

پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بر اساس تاب‌آوری و خودکارآمدی

محمد رضا تمنایی فر^۱، نازنین غفاریپور برزی^۲

۱. دانشیار روان‌شناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران. (نویسنده مسئول).

۲. کارشناس ارشد روانشناسی، آموزگار مدرسه غیرانتفاعی سما، واحد دانشگاه آزاد اسلامی، نطنز، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره هشتم، شماره بیست و نهم، بهار ۱۴۰۵، صفحات ۸۱-۹۰

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین تاب‌آوری و خودکارآمدی با گرایش به اعتیاد در بین دانشجویان انجام شده است. طرح پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه کاشان در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ بود. ۳۷۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه آمادگی به اعتیاد زرگر، مقیاس خودکارآمدی شرر و مادوکس و مقیاس تاب‌آوری کانور و دیویدسون جمع‌آوری شد. میانگین و انحراف معیار گرایش به اعتیاد، تاب‌آوری و خودکارآمدی به ترتیب (۷۲/۱۲ و ۵/۲۱)، (۵۸/۴۲ و ۵/۱۵) و (۶/۱۹ و ۸۹/۲۲) به دست آمد. نتایج نشان داد که بین تاب‌آوری و گرایش به اعتیاد و بین خودکارآمدی و گرایش به اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون حاکی از آن است که خودکارآمدی و تاب‌آوری ۳۲ درصد تغییرات گرایش به اعتیاد در دانشجویان را پیش‌بینی می‌کنند و نقش خودکارآمدی در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد قوی‌تر است. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر نقش تاب‌آوری و خودکارآمدی در گرایش به اعتیاد و با توجه به هزینه‌های بالای مبارزه با مواد مخدر، درمان و نگهداری معتادان، به نظر می‌رسد پیشگیری از گرایش به اعتیاد در جوانان مقرون‌به‌صرفه‌تر باشد. براین اساس، انجام مداخله‌های پیشگیرانه با محوریت ارتقای سطح تاب‌آوری و خودکارآمدی دانشجویان ضروری است.

واژگان کلیدی: اعتیاد، تاب‌آوری، خودکارآمدی.

مقدمه

مصرف مواد مخدر یکی از مهم‌ترین مشکلات عصر حاضر است که گستره جهانی پیدا کرده است. اعتیاد وابستگی به مواد مخدر است و شامل مجموعه‌ای از علائم جسمی، روانی و رفتاری است که با وجود مشکلات ناشی از مصرف، فرد به مصرف ادامه داده و برای رفع نیازهای خود رفتارهای مخاطره‌آمیز دارد (چیوانگ و چیوانگ^۱، ۲۰۱۹). آسیب‌های ناشی از مصرف مواد هزینه‌های اقتصادی- اجتماعی، بهداشتی و فرهنگی بسیاری بر جامعه وارد می‌کند (جمشیدی، ۱۳۸۳). اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی محسوب شده (گالانتر^۲، ۲۰۰۶) و به‌عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های بهداشتی و روانی است که گستره جهانی یافته است (لنو و ریگز^۳، ۲۰۱۶). بنا بر گزارش سازمان بهداشت جهانی بیش از ۶ درصد جمعیت جهان (حدود ۲۰۰ میلیون نفر) سوء مصرف مواد مخدر دارند (برایند و بلندلی^۴، ۲۰۱۰؛ زینالی، وحدت و حامدنیا، ۱۳۸۶). در همه جوامع، سوء مصرف مواد در قشر جوان و تحصیل کرده اهمیت زیادی دارد. یافته‌ها نسبت دانشجویانی که حداقل یک‌بار در طول عمر قلیان، سیگار، مشروبات الکلی و تریاک مصرف به ترتیب ۳۰، ۲۰، ۱۳ و ۸۰/۱ درصد و نسبت مصرف در ۱۲ ماه گذشته، به ترتیب ۲۰/۷، ۹۰/۱۳، ۱۰ و ۵۰/۱ درصد است. سن شروع مصرف تقریباً همه مواد ۱۳ تا ۱۸ سالگی است. مصرف اکثر این مواد در منزل دوستان، در خوابگاه با دوستان، در جشن‌ها و میهمانی‌های خانوادگی و در سفر و گردش‌های تفریحی با دوستان بوده است (سهرابی اسمرود و همکاران، ۱۳۸۸).

تا سال ۱۳۸۶، ۵ تا ۷ میلیون نفر در کشور تجربه دست‌کم یک‌بار مصرف مواد مخدر را داشته‌اند (صرامی، قربانی و مینویی، ۱۳۹۲). برآورد خسارت‌های اقتصادی- اجتماعی غیرمستقیم و مستقیم مواد مخدر و قاچاق آن در کشور سالیانه حدود ۷۰۰ میلیارد تومان است (صادقی اهری، ۱۳۸۳). معلوم شده است که روند مصرف مواد در بین قشر جوان و تحصیل کرده در حال افزایش است (قجاوند و مظفری، ۱۳۸۹). افزایش گرایش جوانان به مواد بسیار نگران‌کننده است، زیرا اکثر افرادی که مصرف مواد را در جوانی آغاز می‌کنند به مصرف آن در سال‌های آینده ادامه می‌دهند (سارافینو^۵، ۱۳۷۹).

اعتیاد به مواد مخدر پیامدهای زیادی را به همراه دارد؛ که عوارض آن باعث از بین رفتن مرزهای فرهنگی جامعه و به خطر افتادن سلامت روان می‌گردد (گالانتر، ۲۰۰۶) و پیامدهای جسمی و روانی اعتیاد به کاهش کیفیت و رضایت از زندگی منجر می‌شود (بیزاری^۶، ۲۰۰۵). سوء مصرف مواد سلامت جسمانی و روانی افراد را به خطر می‌اندازد (معلمی، رقیبی و سالاری، ۱۳۸۹). تاکنون محققان و متخصصان نظریه‌های مختلفی را درباره پدیده اعتیاد ارائه داده‌اند. گروهی بر این عقیده‌اند که آمادگی روانی، شخصیت نابهنجار و بیماری‌های دردناک و صعب‌العلاج علت اصلی اعتیاد است؛ عده‌ای دیگر ناهنجاری‌ها و نابسامانی‌های موجود در خانواده و معاشرت با دوستان منحرف (گروه همسالان) را علت اصلی اعتیاد می‌دانند و گروهی دیگر علل اعتیاد را در اجتماع جستجو کرده و بحران‌ها و بی‌سازمانی‌های اجتماعی را علت اصلی اعتیاد به مواد مخدر می‌دانند. با در نظر گرفتن اعتیاد به‌عنوان یک بیماری جسمی، روانی و اجتماعی می‌توان گفت که عوامل متعددی در مصرف مواد نقش دارند (گالانتر، ۲۰۰۶). اکثریت معتادان از وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایینی برخوردارند (صالحی جوقفانی، ۱۳۹۲؛ حبیبی، ۱۳۹۵؛ سراج زاده و عزیززاده،

¹ Cheung & Cheung

² Galanter

³ Lenove & Riggs

⁴ Braind & Blendy

⁵ Sarafino

⁶ Bizzarri

(۱۳۹۳). وضعیت نابسامان خانوادگی نیز عامل مهمی در ایجاد و گسترش اعتیاد به مواد مخدر محسوب می‌شود (کوهن^۱ و دیگران، ۲۰۰۷؛ رضایی، اسلامی و مهدی پور، ۱۳۹۳؛ ساسمن^۲ و دیگران، ۲۰۰۹، پنیپرو^۳ و دیگران، ۲۰۰۶؛ سلامی، خالقی و نوری، ۱۳۹۷). برخی معتقدند که مشکلات خانوادگی و بیکاری بیشترین وزن را در گرایش جوانان به اعتیاد دارد (فیضی منش، بهزاد و جولایی، ۱۳۹۲؛ حبیبی، ۱۳۹۵). در دسترس بودن مواد هم یکی دیگر از عواملی است که در گرایش به مصرف مواد تأثیر دارد (خلیلی، ۱۳۸۶؛ کردستانی و فرهادی، ۱۳۹۶؛ حجازیان و قنبری، ۱۳۹۲). کاهش حمایت اجتماعی (حبیبی، ۱۳۹۵، آموز و روتیزچ^۴، ۲۰۰۰) نیز عاملی است که در گرایش به مواد گزارش شده است. در میان عوامل خطر ساز، نقش عوامل فردی و روان‌شناختی از اهمیت بسزایی برخوردار است. عوامل هیجانی مثل استرس، اضطراب و افسردگی، اختلال اضطراب اجتماعی (محمدخانی و بهروز، ۱۳۹۵) و نگرش مثبت به مواد (استون^۵ و همکاران، ۲۰۱۲، کردستانی و همکاران، ۱۳۹۶) از عوامل مؤثر بر سوء مصرف مواد شناخته شده است. یکی از زمینه‌های مهم مطالعه در حوزه اعتیاد، آسیب‌پذیری به اعتیاد است (کانوی^۶ و همکاران، ۲۰۱۰) یعنی عوامل زمینه سازی که بستر گرایش به مصرف مواد را فراهم می‌آورد. عامل یا علت واحدی برای ایجاد اعتیاد وجود ندارد بلکه مجموعه‌ای از عوامل نقش گذارند (هولی، بوچر، نوک و منیکا^۷، ۲۰۱۷). سهم عوامل فردی و محیطی در اعتیاد در افراد مختلف، متفاوت است (سازدو و ملیس^۸، ۲۰۱۵). برخی پژوهش‌ها نشان داده که گرایش به اعتیاد را می‌توان از روی عوامل فردی مانند تاب‌آوری و ویژگی‌های شخصیتی پیش‌بینی کرد (سالاری پاک و همکاران، ۱۳۹۷). تاب‌آوری سازه‌ای است که با سازه‌های روان‌شناختی دیگر مانند سلامت روان رابطه دارد (توگاد و فردریکسون^۹، ۲۰۰۴، انزلیچت^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۶). افراد تاب آور قدرت پذیرش واقعیت را دارند و به این باورند که زندگی با معناتر از آن است که بخواهند در مقابل مشکلات تسلیم شوند (کوتو^{۱۱}، ۲۰۰۲). تاب‌آوری به افراد توانایی می‌بخشد تا با دشواری‌ها و ناملایمات زندگی روبرو شوند بدون اینکه دچار آسیب شده و حتی از این موقعیت‌ها برای زندگی و رشد شخصیت خود استفاده می‌کنند (مؤمنی، اکبری و آتشی زاده، ۱۳۸۸). تاب‌آوری بالا با ایجاد انعطاف‌پذیری منجر به کاهش سوء مصرف مواد در نوجوانان می‌گردد (باربارا و ویلند^{۱۲}، ۲۰۱۲). افراد تاب آور با وجود تهدید و شرایط ناگوار محیطی قادر به تطابق موفقیت‌آمیز هستند. در واقع، تاب‌آوری بیانگر ظرفیت یک نظام پویا برای سازگاری موفقیت‌آمیز با مشکلاتی است که عملکرد، موجودیت یا فرایند رشد آن نظام را مورد تهدید قرار می‌دهد (ماستن^{۱۳}، ۲۰۱۴). با اینکه تاب‌آوری را به معنای مهارت‌ها، خصوصیات و توانمندی‌هایی تعریف می‌کنند که فرد را قادر می‌سازد با سختی‌ها، دشواری‌ها و چالش‌ها سازگار شود (آلورد^{۱۴} و همکاران، ۲۰۰۵)؛ اما تاب‌آوری مهارتی ذاتی نیست بلکه مهارتی قابل آموزش است و از طریق یادگیری و تجربه حاصل می‌شود. دانشجویانی که نشانه‌های اضطراب و افسردگی و استرس بیشتر و تاب‌آوری کمتری

1. Cohen

2. Sussman

3. Pinheiro

4. Ames & Roitzch

5. Stone

6. Conway

7. Hooley

8. Sagheddu & Melis

9. Tugade, & Fredrickson

10. Inzlicht

11. Coutu

12. Barbara & Weiland

13. Masten

14. Alourd

دارند میزان آسیب پذیری آن‌ها در گرایش به سوء مصرف مواد بالاتر است (محمدی و همکاران، ۱۳۹۰). افراد با تاب آوری کمتر گرایش بیشتری به اعتیاد دارند (باربارا و وایلد، ۲۰۱۲، نیکلاس و رابرت^۱، ۲۰۱۴، احمدی و همکاران، ۱۳۹۱؛ افشنگ، ۱۳۹۷). یکی دیگر از عواملی که در گرایش به اعتیاد نقش دارد خودکارآمدی است. خودکارآمدی از نظریه شناخت اجتماعی (بندورا^۲، ۱۹۹۷) مشتق شده و به باورها و قضاوت‌های فرد به توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسئولیت‌ها اشاره دارد. به عبارت دیگر، خودکارآمدی به اطمینان یافتن فرد از توانمندی‌های خود در انجام رفتارهای مراقبت از خود در شرایط خاص اشاره دارد (استراوسر و کتز و کیم^۳، ۲۰۰۲). خودکارآمدی به داشتن مهارت‌ها مربوط نمی‌شود بلکه به داشتن باور به توانایی انجام کار در موقعیت‌های مختلف اشاره دارد و در نتیجه افراد خیلی مستعد هم در شرایطی که باور ضعیفی نسبت به خود داشته باشند از توانایی‌های خود استفاده کمتری می‌کنند (بندورا، ۱۹۹۷). احساس خودکارآمدی موجب می‌گردد که افراد فعالیت بیشتری داشته و در پی حل مشکل برآیند و با ناسازگاری‌ها و مشکلات مقابله کنند. خودکارآمدی پایین باعث ایجاد حالات روانی مثل خستگی، عصبانیت، و درد و رنج در فرد شده و کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (بندورا، ۲۰۰۲) و در مقابل، خودکارآمدی بالا باعث می‌شود که افراد توانایی‌ها و تلاش‌های خودشان را باور داشته باشند و بیشتر به خودشان تکیه کنند (جعفری، ۱۳۹۶). وجود چنین ظرفیتی در فرد می‌تواند کمک کند تا فرد هنگام مواجهه با مشکلات کمتر به سمت مواد گرایش پیدا کند (خداوردی، ۱۳۹۷). بر اساس پیشینه پژوهش، تاب آوری و خودکارآمدی با گرایش به اعتیاد رابطه دارند ولی سهم هر یک از این دو متغیر شناسایی نشده است. به همین دلیل، در پژوهش حاضر هدف آن بوده است که سهم و نقش تاب آوری و خودکارآمدی در پیش بینی گرایش به اعتیاد بررسی و روشن شود.

روش پژوهش

طرح پژوهش، از نوع توصیفی - همبستگی است. ۳۷۰ نفر دانشجویی در حال تحصیل از دانشگاه کاشان (۹۹-۹۸) به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای انتخاب و مطالعه شدند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه آمادگی برای اعتیاد، مقیاس تاب آوری و مقیاس خودکارآمدی استفاده شد.

پرسشنامه آمادگی برای اعتیاد: این پرسشنامه توسط وید و بوچر^۴ (۱۹۹۲) ساخته شده است و تلاش‌هایی در جهت تعیین روایی آن در کشور ایران صورت گرفته است. در واقع، این پرسشنامه، مقیاس ایرانی آمادگی به اعتیاد است که با توجه به شرایط روانی-اجتماعی جامعه ایرانی توسط زرگر (۱۳۸۵) ساخته شد (به نقل از زرگر، نجاریان و نعیمی، ۱۳۸۷) و دارای ۳۶ ماده به اضافه ۵ ماده دروغ‌سنج می‌باشد. این پرسشنامه ترکیبی از دو عامل آمادگی فعال و آمادگی منفعل می‌باشد. آمادگی فعال مربوط به رفتارهای ضد اجتماعی، میل به مصرف مواد، نگرش مثبت به مواد، افسردگی و هیجان خواهی می‌باشد و در عامل دوم (آمادگی منفعل) بیشترین ماده‌ها مربوط به عدم ابراز وجود و افسردگی می‌باشد. نمره‌گذاری هر سوال بر روی یک پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) می‌باشد. البته این شیوه نمره‌گذاری در سؤالات شماره ۱۲، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ معکوس خواهد شد. این پرسشنامه دارای عامل دروغ‌سنج می‌باشد که شامل سؤالات شماره ۱۲، ۱۵، ۲۱ و ۳۳ می‌شود. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه باید مجموع امتیازات تک تک سؤالات (به‌غیر از مقیاس دروغ‌سنج) را با هم جمع نمود. این نمره دامنه ای از ۰ تا ۱۰۸ را خواهد داشت.

1. Nicholas & Robert

2. Bandura

3. Strauser, Kets & Keim

4. Weed & Butcher

نمرات بالاتر به منزله آمادگی بیشتر فرد پاسخ‌دهنده برای اعتیاد می‌باشند و برعکس. آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۰ گزارش شده است (زرگر و همکاران، ۱۳۸۷).

مقیاس تاب‌آوری: کانر و دیویدسون^۱ (۲۰۰۳) این مقیاس را که توانایی سازگاری با تنش و آسیب را اندازه‌گیری می‌کند طراحی کرده‌اند. این مقیاس دارای ۲۵ گویه ۵ گزینه‌ای است که در مقیاس لیکرت صفر (کاملاً درست) تا پنج (کاملاً نادرست) نمره‌گذاری می‌شود. پایایی نسخه فارسی مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است (محمدی، ۱۳۸۴). در پژوهش شفیع‌زاده (۱۳۹۱) آلفای ۰/۸۹ به دست آمده است.

مقیاس خودکارآمدی: این پرسشنامه توسط شرر و مادوکس^۲ (۱۹۸۲) ساخته شده است و دارای ۱۷ گویه است که در مقیاس لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم شده است. پایایی پرسشنامه خودکارآمدی از طریق روش باز آزمایی و ضریب آلفا به دست آمده است. شرر و مادوکس (۱۹۸۲) آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. در پژوهش دهقان، آتش پور و شفتی (۱۳۹۳) آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمده است.

یافته‌ها

جدول ۱ ضرایب همبستگی، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. در جدول ۲ نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بر اساس تاب‌آوری و خودکارآمدی گزارش شده است.

جدول ۱. ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

	۱	۲	۳
۱. گرایش به اعتیاد	۱		
۲. تاب‌آوری	۰/۲۵**	۱	
۳. خودکارآمدی	۰/۵۳**	۰/۴۷**	۱
میانگین	۷۲/۱۲	۸۹/۲۲	۵۸/۴۲
انحراف معیار	۵/۲۱	۶/۱۹	۵/۱۵

**p<0/001

طبق جدول ۱ بین تاب‌آوری و گرایش به اعتیاد به میزان $r = -0/45$ و بین خودکارآمدی و گرایش به اعتیاد به میزان $r = -0/53$ همبستگی معنادار وجود دارد.

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون جهت پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بر اساس تاب‌آوری و خودکارآمدی

متغیر پیش‌بین	B	β	t	R	R2	R2 تعدیل‌شده	R2 تغییرات	سطح معنی‌داری
خودکارآمدی	-0/57	-0/52	-7/75	0/53	0/28	0/28	0/28	0/001
خودکارآمدی	-0/41	-0/39	-6/31	0/57	0/32	0/32	0/04	0/001
تاب‌آوری	-0/30	-0/23	-4/90					0/001

طبق جدول ۲، تاب‌آوری و خودکارآمدی ۳۲ درصد واریانس گرایش به اعتیاد را پیش‌بینی می‌کنند و نقش خودکارآمدی در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بیشتر است.

¹ Connor & Davidson

² Sherer & Maddux

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین تاب آوری و خودکارآمدی با گرایش به اعتیاد انجام شد. نتایج نشان داد که بین تاب آوری و گرایش به اعتیاد رابطه منفی و معناداری وجود دارد. به این صورت که هرچه قدر تاب آوری افزایش یابد گرایش به اعتیاد کاهش پیدا می کند و کسانی که تاب آوری کمتری دارند گرایش به اعتیاد بیشتری دارند این یافته با نتایج پژوهش های (باربارا و وایلند، ۲۰۱۲، قنبری طلب و فولاد چنگ، ۱۳۹۴، فریدلی^۱، ۲۰۰۹، نیکلاس و رابرت، ۲۰۱۴) همسواست؛ این پژوهشگران در تحقیقات خود رابطه تاب آوری با اعتیاد را مورد تأیید قرار داده اند. در تبیین این یافته ها می توان بیان کرد که افرادی که از تاب آوری پایینی برخوردارند در زندگی هدف مشخصی ندارند و معنایی برای زندگی خود نیافته اند؛ همچنین، آن ها در مواجهه با مشکلات انگیزه خود را از دست می دهند، نسبت به تغییرات زندگی معطف نیستند و همواره در بیم و ترس باقی می مانند و در نتیجه در شرایط و موقعیت های تهدیدآمیز به مصرف مواد گرایش پیدا می کنند (قنبری طلب و فولاد چنگ، ۱۳۹۴). این افراد در برابر مشکلات بسیار آسیب پذیر عمل می کنند و در هم می شکنند و نمی توانند احساسات و هیجان های خود را کنترل و به شیوه سالم مدیریت کنند و در مواقع بحرانی دچار استرس می شوند و خود را فردی ناتوان تصور می کنند و قادر نیستند با استفاده از فنون حل مسئله به راه حل های مطمئن دست یابند. (باقری یزدی، ۱۳۸۴). افراد تاب آور دارای مهارت های مسئله گشایی و احساس شایستگی اند. این افراد هنگام مواجهه با سختی ها و ناملازمات از توانایی های خود بهره گرفته و از ارتباط سازنده با دیگران استفاده می کنند و این عامل می تواند سبب کاهش افسردگی، اضطراب و فشار روانی شده و به تبع آن سلامت روانی افزایش می یابد و از سویی باعث می شود فرد هنگام مواجهه با مشکلات و موانع زندگی به سمت مصرف مواد کشیده نشده و از راه های مؤثری برای کاهش مشکلات استفاده کند (فرایبورگ^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). تاب آوری یکی از عوامل مؤثر در ایجاد آمادگی افراد برای مصرف مواد مخدر می باشد (قنبری طلب، ۱۳۹۴). سطح بالای تاب آوری به فرد کمک می کند تا از عواطف و هیجان های مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه های نامطلوب و بازگشت به وضعیت مطلوب استفاده کند در واقع تاب آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت باعث تقویت حرمت خود و مقابله موفق با تجربه های منفی شده و باعث می شود که فرد در مواجهه با مشکلات و عواطف منفی کمتر به سراغ مواد برود (فردیکسون^۳ و همکاران، ۲۰۰۳). نوجوانان و جوانان می توانند با آموزش مهارت های تاب آوری در محیط های آموزشی بتوانند از راه های مؤثرتری برای حل مسائل و مشکلات استفاده کنند.

همچنین یافته ها نشان دادند که بین خودکارآمدی با گرایش به اعتیاد رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش های مختلف (خداوردی، ۱۳۹۷؛ وارن^۴ و همکاران، ۲۰۰۷؛ زردخانه و زندی، ۱۳۹۷) همسواست. در تبیین این یافته می توان گفت افرادی که به دلیل احساس ناکارآمدی خود در امور زندگی در رسیدن به اهداف موردنظر مغلوب می شوند احساس ناکامی می کنند و برای رهایی از این رنج، و فراموشی موقت مسئله، به مصرف مواد پناه می برند (ابوالقاسمی، پورکرد و نریمانی، ۲۰۱۰)؛ به عبارت دیگر در افرادی که مهارت های اجتماعی ضعیف و خودکارآمدی پایین دارند، این تمایل وجود دارد که از مصرف مواد برای مقابله با مشکلات استفاده کنند (امیرافضلی و شیرازی، ۱۳۹۵). در واقع، افرادی که خودکارآمدی پایینی دارند هنگام رویارویی با مشکلات متقاعد می شوند که رفتار آن ها بی فایده است و سریع دست از تلاش برمی دارند (مرشد بهبهانی و حیاتی، ۱۳۹۶) و به راه حل های دست پایین تن می دهند (نصری، صدق پور و چراغیان راد، ۱۳۹۳)؛ به نقل از ابوالقاسمی، رادفر و نبی

¹. Friedli

². Friborg

³. Fredrickson

⁴. Warrwn

دوست (۱۳۹۵). در حالی که افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، موانع را با بهبود مهارت‌های خودمدیریتی و پشتکار بر می دارند و در برابر مشکلات ایستادگی و بر امور تسلط بیشتری دارند و عدم اطمینان کمتری را تجربه می‌کنند. از این رو درک خودکارآمدی می‌تواند باعث حفظ و نگهداری رفتارهای ارتقا دهنده سلامت شود و تمایل به سوی مصرف مواد را کاهش دهد (بندورا، ۲۰۰۶). افراد با خودکارآمدی بالا، مشکلات را با بهبود مهارت‌ها پشت سر گذاشته و بر امور تسلط بیشتری دارند و از این رو خودکارآمدی از طریق سرسختی روان‌شناختی در فرد، می‌تواند باعث حفظ افراد در برابر گرایش به مصرف مواد شود. (جلیلیان کاسب، حجت خواه و رشیدی، ۱۳۹۵). افراد با خودکارآمدی بالا هنگام رویارویی با رویدادهای نامطلوب و استرس‌زا پایداری بیشتری از خود نشان می‌دهند و تفکرات منفی را درباره خود و توانایی خود نمی‌پذیرند (ابوالقاسمی، پورکرد و نریمانی، ۲۰۱۰). خودکارآمدی بازنماینده حس خوش بینی نسبت به توانایی‌های شخصی است و به نظر می‌رسد در انگیزش انسان نقش مهمی دارد. خودکارآمدی بالا با کیفیت زندگی بهتر، اعتمادبه‌نفس بالاتر، گرایش به اعتیاد کمتر و نتایج درمانی بهتر رابطه دارد (وارن و همکاران، ۲۰۰۷). خودکارآمدی بالا باعث افزایش تلاش، پشتکار و انگیزش فرد می‌شود و از مؤثرترین عوامل تعدیل‌کننده عملکرد افراد به‌ویژه در کنترل، پایش و پیگیری برنامه‌های درمانی مددجویان وابسته به مواد مخدر است (امیر فضلی و شیرازی، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر، نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که هر دو متغیر تاب‌آوری و خودکارآمدی قادر به پیش‌بینی گرایش به اعتیاد هستند اما خودکارآمدی پیش‌بین‌کننده مؤثرتری بود. طبق نظریه خودکارآمدی بندورا افراد با سطح پایین خودکارآمدی کسانی هستند که از تکالیف و موقعیت‌های چالش‌انگیز اجتناب می‌کنند و برآورد آن‌ها از توانایی‌هایشان کمتر از حدی است که آن موقعیت می‌طلبد. افرادی که دارای سطح بالایی خودکارآمدی هستند، کسانی هستند که با پیش‌بینی موفقیت در انجام تکالیف، با تکلیف درگیر می‌شوند، اما افراد با خودکارآمدی پایین قبل از انجام تکلیف به شکست در آن می‌اندیشند و همین موجب می‌شود که آن‌ها تا آنجا که ممکن است از انجام فعالیت اجتناب کنند (بندورا، ۱۹۹۷) چهارم منع را برای ایجاد خودکارآمدی مطرح کرده است: تجربه‌های جانشینی، تجربه‌های موفق، ترغیب‌های کلامی یا اجتماعی و حالات عاطفی و فیزیولوژیک. تجارب موفق (تجربه‌های تسلط شخصی) مؤثرترین منبع ایجاد و تقویت کارآمدی شخصی می‌باشد (عبداللهی، ۱۳۸۵). بندورا (۱۹۹۷) اظهار می‌کند که برای تغییر باورهای کارآمدی باید توان جسمانی افزایش، سطح استرس و گرایش‌های منفی عاطفی کاهش یابد و سوءبرداشت‌های حالات بدنی را اصلاح شود. از سوی دیگر اساسی‌ترین منبع خودکارآمدی عملکرد واقعی فرد است. تجربیات موفق پیشین نشانه‌هایی مستقیم برای تسلط و شایستگی شخص فراهم می‌کند. موفقیت‌های قبلی، نشان‌دهنده قابلیت‌های فرد بوده و احساس کارایی شخصی وی را تقویت خواهند نمود (بندورا، ۱۹۹۷). همچنین، با توجه به نتایج این پژوهش، اهمیت تاب‌آوری در گرایش به اعتیاد و در نتیجه اهمیت جایگاه آن در اقدامات پیشگیرانه آشکار می‌شود. از آنجاکه فرد دارای تاب‌آوری بالاتر در مواجهه با آسیب‌های زندگی دارای سطوح مقاومت بیشتری است و کمتر احساس ناتوانی می‌کند و نیز میزان تاب‌آوری افراد تثبیت‌شده نیست، می‌توان آن را با آموزش تقویت نموده و استحکام بخشید و از این طریق اقدام مؤثری برای پیشگیری از گرایش به اعتیاد انجام داد.

از نتایج دیگر پژوهش حاضر این بود که بین خودکارآمدی با تاب‌آوری ارتباط معنادار و مستقیمی وجود دارد به‌عبارت‌دیگر افزایش خودکارآمدی باعث افزایش تاب‌آوری افراد می‌شود. این یافته با نتایج چند پژوهش (مک برید و ایرلند^۱، ۲۰۱۶؛ تیلور و ریز^۲، ۲۰۱۲؛ جهانشاهی نسب، ۱۳۹۵؛ سلطانی و همکاران، ۱۳۹۵) همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت که هرچقدر درک

^۱ McBride & Ireland

^۲ Taylor & Reyes

فرد از توانایی‌ها و مهارت‌هایش بالاتر بوده و باور به توانایی‌هایش بیشتر باشد، در مواجهه با شرایط دشوار و موانع زندگی انعطاف‌پذیری بیشتری نشان خواهد داد. خودکارآمدی و تاب‌آوری فرد را قادر می‌سازد تا با سختی‌ها، مشکلات و چالش‌ها سازگار شود و کیفیت زندگی فرد ارتقا یابد (مهرافراز و جهانگیر، ۱۳۹۵). افزایش تاب‌آوری، باعث کاهش مشکلات هیجانی (فشار روانی، اضطراب و افسردگی) شده و کاهش این مشکلات به افزایش میزان رضایت از زندگی می‌انجامد (سامانی و همکاران، ۱۳۸۶). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که هرگاه خودکارآمدی بالا باشد، کیفیت زندگی تحت تأثیر خودکارآمدی بالا افزایش می‌یابد؛ به عبارت دیگر، خودکارآمدی بالا به فرد کمک می‌کند تا با مشکلات زندگی سازگار شود و این باعث افزایش کیفیت زندگی فرد می‌شود (موسوی مقدم و همکاران، ۱۳۹۵).

پژوهش حاضر همانند سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی داشت از جمله اینکه بر روی جامعه محدودی از دانشجویان اجرا شده و نتایج آن به آسانی به همه جمعیت‌ها قابل تعمیم نیست. همچنین، در این پژوهش از ابزار خود-گزارشی پرسشنامه استفاده شده و پاسخ‌های شرکت‌کنندگان ممکن است با واقعیت فاصله داشته باشد. به همین علل، بایستی در تفسیر و تعمیم نتایج با احتیاط عمل نمود. برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود که روی جمعیت‌های بزرگ‌تر مطالعه انجام شود و گروه‌های آموزشی مختلف مقایسه شوند. همچنین از ابزارهای تشخیصی متفاوت استفاده شود تا حتی‌الامکان میزان قرابت پاسخ آزمودنی‌ها به واقعیت نزدیک‌تر باشد.

منابع

- ابوالقاسمی، ع.، پورکرد، م.، و نریمانی، م. (۲۰۱۰). ارتباط مهارت‌های اجتماعی و خودکارآمدی با گرایش به مصرف مواد در نوجوانان. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار (اسرار)، ۱۶(۴)، ۱۸۱-۱۸۸.
- ابوالقاسمی، ع.، دادفر، ص.، و نبی‌دوست، ع. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش حل مسئله اجتماعی بر خودکنترلی، خودکارآمدی و تکانشگری در دانش‌آموزان دارای استعداد اعتیاد. فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد، ۱۰(۳۹)، ۳۱-۴۴.
- احمدی، و.، احمدی، س.، و میرشکار، س. (۱۳۹۱). رابطه شیوه‌های مقابله با استرس و آمادگی اعتیاد در دانشجویان [ارائه مقاله]. اولین کنگره بین‌المللی دانشجویی اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران.
- اکبری زردخانه، س.، و زندی، س. (۱۳۹۷). پیش‌بینی پذیرش اعتیاد دانشجویان بر اساس احساس خودکارآمدی و حمایت اجتماعی. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۷(۲)، ۳۶-۴۴.
- امیرفضلی، ز.، و شیرازی، م. (۱۳۹۶). نقش سلامت معنوی، خودکارآمدی و استعداد اعتیاد برای پیش‌بینی افراد معتاد و غیر معتاد. فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد، ۱۰(۳۹)، ۷۹-۹۱.
- اسلامی، ف.، خالقی، ح.، و نوری، ر. (۱۳۹۷). الگوی ساختاری گرایش به مصرف مواد در نوجوانان بر مبنای فضای روان‌شناختی خانواده و پیشینه اعتیاد اعضای خانواده با میانجی‌گری گروه همسالان. فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی کاربردی، ۱۲(۲)، ۲۶۵-۲۸۴.
- باقری یزدی، ع. (۱۳۸۴). راهنمای پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد. انتشارات روشن.
- جعفری، ا. (۱۳۹۶). پیش‌بینی انگیزش درونی-بیرونی برای یادگیری بر اساس سبک‌های اسنادی و خودکارآمدی در دانشجویان علوم پزشکی. نشریه راهبردهای آموزش در علوم پزشکی، ۱۱(۱)، ۹-۱۴.
- جمشیدی، ع. (۱۳۸۳). آسیب‌های مصرف مواد مخدر و ضرورت اصلاحات قانونی. فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی، ۴(۱۴)، ۲۰۵-۲۲۰.
- جلیلیان کاسب، ف.، حجت‌خواه، م.، و رشیدی، ع. (۱۳۹۶). بررسی نقش میانجی‌گری سرسختی روان‌شناختی در رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، خودکارآمدی و خودپنداره با گرایش به اعتیاد. فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد، ۱۰(۴۰)، ۴۰.
- جهانشاهی نسب، ر. (۱۳۹۵). بررسی رابطه میان خودکارآمدی، شادکامی و تاب‌آوری در روان‌شناسی [ارائه مقاله]. سومین کنگره جهانی روان‌شناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی، ایران.
- حبیبی، ر.، صالح مقدم، ا.، طلایی، ع.، ابراهیم‌زاده، س.، و کریمی‌موقی، ح. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر آموزش حل مسئله تعدیل‌شده با رویکرد خانواده‌محور بر میزان عزت‌نفس مددجویان وابسته به مواد مخدر. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۵۵(۱)، ۹-۵۲.
- حجاریان، ا.، و قنبری، ی. (۱۳۹۲). شناسایی و تحلیل مؤلفه‌های اجتماعی کوثر در گرایش جوانان روستایی به اعتیاد در مناطق روستایی شهرستان اصفهان. فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد، ۷(۲۷)، ۶۷-۷۸.

- خداوردی، ع. (۱۳۹۷). مقایسه تاب آوری، خودکارآمدی، امید و خوش بینی در افراد وابسته و عادی. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۵(۲۰)، ۶۳-۷۸.
- خلیلی، ا. (۱۳۸۶). عوامل اعتیاد. ماهنامه نفت پارس، ۱۴(۶۴)، ۴۲-۴۶.
- دهقان، ف.، آتش پور، ح.، و شفقی، ع. (۱۳۹۳). رابطه عوامل شخصیت و خودکارآمدی عمومی با امید عاملی و راهبردی به درمان در معتادان. فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد، ۸(۳۱)، ۹۱-۱۰۸.
- رضایی، ا.، اسلامی، ب.، و مهدی پور خراسانی، م. (۱۳۹۳). نقش خانواده در گرایش جوانان به اعتیاد در شهرستان ورامین. فصلنامه مطالعات جامعه‌شناختی جوانان، ۵(۱۵)، ۲۷-۵۰.
- زرگر، ی.، نجاریان، ب.، و نعامی، ع. (۱۳۸۷). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی (هیجان‌خواهی، ابراز وجود، سرسختی روان‌شناختی)، نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر. مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، ۳(۳)، ۹۹-۱۲۰.
- زینالی، ع.، وحدت، ر.، و حامدینیا، ص. (۱۳۸۶). بررسی زمینه‌های پیش‌اعتیادی معتادان و مقایسه آن با افراد سالم. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۹(۳۳)، ۱۴۹-۱۶۸.
- سالاری پاک، س. و عزیزی، م. (۱۳۹۷). پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بر اساس ویژگی‌های شخصیتی و تاب آوری در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان [ارائه مقاله]. دومین همایش علوم اجتماعی، روان‌شناسی و علوم تربیتی، جیرفت، ایران.
- سامانی، س.، جوکار، ب.، و صحراگرد، ن. (۱۳۸۶). تاب آوری سلامت روان و رضایت از زندگی. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۳(۳)، ۲۹۰-۲۹۵.
- سراج‌زاده، س. ح.، و عزیززاده، ا. (۱۳۹۳). براساخت اجتماعی مصرف مواد مخدر و اعتیاد در شهرستان رودبار جنوب. بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۵(۲)، ۲۷۳-۲۹۶.
- سلطانی، ژ.، جمالی، ن.، خجسته نیام، ا.، و درگاهیف، ش. (۱۳۹۵). نقش خودکارآمدی و تاب آوری روان‌شناختی در تعلق‌ورزی تحصیلی دانشجویان. مجله راهبردهای آموزش در علوم پزشکی، ۹(۴)، ۲۷۷-۲۸۴.
- سهرابی اسمرود، ف.، و همکاران. (۱۳۸۸). مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه‌های دولتی در سال تحصیلی ۸۵-۸۶. رفاه اجتماعی، ۹(۳۴)، ۶۵-۸۲.
- صادقی‌اهری، س.، و همکاران. (۱۳۸۳). بررسی علل بازگشت مجدد به اعتیاد در بیماران مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد وابسته به بهزیستی. مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۳(۱۲).
- صالحی جوقانی، ف. (۱۳۷۹). بررسی اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر اعتیاد. مطالعه موردی: زندان شهرکرد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.
- صرامی، ح.، قربانی، م.، و مینویی، م. (۱۳۹۲). بررسی چهارده دهه تحقیقات شیوع‌شناسی در ایران. مجله اعتیادپژوهی، ۷(۲۶)، ۲۹-۵۲.
- عبداللهی، ب. (۱۳۸۵). نقش خودکارآمدی در توانمندسازی کارکنان. ماهنامه تدبیر، ۷(۱۶۸)، ۳۵-۴۰.
- فیضی منش، ب.، و جولایی منش، ا. (۱۳۹۲). بررسی علل اجتماعی اعتیاد به مواد مخدر در بین جوانان پسر شهرستان همدان [ارائه مقاله]. کنگره سراسری روان‌شناسی کودک و نوجوان، ایران.
- قچاوند، ک.، و مظفری، ر. ه. (۱۳۸۹). بررسی شیوه‌ها و الگوهای مصرف مواد مخدر در میان جوانان دچار سوء مصرف مواد در شهر اصفهان. نشریه مطالعات جامعه‌شناختی جوانان، ۲(۲)، ۱۵۹-۱۶۸.
- قنبری‌طلب، م.، و فولادچنگ، م. (۱۳۹۴). رابطه بین تاب آوری و نشاط ذهنی با استعداد اعتیاد دانشجویان. فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد، ۹(۳۴)، ۹-۲۲.
- کردستانی، د.، فرهادی، ع.، و سلیمانی، ف. (۱۳۹۶). بررسی علل گرایش به مصرف مواد مخدر و داروهای روان‌گردان از دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان. فصلنامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ۱۹(۱)، ۴۲-۵۳.
- کرمی، ج.، و افشنگ، ش. (۱۳۹۷). رابطه بین هیجان‌خواهی و تاب آوری با گرایش به اعتیاد در دانشجویان. مجله رویش روان‌شناسی، ۷(۱۱)، ۱۳-۳۰.
- محمدحانی، م.، و بهروز، ب. (۱۳۹۵). پیش‌بینی گرایش به اعتیاد و اختلالات مرتبط با مواد بر اساس اختلال اضطراب اجتماعی و کیفیت زندگی در دانشجویان دانشگاه پیام نور شهر کرمانشاه. سلامت جامعه، ۱۱(۱)، ۱۰-۱۸.
- محمدی، ا.، آقاجانی، م.، و زهتاب‌پور، غ. (۱۳۹۰). ارتباط اعتیاد، تاب آوری و مؤلفه‌های هیجانی. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۷(۲)، ۱۳۶-۱۴۲.
- Alourd, C. B., Bgar, C. B., & Hulse-Killackay, D. (2006). Resiliency determinants and resiliency processes among female adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Counseling & Development*, 84(3), 318-327.
- Ames, S. C., & Roitzch, J. C. (2000). The impact of minor stressful life events and social support on craving dependence. *Addictive Behaviors*, 25(4), 539-547.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W. H. Freeman.
- Bandura, A. (2000). Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness. In E. A. Locke (Ed.), *Handbook of principles of organizational behavior* (pp. 120-136). Blackwell.
- Bandura, A. (2006). Health promotion by social cognitive means. *Journal of Nutrition Behavior*, 31, 64-131.

- Barbara, J., & Weiland, J. T. (2012). Resiliency achievement motivation among wrestlers and judokas—A comparative study. *International Journal of Behavioral Social and Movement Sciences*, 2(1), 70–75.
- Bizzarri, J., Rucci, P., Girelli, A., Zerbetto, E., Lagher, C., & Dellantonio, E. (2005). Dual diagnosis and quality of life in patient in treatment for opioid dependence. *Substance Use & Misuse*, 40(12), 1765–1776.
- Braind, L. A., & Blendy, J. A. (2016). Molecular and genetic substrates linking stress and addiction. *Brain Research*, 1314, 219–234.
- Cohen, et al. (2007). Personality disorders in early adolescence and the development of later substance use in the general population. *Drug and Alcohol Dependence*, 71, 71–84.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82.
- Conway, K. P., Levy, J., Vanyukov, M., Chandler, R., Rutter, J., Swan, G. E., & Neale, M. (2010). Measuring addiction propensity and severity: The need for a new instrument. *Drug and Alcohol Dependence*, 111, 4–12.
- Coutu, D. L. (2002). How resilience works. *Harvard Business Review*, 80, 46–55.
- Cheung, Y., & Cheung, N. T. (2019). Adolescent drug abuse in Hong Kong: Prevalence, psychosocial correlates, and prevention. *Journal of Adolescent Health*, 64(6), 28–33.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2004). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 365–376.
- Friedli, L. (2009). Mental health, resilience and inequalities: A report for WHO Europe and the Mental Health Foundation. Mental Health Foundation and WHO Europe.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenving, J. H., Martinussen, M., Aslaksen, P. M., & Flaten, M. A. (2006). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(2), 213–219.
- Galanter, M. (2006). Innovations: Alcohol & drug abuse: Spirituality in Alcoholics Anonymous: A valuable adjunct to psychiatric services. *Psychiatric Services*, 57(3), 307–309.
- Hooley, J. M., Butcher, J. N., Nock, M. K., & Mineka, S. (2017). *Abnormal psychology*. Pearson Education.
- Inzlicht, M., Aronson, J., Good, C., & Mackay, L. (2006). A particular resiliency to threatening environments. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42, 323–336.
- Lenove, S. R., & Riggs, P. P. (2016). Substance abuse prevention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25(2), 297–305.
- Masten, A. S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development*, 85(2), 6–20.
- McBride, H., & Ireland, C. (2016). The impact of coping style, self-efficacy, emotional reaction and resilience on trauma related intrusive thoughts. *The Journal of Forensic Practice*, 18(3), 229–239.
- D. (2014). Self-regulation and alcohol use involvement: A latent class analysis. *Addictive Behaviors*, 39(1), 146–152.
- Pinheiro, R. T., Pinheiro, K. A., Magalhães, P. V., Hotab, D. A., Sousa, P. L., & Fleming, M. (2006). Cocaine addiction and family dysfunction. *Drug and Alcohol Dependence*, 51, 229–237.
- Sagheddu, C., & Melis, M. (2015). Individual differences and vulnerability to drug addiction: A focus on the endocannabinoid system. *CNS & Neurological Disorders-Drug Targets*, 14(4), 1–16.
- Sherer, M., & Maddux, J. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663–671.
- Stone, A., Becker, L. G., Huber, A. M., & Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37(7), 747–775.
- Strauser, D. R., Kets, K., & Keim, J. (2002). The relationship between self-efficacy, locus of control, and work personality. *Journal of Rehabilitation*, 1(68), 20–26.
- Sussman, S., Gunning, M., Louise, A., Rohrbach, L. A., & Kniazev, V. (2009). Concurrent predictors of cigarette and alcohol use among U.S. and Russian adolescents. [Please insert Journal Name here].
- Taylor, H., & Reyes, H. (2012). Self-efficacy and resilience in baccalaureate nursing students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 9(1), 13–22.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320–333.
- Warren, J. L., Stein, J. A., & Grella, C. E. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 12, 30–46.
- Weed, N. C., & Butcher, J. N. (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.