

SID



سرویس های ویژه



سرویس ترجمه تخصصی



کارگاه های آموزشی



بلاگ مرکز اطلاعات علمی



عضویت در خبرنامه



فیلم های آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی



مباحث پیشرفته یادگیری عمیق؛
شبکه های توجه گرافی
(Graph Attention Networks)



کارگاه آنلاین آموزش استفاده از
وب آو ساینس



کارگاه آنلاین مقاله روزمره انگلیسی



مقایسه خصیصه تاب آوری مردان و زنان معتاد با افراد سالم

فاطمه قموشی رامندی

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان

Email: f.20.ma@gmail.com

دکتر محمد سعید احمدی

استادیار گروه روانشناسی دانشگاه فرهنگیان، پردیس شهید بهشتی زنجان

Email: ghavaghy57@gmail.com

چکیده. بازگشت به اعتیاد بعد از ترک یکی از بزرگترین معضلات مرتبط با اعتیاد است. تاب آوری به عنوان یک مکانیزم روان شناختی می تواند در این زمینه نقش مثبتی را ایفا کن لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه مقایسه تاب آوری مردان و زنان معتاد و افراد غیرمعتاد انجام شد. روش پژوهش علی-مقایسه‌ای بود. تمامی بیمارانی که در سال ۱۳۹۴ برای ترک مواد افیونی به مراکز ترک اعتیاد واقع در شهر قزوین مراجعه کرده بودند، و همچنین زنان و مردان ساکن شهر قزوین جامعه آماری پژوهش حاضر را تشکیل می دادند. نمونه آماری شامل ۱۳۲ نفر بود که به روش تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مقیاس تاب آوری کلاهنن (۱۹۹۷)؛ بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های t گروه‌های مستقل تحلیل شدند. نتایج نشان داد که بین تاب آوری مردان و زنان معتاد و غیرمعتاد، تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$).

واژه‌های کلیدی: سوء مصرف مواد، تاب‌آوری، معتاد



مقدمه

وابستگی به مواد یکی از معضلات و نگرانی‌های عمده جهان امروز است که نه تنها موجب مشکلات جسمی می‌شود بلکه با تاثیر بر جنبه‌های مختلف سلامت جسمی تبعات اجتماعی متعددی را برای مصرف کننده و اطرافیان او سبب می‌شود (Le Moal, 2007) و Koob & Mclellan, chalk & Bartlett, 2007). در طول دهه‌های گذشته، سوء مصرف مواد به عنوان اختلالی مزمن و عود کننده، مفهوم سازی شده است (Mckay, Franklin, Patapis, & Lynch, 2006). بنابراین عود، به عنوان بازگشت به مصرف مواد بدنبال درمان و یا فرآیند تغییر رفتار تعریف می‌شود (Witkiewitz & Hsu, 1986).

در سال‌های اخیر پژوهش‌های زیادی درباره روش‌های مختلف برای درمان وابستگی به مواد مانند درمان نگهدارنده با متادون، سم زدایی، طول مدت درمان و اثرات متفاوت درمان‌ها انجام گرفته است. متاسفانه مشکل عمده در درمان معتادان حتی با دوره پاک‌ی طولانی مدت، میزان بالای عود می‌باشد (Yan & Nabshima, 2009). همچنین تجارب بالینی و پژوهشی نشان داده‌اند که بسیاری از افراد پس از مرحله‌ی سم زدایی، به علت ماهیت مزمن و بازگشت پذیر اعتیاد، مصرف مجدد مواد را شروع می‌کنند (جعفری و همکاران، ۲۰۱۰). به همین علت، امروزه در همه روش‌های درمانی، بر حفظ و نگهداری رفتار جدید (بهبودی) افراد تحت درمان، یا به عبارتی پیشگیری از عود تاکید می‌شود (مک کی و همکاران، ۲۰۰۶). روش درمانی که توانایی مقاومت افراد در برابر مشکلات و فشارها را افزایش دهد.

عوامل زیادی سلامت روان و رفتارهای پرخطر افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد، در این میان، یک عامل که بسیار مورد مطالعه قرار گرفته، تاب‌آوری است (Werner, 2004). تاب‌آوری جایگاه ویژه‌ای را در حوزه‌های روانشناسی تحولی، روان‌شناسی خانواده و بهداشت روانی دارد (Sills & Stein Campbell, 2006). تاب‌آوری، به عنوان توانایی مقاومت در برابر استرس و بازگشت به تعادل طبیعی پس از تجربه عوامل استرس زا تعریف می‌شود (Werner, 2004). تاب‌آوری از مشکلات روان‌شناختی بین نوجوانان و جوانان جلوگیری کرده و آنها را در برابر تاثیرات روان‌شناختی رویدادهای مشکل‌زا مصون نگه می‌دارد (Pinquart, 2009). (Garmezy & Masten, 1991) تاب‌آوری را بعنوان نوعی فرآیند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز با داشتن موقعیت تهدید کننده تعریف کرده‌اند (نقل از بابلان، رضایی جمالویی، حرفتی سبحانی، ۱۳۹۱). به عبارت دیگر تاب‌آوری عاملی است که به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت‌های سخت و تنش‌زای زندگی کمک می‌کند (ایزدیان، امیری، جهرمی و حمیدی، ۲۰۱۰). افسردگی را کاهش می‌دهد (White, 2010) توانایی سازگاری با درد (Smith, 2009) و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد - (رنجبر، کاکاوند، برجعلی و برماس، ۱۳۹۰). اما این نکته حائز اهمیت است که در این تعاریف، تاب‌آوری صرفاً مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده نیست بلکه فرد تاب‌آور مشارکت کننده فعال و سازنده محیط پیرامونی خود است Connor & Davidson 2003). تاب‌آوری قابلیت فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی و روحی در مقابل شرایط مخاطره آمیز است- (Connor & Davidson 2003). شواهد نشان می‌دهد که افراد تاب‌آور، حالت‌های سلامت روان بهتر، مهارت‌های خودتنظیمی بهتر، عزت نفس بیشتر، حمایت والدینی بیشتری دارند، و به احتمال کمتری جذب رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد می‌شوند (Buckner & Beardslee, 2003) (Cuomo & Roy, 2008). به هر حال تاب‌آوری مرتبط با هیجانات مثبت است که نقش حفاظتی را در برابر افسردگی و مصرف مواد ایفا می‌کند (Galea, & Valho Bonanno, 2007).

تاب‌آوری نه تنها یک حالت ایستا نمی‌باشد بلکه بسته به زمان و موقعیت‌های مختلف در معرض تغییر و تحول است (Theis & Travers, 2006). (Miller, 2003) معتقد است درمانگران جهت رشد تاب‌آوری مراجعان به جای بررسی ضعف‌ها و موانع، بایستی بر نیرومندی‌های شخصی و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای و نحوه رسیدن به این توانمندی‌ها تاکید کنند. در حوزه وابستگی به مواد نیز درمانگران از طریق بهبود مهارت‌هایی نظیر حس کنترل، خودکارآمدی و بازسازی و ارتقاء این توانمندی‌ها می‌توانند



تاب آوری افراد وابسته به مواد را افزایش دهند (جعفری، اسکندری، سهرابی، دلاور و هشمتی، ۲۰۱۰). بر این اساس، جعفری و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای نشان دادند که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر مدل مارلات، در پیشگیری از عود و افزایش تاب‌آوری موثر است. همچنین جعفری، احمدی، محمدزاده و نجفی (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای دیگر نشان دادند که آموزش سبک زندگی مبتنی بر مدل مارلات در پیشگیری از عود و افزایش تاب آوری افراد وابسته به مواد موثر است. بنابراین افزایش تاب‌آوری از طریق بالابردن سطح مقاومت افراد در مقابله با میل به مصرف و استفاده مجدد از مواد بعد از مرحله سم زدایی موجب مقاومت در برابر وسوسه‌های بعد از ترک مصرف و پیشگیری از عود در افراد تحت درمان خواهد شد (جعفری و همکاران، ۲۰۱۰).

از نظر تاریخی عمده پژوهش‌های پیش‌گیرانه و تدوین مداخلات معطوف به رفتارهای مشکل‌زا بر شناسایی عوامل خطر و جمعیت‌های پرخطر بوده اما در حال حاضر با توجه و تمرکز بر تاب آوری حوزه وسیع‌تری بوجود آمده است. امروزه یکی از مسائلی که بیشتر به آن توجه می‌شود، انتقال از دیدگاه‌های خطرنگر به سمت دیدگاه‌های تاب آوری است یعنی به جای تکیه بر عوامل پرخطر با تکیه بر عوامل تاب آوری بتوان مقابله با مشکلات را در جمعیت پرخطر بالا برد (محمدی ۱۳۸۴؛ نقل از جوادی، آقا بخشی، رفیعی، عسگری، بیان معمار، ۱۳۹۰).

در سال‌های اخیر در کشورهای پیشرفته متخصصان بهداشت روان و موسسات آموزشی و درمانی، نظریه‌ها، مدل‌ها، روش‌ها، راهکارها و فنون مختلفی را در پیشگیری و درمان اعتیاد و پیشگیری از بازگشت پس از ترک اعتیاد، ابداع، آزمایش و تجربه کرده‌اند. با وجود این، هنوز شیوه درمان قطعی برای آن یافت نشده است. حتی پس از آن که فرد وابسته، مصرف مواد مخدر را برای مدتی طولانی قطع نماید نیز نمی‌توان امیدوار بود که مصرف مواد را از سر نگیرد (کلدوی، سهرابی و فلسفی نژاد، ۱۳۹۰). با توجه به اینکه اعتیاد یکی از بزرگترین معضلات بهداشتی، روانی، اجتماعی و قانونی جهان محسوب می‌شود و آثار زیان‌بار آن در ابعاد مختلف، خود، خانواده و کل جامعه را متاثر می‌سازد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه تاب آوری افراد سالم و افراد معتاد انجام پذیرفت.

روش:

در این پژوهش با توجه به اینکه میزان تاب آوری، را در دو گروه افراد معتاد و غیر معتاد مورد بررسی و مقایسه قرار داده شد، روش پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای^۱ می‌باشد. تمامی بیمارانی که در سال ۱۳۹۴ برای ترک مواد افیونی به مراکز ترک اعتیاد واقع در شهر قزوین مراجعه کرده بودند، و همچنین زنان و مردان ساکن شهر قزوین جامعه آماری پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهند. آزمودنی‌های پژوهش ۱۳۲ نفر در دو گروه بودند. گروه اول شامل ۶۶ مراجعین تشخیص اصلی و اولیه وابستگی به مواد بر اساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، انجمن روان پزشکی آمریکا بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند؛ بدین شکل که ابتدا از بین مراکز ترک اعتیاد شهر قزوین، سه مرکز به نام‌های خانه روشن، تولدی دیگر و رویش، به صورت تصادفی انتخاب شدند و از بین مراجعان به این مراکز ۶۶ مراجع معتاد به مواد مخدر به روش تصادفی انتخاب شدند. گروه دوم شامل ۶۶ نفر از افراد سالم و غیر معتاد بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی از بین افراد عادی شهر قزوین انتخاب شدند و مورد آزمون قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

^۱- ex post facto research

^۲-diagnostic and statistical manual of mental disorders



پرسش نامه خود تاب‌آوری: این مقیاس اولین بار توسط کلاهنن (۱۹۹۶) به شکل مقیاس خود گزارشی ارزیابی تاب‌آوری از عبارات پرسش‌نامه روانشناختی کالیفرنیا CPI اقتباس شده و روی نمونه‌هایی از زوج‌های فارغ‌التحصیل شده کالیفرنیا اجرا شد که نتایج آن با عبارات CPI همبستگی داشت. بعدها چک بلاک مقیاس ارزیابی خود تاب‌آوری را با اقتباس از عبارات پرسش‌نامه چند مرحله‌ای شخصیت مینه‌سوتا (MMPI) (۱۹۵۱) طراحی نمود. بلاک و کرمن ۱۹۹۶ این مقیاس را به صورت مطالعه‌ای طولی روی گروهی از آزمودنی‌ها در دو نوبت یکبار در ۱۸ سالگی و بار دوم در ۲۲ سالگی آنها اجرا نمودند. ضریب پایایی آلفا برای این گروه با این فرض که آزمون تنها یک فاکتور اصلی را می‌سنجد ۰/۷۶ بود. طی ۵ سال فاصله بین دو اجرا ضریب پایایی بازآزمایی برای زنان و مردان به ترتیب ۰/۶۷ و ۰/۵۱ بود. این ابزار در سال ۲۰۰۴ توسط نوگادو فدریکسون استفاده شد که ارزیابی خطر و هیجان مثبت، رابطه تاب‌آوری و صفت واکنش‌پذیری قلبی و عروقی را به دنبال هیجان منفی تعدیل نمود. آلفا کرونباخ این تست در مطالعه لترزینگ بلاک و فلندر (۲۰۰۵) برای ۰/۷۲ گزارش شد. همچنین الگوهای همبستگی بین نمرات مقیاس خود تاب‌آوری و تست ویژگی‌های شخصیت نشان می‌دهد افرادی که در مقیاس خود تاب‌آوری نمره بالا کسب می‌کنند افرادی با علایق متنوع و متفاوتی هستند که با ابهام و پیچیدگی مشکلی ندارند و ویژگی‌های مثبت بسیاری دارند. این مقیاس مشتمل بر ۱۴ عبارت است که پاسخ‌ها را در مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از ۱ (اصلاً صدق نمی‌کند) تا ۴ (اکثراً صدق می‌کند) می‌سنجد. جمع نمرات حاصل از ۱۴ عبارت نمره خود تاب‌آوری فرد در این مقیاس است. آلفا کرونباخ این تست در مطالعه حاضر ۰/۸۴ بود.

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین، انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در متغیر تاب‌آوری و نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه تاب‌آوری افراد معتاد و غیر معتاد ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، میانگین نمرات تاب‌آوری افراد غیر معتاد (۵۰/۷۳) بیشتر از میانگین نمرات افراد معتاد (۴۳/۳۷) است.

جدول نتایج آزمون t گروه‌های مستقل برای بررسی تاب‌آوری افراد معتاد و افراد غیر معتاد

گروه	میانگین	انحراف معیار	اختلاف میانگین	درجه آزادی	t	سطح معناداری
افراد معتاد	۳۰/۰۳	۶/۹۹				
افراد غیر معتاد	۴۳/۳۷	۵/۷۳	۱۳/۳۴	۱۳۰	-۱۱/۹۹	۰/۰۰۰

همچنین نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمره تاب‌آوری مردان و زنان معتاد تحت درمان با متادون ۳۰/۰۳ و افراد غیر معتاد ۴۳/۳۷ است. با توجه به t محاسبه شده و سطح معناداری $P < 0/00$ ، با میزان اطمینان ۹۹ درصد نتیجه گرفته می‌شود که بین تاب‌آوری افراد سالم و افراد غیر معتاد تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری:



نتایج حاصل از تحلیل آزمون t گروه‌های مستقل برای بررسی فرضیه پژوهش حاضر نشان داد که افراد معتاد به مواد مخدر در مقایسه با افراد غیر معتاد از تاب آوری ضعیف‌تری برخوردارند. نتایج این فرضیه با یافته‌های پژوهش محمد زاده و گل گلی (۱۳۹۳) که تفاوت معنادار بین تاب آوری افراد معتاد و غیر معتاد را نشان دادند، همخوان است.

مهارت‌های مقابله‌ای و مولفه‌های آن یکی از عوامل تشکیل دهنده تاب آوری است، و در پژوهش‌های متعددی مشخص شده که مهارت‌های مقابله‌ای نقش موثری در افزایش تاب آوری دارد (Prescott, Sekendur, Bailey & Hoshino, 2008). میلر- (۲۰۰۳) معتقد است درمانگران جهت رشد تاب‌آوری مراجعان به جای بررسی ضعف‌ها و موانع، بایستی بر نیرومندی‌های شخصی و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای و نحوه رسیدن به این توانمندی‌ها تاکید کنند، در حوزه وابستگی به مواد نیز درمانگران از طریق بهبود این مهارت‌ها نظیر حس کنترل، خود کارآمدی و بازسازی و ارتقا این توانمندی‌ها می‌توانند تاب آوری افراد وابسته به مواد را افزایش دهند.

زرین کلک (۱۳۸۹) در پژوهشی نشان داد که برنامه آموزش مولفه‌های تاب‌آوری از طریق برقراری ارتباط عاطفی با شرکت کنندگان و ارتقا توانمندی‌هایی از قبیل افزایش خودآگاهی (آگاهی نسبت به توانمندی‌ها)، احساس ارزشمندی (عزت نفس)، پیوند جویی، آینده نگری (هدفمندی)، افزایش خودکارآمدی (حل مسئله، تصمیم گیری، مسئولیت پذیری)، کنترل هیجانات، معنامندی (تقویت تجربیات معنوی) و افزایش آگاهی نسبت به خطرات دوران نوجوانی، در ایجاد نگرش منفی نسبت به مواد مخدر و همچنین در ابعاد عاطفی و رفتاری نگرش نسبت به مواد مخدر تاثیر گذار بوده است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت سطوح بالای تاب آوری در افراد باعث می‌شود که آنها بتوانند خود کنترلی مناسبی داشته باشند و بتوانند فعالیت هایشان را با توجه به نیاز ممکن و مقتضی مبتنی بر بافتی که در آن قرار دارند، کنترل نمایند. افرادی که تاب آوری پایینی دارند، به احتمال بیشتری به تقاضاهای موقعیتی واکنش زود هنگام و تکانش می‌دهند و نمی‌توانند در کنترل مناسب آنها موفق باشند (لتزرینگ، بلاک و فاندرا، ۲۰۰۴). لذا از آنجایی که مصرف مواد ویژگی‌های یاد شده از تاب آوری را در افراد معتاد ضعیف می‌کند، پایین بودن تاب آوری افراد معتاد نسبت به افراد غیر معتاد دور از انتظار نیست.

در تبیین دیگر می‌توان گفت که افرادی که تاب آوری بیشتری دارند، در شرایط سخت به میزان کمتری دچار اختلال می‌شوند یا در صورت مواجهه با موقعیت‌های دشوار سریع‌تر به حالت اولیه باز می‌گردند و از انعطاف پذیری بیشتری برخوردارند. این دسته از افراد گرایش کمتری به مصرف مواد از خود نشان می‌دهند (محمد زاده و گل گلی، ۱۳۹۳). بنابر این افراد غیر معتاد بیشتر چنین وضعیتی را تجربه می‌کنند، لذا تاب آوری آنها متفاوت از سطوح تاب آوری در افراد معتاد است.

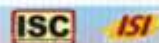


منابع

- جوادی، رحم خدا؛ آقابخش، حبیب؛ رفیعی، حسن؛ عسگری، علی؛ بیان معمار، احمد؛ عبدی زرین، سهراب (۱۳۹۰). رابطه کارکرد خانواده و تاب‌آوری در برابر مصرف مواد در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی مدارس پرخطر. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال ۱۱، ۴۱، ۴۴۴-۴۲۱.
- دباغی، پرویز؛ اصغرنژاد فرید، علی اصغر؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ بوالهروی، جعفر. (۱۳۸۶). اثر بخشی شناخت درمانی گروهی بر پایه تفکر نظاره ای (ذهن آگاهی) و فعال سازی طرحواره های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی. مجله روانپزشکی و روان شناسی بالینی ایران، سال ۱۳، شماره ۴، ۳۶۶-۳۷۵.
- رنجبر، فرخ حق؛ کاکاوند، علیرضا؛ برجعلی، احمد و برماس، حامد. (۱۳۹۰). تاب آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان کم توان ذهنی. فصلنامه روانشناسی سلامت، دوره ۱، شماره ۱.
- زاهد بابلان، عادل؛ رضایی جمالویی، حسن؛ حرفتی سبحانی، رعنا. (۱۳۹۱). رابطه دلبستگی به خدا و تاب آوری با معناداری در زندگی دانشجویان. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۳، ۸۳-۷۵.
- کلدوی، علی؛ برجعلی، احمد؛ فلسفی نژاد، محمد رضا و سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۰). اثر بخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی در پیشگیری از بازگشت و انگیزش در افراد وابسته به مواد افیونی. مجله روانشناسی بالینی، ۴(۳)، ۷۹-۶۹.
- psychological resilience and life stress. Bonanno , G.A., Galea , s., Bucciareli , A., & Valhov , D. (2007). What predicts after disaster? The role of demographics , resources , *psychology*, 75(5), 671- 682
- resilient youths living in poverty: the role of self regulatory processes. Buckner , L.C. , Mezzacappa , E. , & Beardslee , W.R.(2003). Characteristics of *Development & psychopathology* , 15(1) , 139-162.
- relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. Bowen, S., Chawla, N., Collins, S., Witkiewitz, K., Hsu, SH., & etal. (2009). *Substance abuse*; 30 (4), 295-305.
- resilience to personality, coping and psychiatry symptoms in young adults. Campbell -Sills, L., Cohen, S., Stein, M. (2006). Relationship of *Behavior Research and Therapy*, 44(4) 585- 599.
- 2008). Aggression , impulsivity , personality traits , and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction. Cuomo , C. , sarchiapone , M., Giannantonio , M. D. Mancini , M., & Roy , A.(*American journal of drug and Alcohol Abuse* , 34(31) , 339- 345
- the connor- Davidson resilience scale (cd- risk). Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: *Depress Anxiety* , 18 (2), 76-82.
- M.D.(2012). Motivational and mindfulness intervention for young adult female marijuana users. Dedios, M. A., Herman, D.S., Britton, W. B., Hagerty, C.A., Anderson, G.B., Stein *Journal of substance abuse treatment*, 42, 56- 64.
- indicators in children at risk. In Garmezy, N., & Masten, A. S.(1991). *The Protective Role of Competence (EDs)*, life-span developmental Psychology: perspectives on Ecummings, A.L. Greene, & K.H. Kallaker (PP, 151-174) Newjersy: Lawrence Erlbaum publisher stress and coping



- [Dissertation]. nurses. Gillespie, B.M. (2007). *The predictors of resiliency in operating room*. University School of Nursing and Midwifery: Griffith
- criminal rehabilitation and Hawkins , M.(2003). Effectiveness of the transcendental meditation program in *offender rehabil*, 36(1-4), 47-65 substance abuse recovery: *A review of the research.*J
- properties of distress Hsu, S. H. S., Collins, S. E., Marlatt, G. E. (2013). Examining psychometric relapse prevention effects on alcohol and other drug use tolerance and its moderation of mindfulness - based *Behaviors*, 38, 1852–1858 outcomes. *Addictive*
- between suicidal , Amiri, M, Jahromi, R., Hamidi, S.H. (2010). Astudy of relationship Izadian, N amongTehran university students. *Proscenia* resiliency, daily stresses and mental health ideas, depression, ,1515-9 5 *Behavioral Sciences*, *Social and*
- Effectiveness of Life style Jafari, E., Ahmadi, M., Mohammadzadeh, A., Najafi, M. (2012). The *Int J* Enhancement for People with Substance Dependency. Training in Relapse Prevention and Resiliency *Addict*, (1),34-38. DOI: 10.5812/ijhrba.4124. *High Risk Behav*
- Effectiveness of coping skills (2010). Jafari, E., Eskandari, H., Sohrabi, F., Delavar, A., Heshmati, R. enhancement in people with substance dependency training in relapse prevention and resiliency *Behavioral Sciences*, 5, 1376–1380 *Procedia Social and*
- pathophysiological Le Moal, M., Koob G.F.(2007). Drug Addiction : Path ways to the disease and perspectives. *Eurneuro psychopharmacology*, 17, 93- 377
- quality – what s the Mclellan, A.T., Chalk, M., Bartlett, J. (2007). Out comes , performance , and difference?. *Journal substance abuse treatment*, 32, 40- 331
- and, Analatical. Issues in the Mckay,j., Franklin, T., Patapis, N.,& Lynch,k.(2006).Conceptual, Methodological, .109-127 study of relapse. *Clinical psychology Review*, 26(2),
- medical journal*, 100 (4), 451- Marlatt, G. A., & Chawla, N. (2007). Meditation and alcohol use. *Southern* 453.
- ,8 Miller, E.D.(2003). Reconceptualizing. the .role of resiliency in coping and therapy. *Journal of Loss and Trauma*, 239- 246
- and clinician s guide. *Journal of the* Praissman , s.(2008). Mindfulness – Based stress reduction : A literature review 20 . 212 – 216 *American academy of Nurse practitioners* ,
- between hassles and psychological Pinquart, M. (2009). Moderating effect of dispositional resilience on association *psychology*, 30 (1), 1- 8. distress. *Journal of applied developmental*
- as a component and facilitator making Prescott, M. V., Sekendur, B., Bailey, B., Hoshino, J. (2008). Art 156- *Journal of the American Art Therapy Association*. 25(4), of resiliency with homeless youth. *Art Therapy*: 163.



- next?. *Addiction Research & Therapy*, 3, e 116. Penberty, K. J. (2012). Mindfulness- Based interventions for Addictions What is
- therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness- based cognitive* Guilford press.
- Association with craving: relapse and clinical implications. *Drug and Alcohol Review*, 26, 25–31. doi:10.1080/09595230601036960 Sinha, R., & Li, C. S. (2007). Imaging stress- and cue-induced drug and alcohol
- G. Mullins. (2009). The Role of Heat Resilience and Purpose in Life in Habituation to professionals. (Eds). Sudbury: Paul & J. Cosper, C E., Q., Robinson, A. Smith, B, W., Tooley, E. M., Montague, E Thies, K., & Travers, J. (2006). *Handbook of human development for health* jones & Bartlett. P. 53- 76
- based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38, 1563–1571 Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., Hsu, S. H. (2013). Mindfulness –
- recovery. *Pediatrics*, 114 (2), 492. Werner, E. (2004). Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and
- prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of cognitive psychotherapy*, 19, 211- 228 Witkiewitz, k., Marlatt, G., & Walker, D. (2005). Mindfulness- based relapse
- adjustment during and indicators of health promotion and recreation. *kinesiology Rehabilitation psychology*, 55, 23-32. White, B., Driver, S., Warren, A. M., (2010). Resilience from a spinal cord injury. Department of rehabilitation Texas. University of north
- procedural considerations Yan, Y., Nabeshima, T. (2009). Mouse model of relapse to the abuse of drugs: and characterizations. *Behavioural Brain Research*, 196, 1-10

SID



سرویس های
ویژه



سرویس ترجمه
تخصصی



کارگاه های
آموزشی



بلاگ
مرکز اطلاعات علمی



عضویت در
خبرنامه



فیلم های
آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی



مباحث پیشرفته یادگیری عمیق؛
شبکه های توجه گرافی
(Graph Attention Networks)



کارگاه آنلاین آموزش استفاده از
وب آوساینس



کارگاه آنلاین مقاله روزمره انگلیسی