علی (۱۳۹۷). اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری بر انگیزش درمان و عملکرد خانواده در خانواده‌های افراد مبتلا به سوء مصرف مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۹)، ۱۸۸-۱۷۲.
- زرگر، یدالله؛ نجاریان، بهمن و نعمی، عبدالزهرا (۱۳۸۷). بررسی رابطه‌ی ویژگی‌های شخصیتی هیجان‌خواهی، جرات‌ورزی، سرسختی روان‌شناختی، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر. *مجله‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۱۵(۱)، ۹۹-۱۲۰.
- زرگر، یداله (۱۳۸۵). *ساخت مقیاس ایرانی آمادگی اعتیاد*. دومین کنگره انجمن روانشناسی ایران، تهران.
- شریعتی، عاطفه (۱۳۹۲). *مقایسه‌ی تاثیر آموزش مهارت‌های حل مسئله و مقابله با استرس به دو روش سنتی و کارگاهی بر کاهش گرایش به اعتیاد در دانشجویان پسر دانشگاه اراک در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبایی.

شریفیان‌ثانی، مریم؛ کریمی، صلاح‌الدین؛ رفیعی، حسن؛ محمدی، فرحناز و قاسم‌زاده، داوود (۱۳۹۱).
شناسایی فرایند تاب‌آوری نوجوانان و جوانان در برابر سوء‌مصرف مواد. فصلنامه‌ی رفاه اجتماعی،
۱۲(۴۵)، ۴۴۲-۴۱۱.

شریفی، آمنه (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر افزایش مهارت‌های ارتباطی
موثر و حرمت به خود در دانش‌آموزان دختر پایه‌ی دوم و سوم دبستان‌های شهر تهران در سال
۹۰-۱۳۸۹. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه شهید بهشتی.

شیخ‌الاسلامی، علی (۱۳۹۷). نقش مهارت‌های شغلی در عدم بازگشت به مصرف مواد. فصلنامه سلامت
اجتماعی، ۵(۱۷)، ۵۶-۳۷.

شیخ‌الاسلامی، علی و احمدی، شیلان (۱۳۹۶). علل گرایش به مصرف مواد. اردبیل: انتشارات محقق
اردبیلی.

شیخ‌الاسلامی، علی و محمدی، نسیم (۱۳۹۵). نقش شغل در درمان بهبودیافتگان از اعتیاد. فصلنامه‌ی
سلامت اجتماعی، ۳(۱۲)، ۳۸-۱۳.

شیخ‌الاسلامی، علی؛ کیانی، احمدرضا؛ احمدی، شیلان و سلیمانی، اسماعیل (۱۳۹۵). پیش‌بینی گرایش
به مصرف مواد براساس سیستم‌های فعال‌ساز و بازدارنده‌ی رفتاری، انعطاف‌پذیری شناختی و تحمل
آشفتگی در دانش‌آموزان. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۰(۳۹)، ۱۲۸-۱۰۹.

طارمیان، فرهاد؛ ماهجویی، مازیار و فتحی، طاهر (۱۳۸۷). مهارت‌های زندگی. تهران: انتشارات تربیت
چاپ دوم.

عسکری، سعید؛ زکیی، علی و علیخانی، مصطفی (۱۳۹۰). بررسی رابطه‌ی ویژگی‌های شخصیتی
(نورزگرایی، پسیکوزگرایی و برون‌گردی) و پایگاه مهارگری با آمادگی برای اعتیاد در میان
دانشجویان پسر. مجله‌ی علوم روان‌شناختی، ۱۰(۴۰)، ۴۹۷-۴۸۵.

فرخی، فریبا؛ نارنجی، فرشته؛ صالحی، بهمن؛ مهربانی‌رزوه، فاطمه و رفیعی، محمد (۱۳۹۴). تاثیر آموزش
مهارت زندگی بر روی کیفیت زندگی زنان یائسه. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان،
۲۳(۴)، ۵۴-۶۴.

- قره‌نژادنوغانی، سارا (۱۳۹۰). بررسی عوامل موثر بر آمادگی به اعتیاد در دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های دولتی شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبائی.
- مامی، شهرام؛ احدی، حسن؛ عنایتی، میرصلاح‌الدین و مظاهری، محمد مهدی (۱۳۹۱). پیش‌بینی مدل گرایش به اعتیاد مبتنی بر عوامل شخصیتی (NEO) بواسطه متغیر میانجی سلامت روان. *مجله‌ی علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱(۶)، ۲۴۸-۲۵۶.
- محمدخانی، شهرام (۱۳۸۵). مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر: ارزیابی اثر آموزش مهارت‌های زندگی بر شادکامی، کیفیت زندگی و تنظیم هیجانی دانشجویان دانشگاه تربیت معلم. پایان‌نامه‌ی دکتری، چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- مرتضوی، نرگس سادات و یاراللهی، نعمت‌الله (۱۳۹۴). فراتحلیل رابطه‌ی بین تاب‌آوری و سلامت روان. *مجله‌ی اصول بهداشت روانی*، ۱۷(۳)، ۱۰۸-۱۰۳.

References

- Barlow, J. H., Powell, L. A., Gilchrist, M., & Fotiadou, M. (2008). The effectiveness of the Training and Support Program for parents of children with disabilities: a randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(1), 55-62.
- Chen, Y. L., Lee, T. C., Chen, Y. T., Lo, L. C., Hsu, W. Y., & Ouyang, W. C. (2019). Efficacy of Electroacupuncture Combined with Methadone Maintenance Therapy: A Case-Control Study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2019, 7032581, <https://doi.org/10.1155/2019/7032581>
- 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.
- El Sayed, H. A. E., Ali, R. A. E. S., Ahmed, F. M., & Mohy, H. F. (2019). The Effect of Life Skills Intervention on Social Self Efficacy for Prevention of Drug Abuse among Young Adolescent Students at Benha City. *American Journal of Nursing*, 8(5), 263-273.
- Fei, J. T. B., Yee, A., Habil, M. H. B., & Danaee, M. (2016). Effectiveness of methadone maintenance therapy and improvement in quality of life following a decade of implementation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 69, 50-56.
- Hart, P. L., Brannan, J. D., & De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 720-734.
- Heather, N. (2017). Is the concept of compulsion useful in the explanation or description of addictive behaviour and experience? *Addictive Behaviors Reports*, 6, 15-38.

- Huang, S. F., Zheng, W. L., Liao, J. Y., Huang, C. M., Lin, T. Y., & Guo, J. L. (2018). The effectiveness of a theory-based drama intervention in preventing illegal drug use among students aged 14–15 years in Taiwan. *Health Education Journal*, 77(4), 470-481.
- Jegannathan, B., Dahlblom, K., & Kullgren, G. (2014). Outcome of a school-based intervention to promote life-skills among young people in Cambodia. *Asian Journal of Psychiatry*, 9, 78-84.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Miech, R. A., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2017). *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2016*. Volume II, college students and adults ages 19-55, <http://hdl.handle.net/2027.42/137913>
- Kaur, M. (2016). Life Skills among school going adolescents in relation to certain personal variables. *MIER Journal of Educational Studies, Trends and Practices*, 4(2), 218-230.
- O'Connor, M., & Batcheller, J. (2015). The resilient nurse leader. *Nursing Administration Quarterly*, 39(2), 123-131.
- Riley, A. L., Hempel, B. J., & Clasen, M. M. (2018). Sex as a biological variable: Drug use and abuse. *Physiology & Behavior*, 187, 79-96.
- Weed, N. C., Butcher, J. N., McKenna, T., & Ben-Porath, Y. S. (1992). New measures for assessing alcohol and drug abuse with the MMPI-2: The APS and AAS. *Journal of Personality Assessment*, 58(2), 389-404.
- Weichold, K. (2016). The effectiveness of the life skills program ipsoy for the prevention of adolescent tobacco use: The mediating role of yielding to peer pressure. *The Journal of Early Adolescence*, 36(7), 881-908.
- World Drug Report. (2015). United Nations Office on Drugs and Crime (UNOD).
- World Health Organization. (2013). *Skills for health: Skills-based health education including life skills: An important component of a child-friendly/health-promoting school*.