

تاب‌آوری در زنان وابسته به مواد

الهام کاظمی مهیاری^{۱*}، سید رضا میرمهدی^۲، سید علی آل یاسین^۳، حسین داوودی^۴

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین، خمین، ایران

^۲ گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ؟؟؟، ایران

^۳ گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین، خمین، ایران

^۴ گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین، خمین، ایران

چکیده

مطالعه حاضر با هدف مقایسه تاب‌آوری در زنان وابسته به مواد و عادی انجام شد. پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل دو گروه، گروه اول کلیه زنان وابسته به مواد در کمپ‌های ترک اعتیاد و گروه دوم کلیه زنان عادی شهر اصفهان بود. بدین منظور با توجه به ملاک‌های ورود و خروج تعداد ۳۰ نفر از زنان وابسته به مواد به روش نمونه‌گیری هدفمند و ۳۰ نفر زنان عادی به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. به‌منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون و پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته استفاده شد. نتایج تحلیل t مستقل نشان داد در مقایسه تاب‌آوری زنان وابسته به مواد و عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.05$). به‌طوری‌که زنان سالم به‌طور معناداری دارای تاب‌آوری بالاتر نسبت به زنان وابسته به مواد بودند. درنتیجه تاب‌آوری از متغیرهای تأثیرگذار بر آسیب‌پذیری روانی افراد وابسته به مواد به‌ویژه زنان معتاد است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد تاب آور در شرایط ناگوار و هنگام تجربه هیجانات منفی می‌توانند سازگاری و سلامت روانی خود را حفظ کنند و از انعطاف بیشتری برخوردارند، این افراد کمتر مستعد مصرف مواد هستند.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری؛ زنان وابسته به مواد؛ اعتیاد؛ معتاد

مقدمه

اعتیاد، بیماری روانی عودکننده و مزمنی است که به اختلال‌های انگیزشی شدید و فقدان تسلط رفتاری منجر می‌شود. وابستگی و سوءمصرف مواد یک بیماری است. اختلال وابستگی به مواد، معمایی بسیارپیچیده، چند وجهی و با ابعاد جهانی است. وجوه مختلف این اختلال عبارتند از: توجه امنیتی، وجه سیاسی، وجه فرهنگی و اقتصادی و مهمترین وجه، وجه طبی، فیزیولوژیک و روانشناسی است. منظور از وجه اخیر این است که مصرف ماده وابستگی آور، تغییرات فیزیولوژیکی و حتی در دراز مدت، تغییرات بافتی دیر بازگشت یا برگشت ناپذیر، درمغز پدید می‌آورد (نابدل، ۱۳۸۹). سوءمصرف مواد یک موضوع خاص مورد توجه روانشناسان بالینی و روانپزشکان است، چراکه این مسئله دارای عواقب سوء منفی در اقبال مختلف جامعه است (جزایری هژیر، پورشه‌باز و رضایی، ۱۳۸۳). جنسیت عاملی است که پژوهش‌های پیش بالینی حوزه سوءمصرف مواد درانسان همواره نادیده گرفته می‌شود. تا حدود ۱۸ سال پیش، بیشتر مطالعات درمورد مواد سوءمصرفی، شامل زنان نمی‌شد که بخشی ازاین مساله به دلیل خطربارداری بود، اما به دلیل افزایش تعداد زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد به ویژه زنان باردار مصرف‌کننده و زنان مبتلا به ایدز، موسسات ملی سلامت چنین تشخیص دادند که نه تنها مطالعات باید دربردارنده زنان باشند، بلکه تمرکز مطالعات باید بر مساله زنان باشد. درپاسخ به این نیاز، روز به روز به تعداد پژوهش‌ها درمورد تفاوت‌های بین جنس مذکر و مونث از نظر مصرف مواد و تفاوت‌های جنسیتی درتحقیقات افزوده می‌شود (وثرینگتون، ۲۰۰۷، نقل از عسگری تلاوت، ۱۳۹۲). به نظر می‌رسد اعتیاد در زنان ویژگی‌های خاصی دارد. توجه به این ویژگی‌ها به پیش‌بینی سیر اختلال و برنامه ریزی‌های درمان کمک کند (قربانی و ملازاده، ۱۳۹۳).

اطلاعات حاصل از پژوهش درزمینه استفاده از مواد و بهداشت بر اساس داده‌های بدست آمده از مطالعات ملی درحوزه سلامت و مصرف مواد مخدر که از سال ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۶ به اجرا درآمده، نشان می‌دهد که به طورمتوسط سالانه ۶٫۳ میلیون نفر از زنان بین سنین ۱۸ تا ۴۹ سال، نیازمند دریافت خدمات درمانی جهت حل مشکل مصرف مواد مخدرمی‌باشند، از این میان (۸۵ درصد) متوجه نیاز خود به درمان نبوده و یا درمان نشدند. رایج‌ترین دلایل ذکر شده برای عدم درمان این موارد بودند: عدم آمادگی برای قطع مصرف مواد (۳۶

* پست الکترونیک نویسنده مسئول: elhamkm64@gmail.com

این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد الهام کاظمی مهیاری است و ستاد مبارزه با مواد استان اصفهان سازمان حامی آن می‌باشد.

درصد)، کمبود پشتوانه مالی (۳۴ درصد) و برچسب خوردن از طرف جامعه (۲۹ درصد) (اداره خدمات بهداشت روانی و سومصرف مواد ایالت متحده، ۲۰۰۷، نقل از عسگری تلاوت، ۱۳۹۲). از سویی دیگر اخیراً محققان از نقش عوامل مثبت و محافظت‌کننده در زندگی افراد و تاثیر آن بر مصرف مواد آگاه شده اند (فرگوس و زیرمن، ۲۰۰۵). این تغییر همواره به سمت عوامل محافظت‌کننده با رشد مطالعات در حوزه تاب‌آوری بوده است (کگلر و همکاران، ۲۰۰۵؛ هسه و گرایدون، ۲۰۰۹). تاب‌آوری، توانایی مقاومت در برابر استرس و بازگشت به تعادل طبیعی پس از تجربه عوامل استرس‌زا تعریف می‌شود (ورنر، ۲۰۰۴). نظریه‌های فعلی تاب‌آوری را سازه‌ای چند بعدی متشکل از متغیرهای سرشتی مانند مزاج و شخصیت، همراه با مهارت‌های مخصوص حل مساله می‌دانند (کمپیل-سیلز، کوهن و استین، ۲۰۰۶). شواهد نشان می‌دهد که افراد تاب‌آور به احتمال کمتری جذب رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد می‌شوند (کومو، سارچیان، گیاناتونیو، مانچینی و روی، ۲۰۰۸؛ بونانو، ۲۰۰۷؛ باکتر، مزاکاپا و بردسلی، ۲۰۰۳). چشمه سنگی و کردتیمینی (۱۳۹۵) در پژوهشی نشان دادند رفتار جراتمندانه نقش پیش‌بینی‌کننده مثبتی در خود تاب‌آوری داشت. همچنین میانگین نمرات رفتار جراتمندانه و خودتاب‌آوری زنان معتاد با توجه به گروه‌های سنی و سطح تحصیلات تفاوت دارد. آلورد، بوگار و هالس-کیلیکی (۲۰۰۶) معتقدند تاب‌آوری به مهارت‌ها و توانمندی‌هایی اشاره دارد که فرد را قادر می‌سازد با سختی‌ها، مشکلات و چالش‌ها سازگار شود. هرچند برخی از ویژگی‌های تاب‌آوری قابل آموزش می‌باشد، با یک جمع بندی کلی می‌توان تاب‌آوری را شامل موارد زیر دانست: حفظ آرامش زیر فشار، انعطاف‌پذیری در مواجهه با موانع، اجتناب از راهبردهای فرسایشی، حفظ خوش بینی و احساسات مثبت به هنگام دشواری و خلاص شدن از موانع درونی. فرد تاب‌آور به طور عادی قادر به تفکر خلاقانه و منعطف درباره حل مسائل است. یعنی هر وقت که نیاز داشته باشد از افراد دیگر کمک می‌خواهد و از شایستگی حل مشکلات مربوط به خود و دیگران برخوردار است. افراد تاب‌آور درجه‌هایی از سلامتی و استقلال را نشان می‌دهند. آنها قادرند که خود فکر کنند و آن را عملی سازند. آنها می‌توانند نظرات انتقادی خود را به دیگران انتقال دهند. آنها احساسات خوبی نسبت به اطرافیان دارند و به توانایی خود برای تغییر دادن محیط شان باور دارند. در این پژوهش تلاش بر این است که با دسترسی به اطلاعات بیشتر، زوایای جدیدی از تاثیرات وابستگی به مواد در تاب‌آوری زنان وابسته به مواد در زندگی فردی و اجتماعی مشخص شود و با الهام از این یافته‌ها بتوان به کمک روانشناسان و روانپزشکان برنامه‌های توان بخشی شناختی و تخصصی برای آماده سازی این افراد جهت ورود به زندگی فردی، اجتماعی، شغلی و افزایش تاب‌آوری آنها در برابر مشکلات و کنترل میل شدید به مصرف مواد را طراحی نمود. هدف پژوهش حاضر، مقایسه تاب‌آوری زنان وابسته به مواد و عادی بود و با توجه به مطالب ذکر شده، فرضیه پژوهش حاضر به این صورت بود که، بین تاب‌آوری زنان وابسته به مواد و عادی تفاوت وجود دارد.

روش

شرکت‌کنندگان

جامعه آماری شامل دو گروه، یک گروه را کلیه زنان وابسته به مواد شهر اصفهان که در فروردین سال ۹۶ در کمپ ترک اعتیاد میان مدت اقامت داشتند و گروه دوم کلیه زنان سالم شهر اصفهان بدون سابقه مصرف مواد، تشکیل می‌دادند. حجم نمونه به تعداد ۶۰ نفر زن (هر گروه ۳۰ نفر) با ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان شامل دامنه سنی (۲۰ تا ۵۰ سال)، میزان تحصیلات (ابتدایی تا لیسانس)، وضعیت تاهل (مجرد-متاهل) انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری غیرتصادفی به شیوه هدفمند برای انتخاب نمونه گروه زنان وابسته به مواد استفاده شد که از یک کمپ ترک اعتیاد زنان دارای مجوز در اصفهان تعداد ۳۰ نفر زن وابسته به مواد در طی چند دوره (با توجه به ملاک‌های ورود پژوهش) انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه گروه کنترل (زنان سالم) روش نمونه‌گیری تصادفی به شیوه خوشه‌ای بود، بدین صورت از استان اصفهان، منطقه ۴ به طور تصادفی انتخاب و از این منطقه یک محله انتخاب شد و سپس ۳۰ نفر زن دارای سلامت روانی، فقدان اختلال‌های روان شناختی، بدون سابقه مصرف مواد و از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی مطابق با گروه زنان وابسته به مواد با استفاده از مصاحبه ساختاریافته، هم‌تا و انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان در پژوهش شامل: حداقل ۶ ماه سابقه مصرف مواد و دارا بودن ملاک‌های تشخیص براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم (بدون همبودی یا وجود اختلال‌های محور یک و دو به تشخیص روانشناس بالینی) برای گروه وابسته به مواد، موافقت برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج طی مصاحبه ساختاریافته بررسی گردیدند و شامل عدم رضایت به شرکت در پژوهش و داشتن همبودی یا وجود اختلال‌های محور یک و دو و مصرف داروهای تضعیف‌کننده یا محرک موثر بر سیستم عصبی مرکزی در زمان اجرای پژوهش بودند. پژوهش حاضر از دسته طرح‌های پس رویدادی، نوع علی-مقایسه‌ای است.

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RIS): این پرسشنامه توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ ساخته شد و از جمله ابزارهایی است که برای سنجش تاب‌آوری ابداع شده‌اند. سازندگان این مقیاس بر این باورند که این مقیاس به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده است. این پرسشنامه ۲۵ سوال داشته، نمره‌گذاری وارونه ندارد و هیچ زیرمقیاسی نیز برای آن محاسبه نمی‌شود (جعفری و همکاران، ۱۳۸۸). نمره‌گذاری پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون، در یک مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای، کاملاً نادرست (نمره صفر)، اغلب نادرست (نمره ۱)، گاهی درست (نمره ۲)، اغلب درست (نمره ۳)، کاملاً درست (نمره ۴) نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسشنامه حداقل نمره (۰) و حداکثر نمره (۱۰۰) است و هر چه نمره فرد بالاتر باشد تاب‌آوری بیشتری دارد (جعفری و همکاران، ۱۳۸۸). ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه (۰/۸۲) به دست آمده است و افراد دارای نمره بالاتر از (۶۰) جزء افراد تاب‌آور محسوب می‌شوند (امینی و همکاران، ۱۳۹۱).

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی (دموگرافیک) پژوهشگر ساخته: این پرسشنامه شامل سوالاتی درباره اطلاعات جمعیت شناختی و اجتماعی نظیر سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات برای هر دو گروه نمونه بود.

شیوه‌ی اجرا

پس از گرفتن مجوزهای لازم و با هماهنگی ستاد مبارزه با مواد استان اصفهان به یک کمپ مجوز دار زنان، واقع در اصفهان مراجعه شد و از بین کلیه زنان وابسته به مواد نمونه‌ها انتخاب و پس از جلب اعتماد و توضیح محرمانه بودن اطلاعات و هدف از اجرای پژوهش، پرسشنامه‌ها به صورت فردی و در مکانی آرام، در یک جلسه ابتدا پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی پژوهشگر ساخته (سن، تحصیل، وضعیت تاهل) و سپس پرسشنامه تاب‌آوری به شرکت‌کنندگان داده شد. برای انتخاب نمونه گروه زنان سالم مراحل اجرا به شیوه فردی با پرکردن پرسشنامه‌ها (تاب‌آوری) و برای هر نفر در محیطی مناسب انجام شد. همچنین سوالات پرسشنامه‌ها برای هر دو گروه توسط پژوهشگر خوانده شد تا از پر کردن پاسخ‌ها از روی بی‌توجهی و یا بی‌اهمیت رد شدن از کنار مطالب درحد امکان جلوگیری شود. به منظور رعایت و احترام به حقوق شرکت‌کنندگان در این پژوهش، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان در پرسشنامه‌ها درج نشد و یک کد تک رقمی به هر نفر تعلق گرفت. برای تجزیه تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و میانگین، انحراف معیار و آزمون T دو گروه مستقل استفاده شد.

نتایج

از میان ۳۰ نفر زن وابسته به مواد میانگین سن آنها (۳۱/۵۳) و انحراف معیار (۶/۵۶) و از ۳۰ نفر زن سالم میانگین سن آنها برابر (۳۰/۸۳) و انحراف معیار (۸/۰۷) بودند. نتایج نشان داد که در گروه وابسته به مواد، بیشترین سن افراد در بازه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال با ۱۴ نفر - ۴۶/۷ درصد، بیشترین فراوانی مربوط به متاهلین با ۲۲ نفر - ۷۳/۳ درصد، همچنین بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات سیکل با ۱۰ نفر - ۳۳/۳ درصد بود. سپس میانگین و انحراف استاندارد متغیر تاب‌آوری در گروه‌ها ارزیابی شد که در جدول ۲ همانطور که ملاحظه می‌شود میانگین گروه وابسته به مواد برابر ۴۶/۹۰ و میانگین زنان عادی برابر ۶۲/۷۶ بود.

جدول ۱

آماره‌های توصیفی متغیر تاب‌آوری به تفکیک گروه‌ها				
متغیرها	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
تاب‌آوری	زنان وابسته به مواد	۳۰	۴۶/۹۰	۱۵/۳۴
	زنان عادی	۳۰	۶۲/۷۶	۱۳/۱۵

در مرحله بعد برای مقایسه میانگین متغیر تاب‌آوری در دو گروه از آزمون t دو گروه مستقل استفاده شد. آزمون لوین نشان داد همگنی واریانس برقرار است. برای مقایسه میانگین نمرات تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد و عادی از آزمون t مستقل استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بین میانگین نمرات تاب‌آوری افراد وابسته به مواد و عادی تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود دارد. میانگین گروه زنان عادی (۶۲/۷۶) بیشتر از زنان وابسته به مواد (۴۶/۹۰) می‌باشد. به عبارت دیگر افراد عادی از سطوح تاب‌آوری بالاتری نسبت به افراد وابسته به مواد برخوردار هستند. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می‌گردد.

جدول ۲

نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین متغیر تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد و عادی					
گروه	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	t	sig
زنان وابسته به مواد	۴۶/۹۰	۱۵/۳۴	۵۸	۴/۳۰	۰/۰۱
زنان عادی	۶۲/۷۶	۱۳/۱۵			

بحث

نتایج نشان داد که بین تاب‌آوری زنان وابسته به مواد و عادی تفاوت معناداری وجود دارد، به طوریکه میانگین نمره تاب‌آوری زنان وابسته به مواد کمتر از زنان عادی بود. به این ترتیب افراد غیرمعتاد (عادی) از تاب‌آوری بیشتری نسبت به افراد وابسته به مواد برخوردارند. این یافته با یافته‌های ادیب فر و مکوندی (۱۳۹۴)، باکتر و همکاران (۲۰۰۳)، بونانو و همکاران (۲۰۰۷)، چشمه سنگی و همکاران (۱۳۹۵)، عباسی و همکاران (۱۳۹۳)، قموشی راوندی و احمدی (۱۳۹۵) و کومو و همکاران (۲۰۰۸) همسو است. عرفانیان و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی اثربخشی گروه درمانی بر تاب‌آوری معتادین زن را سنجیدند و نتایج آنها نشان داد که گروه درمانی به شیوه روان تحلیلی بر روی تاب‌آوری زنان معتاد اثر بخش است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که تاب‌آوری به فرآیند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود. تاب‌آوری که به عنوان مقاومت در برابر استرس، رشد پس از ضربه‌ای نیز نامیده شده است، در امتداد یک پیوستار با درجات مختلف از مقاومت در آسیب‌های روان‌شناختی قرار می‌گیرد. برحسب این تعریف، تاب‌آوری، فراتر از جان سالم به دربردن از استرس‌ها و ناملایمات زندگی است و با رشد مثبت، انطباق‌پذیری و رسیدن به سطحی از تعادل پس از به وجود آمدن اختلال در وضعیت تعادل پیشین، مطابقت می‌کند (بونانو، ۲۰۰۴). شواهد نشان می‌دهد که افراد تاب‌آور با احتمال کمتری جذب رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد می‌شوند. افراد تاب‌آور در شرایط ناگوار و هنگام تجربه هیجانی منفی می‌توانند سازگاری و سلامت روانی خود را حفظ کنند. مهارت‌هایی چون حل مساله، سبک تبیینی کارآمد، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در این امر دخیل است.

حاجی حسنی، شفیع آبادی، یرساقی و بشیرپور (۱۳۹۱) بیان کردند که یکی از دلایلی که افراد و خصوصا زنان به سمت اعتیاد روی می‌آورند فقدان "نه گفتن" نسبت به درخواست و تعارفات دیگران مثل همکلاسی‌ها، دوستان، شوهر یا اعضای خانواده در ارتباط با مصرف مواد مخدر می‌باشد که این مساله خود می‌تواند باعث عدم شکل‌گیری موثر تاب‌آوری در آنها شود به طوریکه این افراد توانایی جلوگیری و به تعویق انداختن تکانه‌های خود را ندارند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که افراد وابسته به مواد به علت نداشتن مهارت حل مساله و نبود حمایت اجتماعی، تاب‌آوری پایین‌تری نسبت به افراد عادی دارند.

در تبیین این یافته پژوهشی می‌توان به نظریه ساز و کارهای دفاعی وایلانت (۲۰۰۰؛ نقل از علیزاده، ۱۳۹۲) اشاره کرد که بیان کرده سازوکارهای دفاعی که زیگموند فروید به روانشناسی معرفی کرد برای توجیه این مساله هستند که افراد چگونه به محیط خود پاسخ می‌دهند و با آن ارتباط برقرار می‌کنند. وایلانت در این نظریه تاکید کرد که سازوکارهای دفاعی با ادبیات تاب‌آوری ارتباط نزدیکی دارد به طوریکه پیامدها نه تنها با استرس‌هایی که فرد در زندگی با آنها مواجه می‌شود بلکه توسط پاسخی که فرد به این استرس‌ها می‌دهد تعیین می‌شود. همچنان که افراد معتاد در پاسخ به استرس‌های زندگی تاب‌آوری پایینی دارند.

در تبیین دیگری به تاب‌آوری می‌توان به نظریه شناختی اجتماعی بندورا اشاره کرد که رفتار انسان را برحسب تعامل بین شناخت، رفتار و عوامل محیطی تبیین می‌کند و از دریچه نگاه این رویکرد، تاب‌آوری از تعامل بین عوامل محیطی، رفتاری و فردی به وجود می‌آید و انسانها با رفتارشان می‌توانند وقایع و رویدادها را کنترل نمایند که در خصوص افراد با تاب‌آوری ضعیف مطابق این نظریه می‌توان نتیجه گرفت که زنان وابسته به مواد به علت مصرف مزمن مواد مخدر قادر به کنترل رفتارشان بر وقایع و رویدادهای محیطی اطراف خود نیستند. در نتیجه آنها به علت تاب‌آوری پایین در شرایط سخت به میزان بیشتری به اختلالات دچار می‌شوند و یا در صورت مواجهه با موقعیت‌های دشوار و تنیدگی‌زا نمی‌توانند سریع تر به حالت اولیه برگردند، از انعطاف‌پذیری کمتری برخوردارند و به روش ناسازگارانه عمل می‌کنند. در مقابل افراد با تاب‌آوری بالا، با داشتن انعطاف‌پذیری بالا، اعتماد به نفس بیشتری داشته و از سازگاری روانی بهتری برخوردارند. این افراد کمتر مستعد مصرف و یا سوءمصرف مواد هستند.

در نتیجه می‌توان گفت افرادی که تاب‌آوری آنها در برابر مشکلاتی که با آن مواجه می‌شوند کم است، سلامت عمومی کمتری خواهند داشت که احتمالا معتادان هم جزو همین دسته از افراد هستند که به علت داشتن منبع کنترل بیرونی و عدم اعتماد به مهارت‌ها و توانایی‌های خود در تحمل و ایستادگی در برابر مشکلات زندگی، به استفاده از مواد مخدر برای تسکین موقتی دردها و آلام خود روی

آورده‌اند. تقویت اعتماد به نفس، خودکارآمدی، آموزش حل مساله، تقویت جرات مندی و "نه گفتن" در زنان مصرف کننده مواد جهت افزایش تاب آوری آنها ضروری است.

سیاسگزاری: از جناب آقای دکتر سیدرضا میرمهدی و مولفان نامبرده در این پژوهش به جهت راهنمایی‌های ارزنده شان و همچنین از دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد استان اصفهان به عنوان حامی پایان‌نامه صمیمانه تشکر می‌کنم.

منابع

- ادیب فرح و مکوندی، ب. (۱۳۹۴). مقایسه تاب آوری در معتادین تحت درمان دارویی و درمان غیردارویی مراکز درمان اعتیاد بهزیستی شهرستان اهواز. *اولین همایش ملی راهکارهای توسعه و ترویج علوم تربیتی روانشناسی، شماره و آموزش در ایران*.
- جزایری، ع؛ هژیر، ف؛ پورشهباز، ع؛ و رضایی، م. (۱۳۸۳). رابطه اختلالات شخصیت ضداجتماعی و مرزی با اعتیاد به مواد مخدر در مردان ۱۸ تا ۳۵ ساله کرمانشاهی. *مجله پژوهشی حکیم، ۷(۵۵)، ۴۹-۵۴*.
- چشمه سنگی، ز؛ و کرد تمینی، ب. (۱۳۹۵). نقش رفتار جراتمندانه در خود تاب آوری و خود کنترلی زنان معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۰(۳۸)، ۱۶۳-۱۸۲*.
- حاجی حسنی، م؛ شفیع آبادی، ع؛ پیرساقی، ف؛ و کیانی پور، ع. (۱۳۹۱). رابطه بین پرخاشگری، ابراز وجود و افسردگی با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان دختر دانشگاه علامه طباطبائی. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۱۳(۳)، ۶۵-۷۴*.
- عباسی، م-ع؛ صالحی، م؛ و معین، ل. (۱۳۹۳). مقایسه سلامت عمومی، تاب آوری و منبع کنترل در معتادین به مواد مخدر و افراد عادی شهرستان بوانات، پایان نامه رشته مشاوره توانبخشی. (منتشر نشده). دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- عرفانیان، ز؛ قنبری، ب؛ و شعراف، ح. (۱۳۹۲). بررسی اثر بخشی گروه درمانی به شیوه روان تحلیلی بر سبک های دلبستگی و تاب آوری معتادین زن مراجعه کننده به مراکز DIC مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. (منتشر نشده). دانشگاه فردوسی مشهد پردیس بین الملل.
- عسگری تلاوت، ع-؛ تی. برادی، ک؛ ای. بک، س؛ و اف. گرین فیلد، ش. (۱۳۹۲). زنان و اعتیاد، یک دستورالعمل جامع. تهران: دانشگاه پیام نور، دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- علیزاده، ح. (۱۳۹۲). تاب آوری روانشناختی: بهزیستی روانی و اختلال های رفتاری، تهران: ارسباران.
- قربانی، م؛ و ملازاده، ع. (۱۳۹۳). روان شناسی اعتیاد. تهران: نشر دنیای درون.
- قموشی رامندی، ف؛ احمدی، م-س. (۱۳۹۵). مقایسه تاب آوری و باورهای وسوسه انگیز مردان و زنان معتاد تحت درمان با متادون و افراد سالم. اولین کنگره ملی توانمندسازی جامعه در حوزه جامعه شناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی و فرهنگی.
- نابدل، ی. (۱۳۸۹). راهنمای پزشکی در درمان وابستگی به مواد. تهران: انتشارات ارجمند.
- Alvord, C. B., Bogar, C. B. & Hulse- Killacky, D. (2006). Resiliency Determinants and resiliency processes among female adult survivors of childhood sexual abuse, *Journal of Counseling & Development, 84* (3), 318-327.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciareli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resource, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psuchology, 75*(5), 671-682.
- Bonano, G. A. Loss, trauma, & human resilience (2004). *Am Psychologist, 59*, 20-22.
- Buckner, J. C., Mezzacappa, E., & Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youth living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development & Psychology, 15*(1), 139-162.
- Campbell-Sills L, Cohan LS, Stein BM. (2006). Relationship of resilience to personality, coping and psychiatric symptoms in young adults. *Behave Res There; 44*:585-99.
- Cuomo, C., Sarchiapone, M., Giannantonio, M. D., Manchini, M., & Roy, A. (2008). Aggression, impulsivity, personaloty traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 34*(3), 339-345.
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health, 26*, 399-419.
- Hsaa, M., & Graydon, K. (2009). Sources of resiliency among foster youth. *Children and Youth, Service Review, 31*, 457-463.
- Kegler, M. C., Oman, R.F., Vesley, S. K., Macleory, K. R, Aspy, C. B., Rodine, S., & Marshall, L. (2005). Relationship among youth assets, neighborhood, and community reseources. *Health Education & Behavior, 32*(3).