



بررسی رابطه بین سازگاری فردی - اجتماعی، کیفیت زندگی و تاب آوری معتادین خود معرف به مرکز ترک اعتیاد

شهراندیمشک

دکتر نجمه حمید^۱

شهناز شاهون وند^۲

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به بررسی رابطه میان کیفیت زندگی، تاب آوری و سازگاری فردی و اجتماعی در معتادان خود معرف به مراکز ترک اعتیاد اندیمشک پرداخته است.

روش: طرح تحقیق همبستگی است. آزمودنی‌ها در این پژوهش شامل ۱۵۰ نفر از معتادان خود معرف به مراکز ترک اعتیاد می‌باشند که با روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب گردیده‌اند. ابزارهای جمع آوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی، تاب آوری و سازگاری فردی و اجتماعی می‌باشد.

یافته‌ها: داده‌های حاصل با روش‌های آماری از جمله ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل شدند. نتایج ضریب همبستگی نشان داد که بین کیفیت زندگی و سازگاری فردی اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین کیفیت زندگی، تاب آوری و سازگاری فردی اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد. از سوی دیگر، بین کیفیت زندگی، تاب آوری و سازگاری فردی اجتماعی رابطه وجود دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد بین کیفیت زندگی، تاب آوری و سازگاری فردی اجتماعی رابطه چندگانه معنی‌داری وجود دارد.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، تاب آوری، سازگاری فردی و اجتماعی، معتادان خود معرف

۱. دانشیار روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران اهواز

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات اهواز



مقدمه

یکی از معضلاتی که تأثیر عمیق و شگرفی بر زندگی دارد، اعتیاد است. این مشکل علاوه بر این که کل دوران زندگی فرد را دچار مختل می‌سازد، خانواده و جامعه را تحت تأثیر اختلالات گوناگونی می‌نماید. اعتیاد یک معضل فراگیر است که نه تنها موجب مشکلات جسمانی می‌شود، بلکه تأثیر منفی و زیانباری بر کیفیت زندگی فرد و سلامت روان آن‌ها بر جای می‌گذارد (لی موال و کوپ^۱، ۲۰۱۱). آموزش مهارت‌های زندگی منجر به افزایش کیفیت زندگی و اجتماعی شدن یک فرایند دو جانبه‌ی ارتباطی میان فرد و جامعه است. به همین دلیل جریانی پیچیده به شمار می‌آید که ابعاد و جوانب گوناگونی دارد. کسب مهارت‌های اجتماعی، چگونگی برقراری ارتباط با سایر افراد و سازگاری اجتماعی^۲، از جمله این ابعاد هستند. از سازگاری اجتماعی تعاریف زیادی شده است. سازگاری اجتماعی را مترادف با مهارت اجتماعی می‌دانند. از نظر آن‌ها مهارت اجتماعی عبارت است از توانایی ایجاد ارتباط متقابل با دیگران در زمینه‌ی خاص اجتماعی، به طریق خاص که در عرف جامعه قابل قبول و ارزشمند باشد. (ولی الله، ۱۳۸۴). در حالی که نظر برخی دانشمندان بر این است که سازگاری و مهارت اجتماعی را فرایندی می‌دانند که افراد را قادر می‌سازد تا رفتار دیگران را درک و پی‌بینی کنند، رفتار خود را کنترل کنند و تعاملات اجتماعی خود را تنظیم نمایند. عوامل متعددی در سازگاری اجتماعی افراد نقش دارند که نظریه‌ها و دیدگاه‌های مختلف تربیتی، روان‌شناختی و جامع‌شناختی بر آن‌ها تأکید کرده‌اند (بقولی، ۱۳۷۶).

انسان همواره در پی جستجوی راهکاری برای بهبود زندگی خود می‌باشد و در این عرصه گام‌های متعددی را طی می‌کند. در واقع به دنبال افزایش میزان رضایتمندی خود از زندگی می‌باشد. این رضایتمندی بر پایه ارزش‌ها و تمایلات فردی می‌باشد. یکی از محورهای ارزیابی سلامت جوامع مختلف، کیفیت زندگی آن جامعه است. بی‌شک کیفیت زندگی، نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر فرد و جامعه ایفا می‌کند (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸). کیفیت زندگی^۳ ساختاری پویا و ذهنی است که به مقایسه وضعیت زندگی گذشته با حوادث اخیر در همه جوانب مثبت و منفی می‌پردازد. ماهیت ذهنی بودن کیفیت زندگی به ادراک افراد درباره وضعیت زندگیشان به جای گزارشات دیگران می‌پردازد و بر اساس تعریف فرانس و پوورس^۴ (۱۹۹۰)، به نقل از گرانت و ریورا^۵ (۲۰۰۰) از خشنودی و یا عدم خشنودی از حیطه‌هایی از زندگی که برای فرد اهمیت دارد، نشأت می‌گیرد. بنابراین، افراد با مشکلات مشابه ممکن است نظرات متفاوتی در مورد کیفیت زندگیشان داشته باشند و آن را به صورت‌های مختلفی گزارش کنند. باید اشاره نمود که زندگی با کیفیت مطلوب ریشه در اعتقادات و آموزش‌های لازم دارد. یکی دیگر از ابعادی که می‌تواند تحت تأثیر آموزش حل مسئله قرار گیرد، سلامت روان افراد است. اصطلاح سلامت روانی، اصطلاحی است که از آن برای بیان و اظهار کردن هدف خاصی برای جامعه استفاده می‌شود. هر فرهنگی بر اساس معیارهای خاص خود به دنبال سلامت روان است و سلامت روان قسمتی از سلامت کلی است. منظور از سلامت روان، سلامت ابعاد خاصی از انسان مثل هدفش، ذهنش، حالت و فکر می‌باشد. از طرف دیگر سلامت روان روی سلامت فیزیکی هم تأثیر دارد. بسیاری از پژوهش‌های اخیر مشخص کردند که یک سری اختلالات فیزیکی و جسمی به شرایط خاص روانی مرتبط هستند. یک فرد زمانی سلامت روانی دارد که با شناخت و حفظ ویژگی‌های شخصیتی خود را با محیط تطبیق دهد (جوکار و سمنگان، ۱۳۸۹). تاب‌آوری^۶ یکی از سازه‌های اصلی شخصیت برای فهم انگیزش، هیجان و رفتار

1- Lemoal, & Koop

2- social adjustment

3- quality of Life

4 - Ferrans, & Powers

5- Grant, & Rivera

6. Werner-



مفهوم سازی شده است (بلاک^۱، ۲۰۰۲). تاب آوری ظرفیتی ذاتی نیست بلکه رفتار تاب آورانه اکتسابی است. تاب آوری در حقیقت فرایند زندگی است، فرایندی که در آن، هر کس می تواند بر تنش ها و رویدادهای ناگوار غلبه کند. تاب آوری نتیجه فرایندی تاب آفرینانه در زندگی واقعی است. تاب آوری تنها پایداری در برابر آسیب ها یا شرایط تهدیدکننده نیست بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط است. عدم گسترش تاب آوری می تواند ایجاد کننده تجارب منفی باشد و علت ناسازگاری، تحمل کم و عدم تطابق با شرایط محیطی و استرس زا را باعث شود (استیو^۲، ۲۰۱۱). تاب آوری، به انطباق موفقیت یافته می شود که در آوردگاه مصایب و استرس های توان کاه و ناتوان ساز، آشکار می شود. این تعریف از تاب آوری، بیانگر سازه ای است که مستلزم تعادل پیچیده بین عوامل خطر ساز و محافظت کننده است (برودریک و ساویر^۳، ۲۰۰۳). ارک^۴ (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان داد که افراد دارای تاب آوری بالا، در مواجهه با رویدادهای هیجانی با ماهیت خنثی و نامعلوم، بیشتر تمایل به نشان دادن هیجانات مثبت داشتند به اعتقاد آن ها این امر ممکن است به علت توانایی این افراد برای کنار آمدن موفقیت آمیز به هنگام روبرو شدن با موقعیت های دشوار، به خصوص موقعیت هایی با ماهیت بین فردی باشد. همچنین پژوهش کار^۵ (۲۰۰۴) نشان داد که سطوح بالای تاب آوری به فرد کمک می کند تا تا از عواطف و هیجان های مثبت به منظور پشت سر نهادن تجربه های نامطلوب و بازگشت و وضعیت مطلوب استفاده کند. تاب آوری به افراد توانایی می بخشد تا با مشکلات و ناملازمات زندگی و شغلی روبرو شوند بدون این که دچار آسیب شوند و حتی این موقعیت ها را فرصتی برای ارتقا و رشد شخصیت خود مورد استفاده قرار دهند. به نظر می رسد یکی از تجارب تنش زا ممکن است اعتیاد باشد، به عنوان یک بیماری قابل پیشگیری و قابل درمان است که معمولاً به شکل واکنش در برابر تنیدگی های جسمانی خاص و مشکلات روحی و روانی در مراکز ترک اعتیاد های مختلف دیده می شود.

در مطالعه ای ماریلین^۶ (۲۰۰۵) نیز نشان داد که آموزش مهارت زندگی و حل مسئله به کاهش نگرش مثبت به مصرف مواد، الکل و سیگار منجر می شود. فاولس^۷ (۲۰۰۰) در پژوهشی بر روی یک نمونه ۱۰۰ نفری مبتلا به اعتیاد بیان می کند که آموزش مهارت حل مسئله بر سیستم های مغزی BAS, BIS و کیفیت زندگی اثرگذار است و باعث افزایش سیستم BAS و کیفیت زندگی آنها می شود. زولینگر^۸ (۲۰۰۳)، به نقل از بهرامی و همکاران) آموزش مهارت زندگی مبتنی بر دانش و نگرش دانش آموزان هندی را نسبت به سیگار مورد مطالعه قرار داد. نتایج مقایسه دو گروه آزمایشی و کنترل نشان داد که دانش آموزانی که مهارت های زندگی را آموزش دیده بوده کمتر سیگار کشیدند. همچنین دانش آموزان آموزش دیده اعلام کردند که راحت تر می توانند پیشنهاد گروه همسالان برای کشیدن سیگار را رد می کنند. ویلیامز^۹ (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان داد که آموزش کنترل استرس در تنظیم هیجانات مؤثر است و تاب آوری افراد را افزایش می دهد. ویتلی^{۱۰} (۲۰۱۰) در پژوهشی بر روی ۱۰۰ زن مطلقه، آموزش مدیریت استرس را طی ۱۲ جلسه انجام دادند که تأثیرات آموزش مدیریت استرس بر افزایش تاب آوری و باورهای انگیزشی مشهود گشت. فرانکل^{۱۱} و همکاران (۲۰۱۲) در طی پژوهشی بر روی معتادین تأثیر مدیریت خشم و مهارت حل مسئله را بر کیفیت زندگی و سرسختی بررسی نمودند و گزارش کردند که اقدامات آموزشی در زمینه مهارت حل مسئله تأثیر زیادی در افزایش کیفیت زندگی و

7. Block-

- 1- Stive
- 2- Brodrick & Sawyer
- 3- Eric
- 4- Carr
- 5 - Marilyn
- 6- Fowles
- 7 - Zolinger
- 8 - Wiliyamz
- 9- Wheahly
- 10- Franken



سرسختی افراد دارد. یون پارک سانگ^۱ (۲۰۰۷، به نقل از سلجوقی، ۱۳۹۰) گزارش کرد، آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند بر افزایش سلامت روان معتادین اثرگذار باشد، و میزان سلامت روان را افزایش دهد. آزورا^۲ (۲۰۰۷، به نقل از رضایی، ۱۳۸۸) نیز نشان داد که آموزش آرام‌سازی رفتاری یا عضلانی و استرس، به میزان چشمگیری اضطراب را کاهش می‌دهد و میزان سلامت روان و کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد. تحقیق دیگری که توسط دس^۳ و همکاران (۲۰۰۰) انجام پذیرفت نشان داد، آموزش در زمینه مهارت‌های زندگی، پیشرفت‌هایی در عملکرد شناختی، تعادل احساسی و رفتاری و همچنین کیفیت زندگی ایجاد می‌نماید.

شاه ولی (۱۳۸۴) پژوهشی را با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های تصمیم‌گیری و حل مسئله بر میزان کیفیت زندگی معتادین شهر شیراز انجام داد و نتایج نشان داد که، آموزش مهارت‌های تصمیم‌گیری و حل مسئله در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، بر میزان کیفیت زندگی اثرگذار است و میزان کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد بابل (۱۳۸۸) در بررسی رابطه سبک‌های مقابله با استرس با کیفیت زندگی معتادین شهر اهواز به این نتیجه رسید که سبک مقابله با استرس مسئله‌مدار با کیفیت زندگی معتادین رابطه معناداری دارد. فریمانی (۱۳۸۹) در تحقیقی به اثربخشی مهارت حل مسئله بر افزایش سازگاری فردی و اجتماعی و کیفیت زندگی ۴۰ معتاد تحت نظر بهزیستی در شهرستان بهبهان پرداخت. یافته‌ها نشان داد که مهارت حل مسئله به میزان چشمگیری سازگاری فردی و اجتماعی و کیفیت زندگی معتادین را افزایش می‌دهد. خجسته و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی نشان دادند که آموزش گذشت نسبت به همسران سابق باعث افزایش ارزش خود، رهایی از رابطه قبلی و افزایش تاب آوری و خودارزشمندی اجتماعی شد و باعث کاهش احساسات خشم و نشانگان غم و اندوه زنان مطلقه شد. میسمی (۱۳۹۲) در پژوهشی تحت عنوان رابطه هوش هیجانی و مهارت‌های زندگی با کیفیت زندگی معتادین اهواز را بررسی نمود، و نشان داد که بین مهارت‌های زندگی با سلامت رابطه وجود دارد. صابر و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی به مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های حل مسئله ۱۸۰ مردان معتاد و غیرمعتاد پرداختند و نشان دادند که معتادین در مقایسه با گروه غیرمعتاد، در بعد روان رنجورخوبی نمره بالاتر و در ابعاد توافق‌پذیری، برونگرایی و با وجدان بودن نمره پایین‌تری داشتند. همچنین مشخص شد آموزش روش‌های حل مسئله در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا می‌تواند گامی مؤثر در پیشگیری و مهار اعتیاد باشد. کاکیا (۱۳۸۹) در پژوهش خود بر روی دانش‌آموزان به این نتیجه رسید که آموزش مهارت حل مسئله باعث کاهش اعتیادپذیری و آمادگی به اعتیاد می‌شود. رحمتی (۱۳۸۸) در مطالعه‌ای به تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و حل مسئله در تغییر نگرش نسبت به سوء مصرف مواد مخدر در دانشجویان کرمان پرداخت. نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های حل مسئله باعث تغییر نگرش دانشجویان نسبت به سوء مصرف مواد مخدر می‌شود. جواد (۱۳۸۸) پژوهشی در حیطه تأثیر آموزش مهارت‌های مدیریت استرس و حل مسئله بر سلامت عمومی و روانی معتادین انجام داد که نتایج نشان داد، که آموزش حل مسئله، در گروه آزمایش سلامت عمومی و روانی معتادین را افزایش می‌دهد. شاه ولی (۱۳۸۴) پژوهشی را با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های تصمیم‌گیری و حل مسئله بر میزان کیفیت زندگی معتادین شهر شیراز انجام داد و نتایج نشان داد که، آموزش مهارت‌های تصمیم‌گیری و حل مسئله در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، بر میزان کیفیت زندگی اثرگذار است و میزان کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد.

11 - Park Sang Youn

12 - Azura

3 - Dess



روش

جامعه آماری در پژوهش حاضر عبارت از کلیه معتادین وابسته به مواد افیونی مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر اندیمشک در سال ۱۳۹۴ بود. نمونه این تحقیق مشتمل ۱۵۰ معتاد خود معرف به مرکز ترک اعتیاد اندیمشک می‌باشد. در این تحقیق از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده است.

ابزار اندازه گیری

پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل: این پرسشنامه اقتباس شده از پرسشنامه تدوین شده توسط بل در سال ۱۹۶۱ است. وی در زمینه سازگاری دو پرسشنامه ارائه کرده است که یکی مربوط به دانش آموزان است و دیگری مربوط به بزرگسالان. و هر فرم پنج بعد سازگاری را در بر می‌گیرد که یکی از ابعاد آن سازگاری اجتماعی می‌باشد. بل (۱۹۶۲) ضریب پایایی را ۰/۸۸ برای سازگاری اجتماعی بیان کرده است. این پرسشنامه توسط بهرامی احسان (۱۳۷۱) بعد از ترجمه و ویرایش بر روی ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی اجرا شد. پایایی این آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه گردید. در پژوهش دیگری که در سال ۱۳۷۴ توسط عبدی فرد بر روی ۱۵ نفر از دانشجویان شاغل به تحصیل در مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه مشهد صورت گرفت. پایایی آزمون با روش ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۸ بدست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی: پرسشنامه کیفیت زندگی SF-۳۶ برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و نیز تحقیقات و مطالعات عمومی کاربری دارد. این پرسشنامه توسط واروشربون (۱۹۹۲) طراحی شد. هدف ارزیابی این پرسشنامه، ارزیابی حالت سلامت از دو منظر جسمانی و روانی است و دارای ۳۶ عبارت است که در مجموع کیفیت زندگی را می‌سنجد. پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین ۱۰۰ است. نحوه نمره‌گذاری پرسشنامه به این صورت می‌باشد که مجموع نمرات از هر زیر مقیاس را بر ۸ تقسیم می‌کنیم و نمره کل کیفیت زندگی بدست می‌آید (منتظری و همکاران، ۱۳۸۴). محمدی (۱۳۸۸) پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه‌ای حاصل از آزمون مجدد سنجید و در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷۰ بدست آمد ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بود، که می‌تواند به علت تعداد کم سوالات در این حیطه یا سوالات حساس آن باشد. از طرفی در ۸۳ درصد موارد، همبستگی هر سوال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه‌ها بالاتر بود. روایی پرسشنامه با قابلیت تمایز این ابزار در گروه‌های سالم و بیمار با استفاده از رگرسیون خطی مورد ارزیابی قرار گرفت و در حیطه‌های مختلف اختلاف معنی‌دار داشتند (افجه، ۱۳۹۱). نجومی و عنبری (۱۳۸۶) در پژوهشی که بر روی ۱۳۹ بیمار مبتلا به ایدز و HIV و ۱۳۹ فرد سالم انجام دادند پایایی پرسشنامه مذکور را با استفاده از آلفای کرونباخ در حدود ۰/۹۲ بدست آوردند (موسوی و تامولی، ۱۳۹۲). در تحقیق جعفری (۱۳۸۸) ضریب پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل مقیاس ۰/۹۵ می‌باشد که به طور کلی، بیانگر پایایی مطلوب پرسشنامه مذکور است. همچنین اعتبار پرسشنامه را با پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت همبسته نمود و ۰/۶۶ بدست آورد که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود و نشانگر اعتبار بالای پرسشنامه بود (افجه، ۱۳۹۱).

پرسشنامه تاب آوری: کونور و دیوید سون (۲۰۰۳) این مقیاس را به منظور سنجش تاب آوری تهیه نمودند. سازندگان این پرسشنامه بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی می‌تواند افراد تاب آور را از غیرتاب آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی جدا کند و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی بکار برده شود. این پرسشنامه دارای ۲۶ گویه است که در یک مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود (حسینی، ۱۳۹۱). محمدی (۱۳۸۴) در پژوهشی ضریب پایایی این



پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آورد. شاکری نیا و محمدپور (۱۳۸۹) در پژوهشی ضریب پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۰ بدست آوردند. مشعل پور (۱۳۸۹)، به نقل از عباسپور دوپلانی، (۱۳۸۹) در پژوهشی از طریق همبسته نمودن آن با مقیاس سرسختی روانشناختی اهواز با محاسبه ضریب همبستگی ۰/۶۴ در سطح معنی داری ($p < 0/0001$) نشان داده که این سازه از اعتبار نسبتا بالایی برخوردار است.

یافته‌ها

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
سازگاری فردی- اجتماعی	۶۲/۳۸	۱۵/۳۵	۲۵	۸۹
کیفیت زندگی	۵۴/۵۸	۲۶/۵۱	۲۱	۱۲۳
تاب آوری	۶۸/۲۰	۱۸/۱۰	۳۲	۹۹

همان طوری که در جدول ۱ مشاهده می شود میانگین و انحراف معیار، به ترتیب، در متغیر سازگاری اجتماعی- فردی به ترتیب ۶۲/۳۸ و ۱۵/۳۵، متغیر کیفیت زندگی، ۵۴/۵۸ و ۲۶/۵۱ و در متغیر تاب آوری، ۶۸/۲۰ و ۱۸/۱۰ می باشد.

فرضیه اول: بین سازگاری اجتماعی- فردی و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد.
فرضیه دوم: بین سازگاری اجتماعی- فردی و تاب آوری رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۲. ضرایب همبستگی متغیرهای پیشایند (کیفیت زندگی و تاب آوری) و سازگاری اجتماعی- فردی

متغیرها	۱	۲	۳
سازگاری فردی- اجتماعی	۱		
کیفیت زندگی	۰/۳۸**		
تاب آوری	۰/۴۵**	۰/۳۷**	

* $p < 0/05$ ** $p < 0/01$

مندرجات جدول ۲ نشان می دهد، ضرایب همبستگی به دست آمده از رابطه متغیر کیفیت زندگی با سازگاری اجتماعی- فردی ۰/۳۸ می باشد و رابطه تاب آوری با سازگاری اجتماعی- فردی ۰/۴۵ می باشد که در سطح $p < 0/01$ معنی دار می باشند؛ بنابراین فرضیه ۱ و ۲ مورد تأیید قرار گرفتند.
فرضیه سوم: بین سازگاری اجتماعی- فردی و کیفیت زندگی و تاب آوری رابطه چندگانه وجود دارد.



جدول ۳. نتایج رگرسیون چندگانه متغیرهای پیشایند (کیفیت زندگی و تاب آوری) و سازگاری اجتماعی-فردی به روش (Enter)

آماره متغیر همبستگی	ضریب تعیین RS	نسبت F	احتمال P	Beta و ضرایب رگرسیون
پیش بین چندگانه MR				۵ ۴ ۳ ۲ ۱
تاب آوری ۰/۴۵	۰/۲۰	۲/۲۹	۰/۰۰۰	$\beta=۰/۴۵$ $B=۰/۳۸$ $t=۵/۵۰$
			$P=۰/۰۰۱$	
کیفیت زندگی ۰/۵۰	۰/۲۵	۲۰/۷۳	۰/۰۰۰	$\beta=۰/۲۵$ $\beta=۰/۳۵$ $B=۰/۱۴$ $B=۰/۳۰$ $t=۲/۹۲$ $t=۴/۱۹$
			$P=۰/۰۰۴$ $P=۰/۰۰۱$	

مطابق اطلاعات مندرج در جدول ۳ ضریب همبستگی چندگانه برای ترکیب خطی متغیرهای تاب آوری و کیفیت زندگی با سازگاری اجتماعی-فردی برابر $MR=۰/۵۰$ است که در سطح $p < ۰/۰۵$ معنی دار است. به عبارتی ۲۵٪ واریانس مربوط به سازگاری اجتماعی-فردی معنادان به وسیله متغیرهای مذکور تبیین می شود.

جدول ۴. نتایج رگرسیون چندگانه متغیرهای پیشایند (کیفیت زندگی و تاب آوری) و سازگاری اجتماعی-فردیه روش گام به گام

آماره متغیر همبستگی	ضریب تعیین RS	نسبت F	احتمال P	Beta و ضرایب رگرسیون
پیش بین چندگانه MR				۵ ۴ ۳ ۲ ۱
تاب آوری ۰/۴۵	۰/۲۰	۳۰/۲۹	۰/۰۰۰	$\beta=۰/۴۵$ $B=۰/۳۸$ $t=۵/۵۰$ $P=۰/۰۰۱$
			$P=۰/۰۰۱$	
کیفیت زندگی ۰/۵۰	۰/۲۵	۲۰/۳۹	۰/۰۰۰	$\beta=۰/۲۵$ $\beta=۰/۳۵$ $B=۰/۱۴$ $B=۰/۳۰$ $t=۲/۹۲$ $t=۴/۱۹$ $P=۰/۰۰۴$ $P=۰/۰۰۱$



جدول ۴ نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون با روش گام به گام را نشان می‌دهد. همان طور که ملاحظه می‌شود از میان متغیرهای پیش بین مورد مطالعه، متغیرهای تاب آوری با ضریب $\beta = 0/45$ و کیفیت زندگی با ضریب $\beta = 0/25$ معنی دارند و پیش بین کننده سازگاری اجتماعی-فردی می‌باشند، یعنی افزایش متغیرهای تاب آوری و کیفیت زندگی با افزایش سازگاری اجتماعی-فردی همراه است. ضریب همبستگی چندگانه برای ترکیب خطی متغیرهای پیش بین برابر با $MR = 0/50$ می‌باشد که در سطح $p < 0/05$ معنی‌دار است. این متغیرها ۲۵٪ واریانس مربوط به سازگاری اجتماعی-فردی را تبیین می‌کنند؛ بنابراین فرضیه سوم پژوهش تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه کیفیت زندگی، تاب آوری و سازگاری اجتماعی - فردی در بین معنادین خود معرف به مرکز ترک اعتیاد شهر اندیمشک بود. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، ضریب همبستگی به دست آمده از رابطه متغیرهای سازگاری اجتماعی - فردی و کیفیت زندگی ۰/۳۸ می‌باشد، بنابراین فرضیه ۱، مبنی بر این- که بین سازگاری اجتماعی - فردی و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد. تأیید می‌گردد.

نتیجه این فرضیه با تحقیقات ماریلین^۱ (۲۰۰۵)، زولینگر^۲ (۲۰۰۳)، به نقل از بهرامی و همکاران، ویلیام مز^۳ (۲۰۱۲)، ویتلی^۴ (۲۰۱۰)، یون پارک سانگ^۵ (۲۰۰۷)، به نقل از سلجوقی، (۱۳۹۰)، آزورا^۶ (۲۰۰۷)، به نقل از رضایی، (۱۳۸۸)، دس^۷ و همکاران (۲۰۰۰)، شاه ولی (۱۳۸۴)، بابلی (۱۳۸۸)، میسمی (۱۳۹۲)، صابر و همکاران (۱۳۹۰)، کاکیا کاکیا (۱۳۸۹)؛ فریمانی (۱۳۸۹)، رحمتی (۱۳۸۸)، جوادی (۱۳۸۸)، بابلی (۱۳۸۸)، شاه ولی (۱۳۸۴) همسو می‌باشد.

در تبیین فرضیه اول پژوهش می‌توان گفت، سازگاری به تغییراتی که باید در رفتار فرد پیدا شود تا فرد با محیط زندگی هماهنگ و دم ساز گردد، اطلاق می‌شود. اساساً شخص سازگار کسی است که میان خود و محیط مادی و اجتماعی خود ارتباطات سالم و درسی برقرار کند که نتیجه‌اش استقرار و ثبات عاطفی برای خود او باشد. سازگاری عبارت است از هماهنگ ساختن رفتار به منظور برآورده ساختن نیازهای محیطی که غالباً مستلزم اصطلاح تکانه‌ها، هیجان‌ها با نگرشها می‌باشد از سوی تاریخچه‌ی پیدایش مفهوم کیفیت زندگی به دوران ارسطو در ۳۸۵ سال قبل از میلاد مسیح باز می‌گردد. در آن دوران ارسطو «زندگی خوب» یا «خوب انجام دادن کارها» را به معنی شاد بودن در نظر گرفته است، لیکن در عین حال به تفاوت مفهوم شادی در افراد مختلف پرداخته است و ذکر نموده است سلامتی که باعث شادی در یک مرد بیمار می‌شود با ثروتی که فرد فقیری را شاد می‌کند یکسان نیست و به طور مشخص بیان نمود که شادی نه تنها برای افراد مختلف معانی متفاوتی دارد بلکه برای یک فرد نیز در شرایط متفاوت معنی یکسانی نخواهد داشت. به هر حال در آن زمان شادی یا شادمانه زیستن معادل با آنچه که امروز کیفیت زندگی نام دارد تلقی می‌شد، ولی اصطلاح کیفیت زندگی تا قرن بیستم مورد استفاده قرار نگرفته بود. به مرور زمان محققین متوجه شدند

- 1 - Marilyn
- 2 - Zolinger
- 3 - Wiliyamz
- 4- Wheahly
- 5 - Park Sang Youn
- 6 - Azura
- 7 - Dess



که کیفیت زندگی میتواند یکی از پیامدهای پر اهمیت در ارزیابی‌های سلامت باشد چنانچه تعریف سازمان بهداشت جهانی از سلامت نیز به این نکته اشاره دارد بطور کلی کیفیت زندگی واژه ای است که تعریف مشخص و یکسانی ندارد، اگرچه مردم به شکل غریزی معنای آن را به راحتی درک می‌کنند، لیکن همان‌گونه که اشاره گردید این مفهوم برای آن‌ها یکسان نیست. از آنجا که مانند سایر متغیرها اندازه‌گیری آن مستلزم وجود تعریف جامع و مشخصی از آن خواهد بود، همواره تلاش شده است تا تعریف مناسبی برای آن ارائه گردد.

همان‌طور که در جدول ۲، مشاهده می‌شود، ضریب همبستگی به دست آمده از رابطه متغیرهای سازگاری اجتماعی-فردی و تاب آوری ۰/۴۵ می‌باشد، بنابراین فرضیه ۲، مبنی بر این‌که بین سازگاری اجتماعی-فردی و تاب آوری رابطه معناداری وجود دارد، تأیید می‌گردد.

نتیجه فرضیه دوم پژوهش با تحقیقات فاولس^۱ (۲۰۰۰)، ویلیام مز^۲ (۲۰۱۲)، ویتلی^۳ (۲۰۱۰)، فرانکل^۴ و همکاران (۲۰۱۲)، یون پارک سانگ^۵ (۲۰۰۷)، به نقل از سلجوقی، (۱۳۹۰)، آزورا^۶ (۲۰۰۷)، به نقل از رضایی، (۱۳۸۸)، دس^۷ و همکاران (۲۰۰۰)، شاه ولی (۱۳۸۴)، بابلی (۱۳۸۸)، فریمانی (۱۳۸۹)، خجسته و همکاران (۱۳۹۱)، میسمی (۱۳۹۲)، فریمانی (۱۳۸۹)، جوادی (۱۳۸۸)، بابلی (۱۳۸۸)، همسو می‌باشد.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت: سازگاری، مهارتی است که باید آموخته شود و کیفیت آن مانند سایر آموخته‌ها بستگی به میزان علاقه کوشش فرد برای یادگیری آن دارد. محیط خانواده، مدرسه و وسایل ارتباط جمعی در فراهم ساختن امکانات یادگیری سازگاری با محیط، نقش و مسئولیت مهمی به عهده دارند. سازگار شدن با محیط مهمترین منظور و غایت همه فعالیت‌های ارگانیزم است در هر دوران از زندگی خود در هر روز و هر ساعت، سرگرم آن هستیم که خود دگرگون شده و نشده را با محیط دگرگون شده و دگرگون نشده سازگار کنیم و زندگی کردن در حقیقت چیزی جز عمل سازگاری نیست و جریاناتی را که با به وجود آمدن احتیاجاتی شروع شود و انسان پس از انجام فعالیت هایی به بر طرف آن احتیاجات اقدام می‌کند، سازگار می‌نامند افرادی که دچار تضاد می‌شوند یا در تامین احتیاجات خود به مانع برخورد می‌کنند، اگر برای از بین بردن آن و رفع تضاد عاقلانه رفتار کنند و از طریق مختلف اقدام نمایند، در این صورت فعالیت های آن‌ها مثبت و نتیجه بخش خواهد بود و اگر در مقابل موانع به طور کافی صحیح اقدام نمایند، به این گونه فعالیت‌ها سازگاری می‌گویند سازگاری هر فرد مستلزم برآوردن نیازهای شخصی مطابق با واقعیت‌های محیطی است و دارای جریاناتی پویا می‌باشد. هر فرد به محیط و تغییراتی که در آن رخ می‌دهد، پاسخ-هایی می‌دهد از جهتی تاب آوری نوعی ویژگی است که از فردی به فردی متفاوت است و می‌تواند به مرور زمان رشد کند یا کاهش یابد و بر اساس خود اصلاح گری فکری و عملی انسان در روند آزمون و خطای زندگی شکل می‌گیرد.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، برای بررسی این فرضیه، از روش تحلیل رگرسیون به دو صورت ورود (Enter) و گام به گام (Stepwise) بهره برده‌ایم. جدول ۳ نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه متغیرهای (سازگاری اجتماعی-فردی و کیفیت زندگی و تاب آوری) را به روش ورود (Enter) نشان می‌دهد.

- 1- Fowles
- 2 - Wiliyamz
- 3- Wheahly
- 4- Franken
- 5 - Park Sang Youn
- 6 - Azura
- 7 - Dess



مطابق اطلاعات مندرج در جدول ۳ ضریب همبستگی چندگانه برای ترکیب خطی متغیرهای سازگاری اجتماعی- فردی و کیفیت زندگی و تاب آوری برابر $MR = 0/50$ است که در سطح $p < 0/05$ معنی دار است. به عبارتی ۲۵٪ واریانس مربوط به تاب آوری به وسیله ی متغیرهای مذکور تبیین می‌شود.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، داده‌های جدول نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون با روش گام به گام را نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود از میان متغیرهای پیش بین مورد مطالعه، متغیرهای تاب آوری ضریب $\beta = 0/45$ و کیفیت زندگی با ضریب $\beta = 0/25$ معنی دارند و پیش بین سازگاری فردی- اجتماعی می‌باشند. ضریب همبستگی چندگانه برای ترکیب خطی متغیرهای پیش بین برابر با $MR = 0/50$ می‌باشد که در سطح $p < 0/05$ معنی دار است. این متغیرها ۲۵٪ واریانس مربوط به سازگاری فردی و اجتماعی را تبیین می‌کنند؛ بنابراین فرضیه سوم، مبنی بر این‌که بین سازگاری اجتماعی- فردی و کیفیت زندگی و تاب آوری رابطه چندگانه وجود دارد، تأیید می‌گردد.

نتیجه فرضیه سوم پژوهش با تحقیقات ماریلین^۱ (۲۰۰۵)، فاولس^۲ (۲۰۰۰)، زولینگر^۳ (۲۰۰۳)، به نقل از بهرامی و همکاران، ویلیام مز^۴ (۲۰۱۲)، ویتلی^۵ (۲۰۱۰)، فرانکل^۶ و همکاران (۲۰۱۲)، یون پارک سانگ^۷ (۲۰۰۷)، به نقل از سلجوقی، (۱۳۹۰)، آزورا^۸ (۲۰۰۷)، به نقل از رضایی، (۱۳۸۸)، دس^۹ و همکاران (۲۰۰۰)، شاه ولی (۱۳۸۴)، بابلی (۱۳۸۸)، فریمانی (۱۳۸۹)، خجسته و همکاران (۱۳۹۱)، میسمی (۱۳۹۲)، صابر و همکاران (۱۳۹۰)، کاکیا (۱۳۸۹)، فریمانی (۱۳۸۹)، رحمتی (۱۳۸۸)، جوادی (۱۳۸۸)، بابلی (۱۳۸۸)، شاه ولی (۱۳۸۴) همسو می‌باشد

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت: سازگاری عبارت است از رفع نیازها، تحقق خواسته‌ها با توجه به مقررات، محدودیت‌ها و امر و نهی و آداب و رسوم اجتماعی به طوری که فرد خود را با توجه به شرایط محیط تطبیق دهد، سازگاری اجتماعی به مهارت‌های از قبیل ارتباط با گروه، مهارت گوش دادن، همدلی، همدردی، مهارت ارتباط کلامی، مهارت در تشخیص احساسات خویش، مهارت کنترل خویش اطلاق می‌گردد، سازگاری اجتماعی را رفتارهای معین و آموخته شده‌ای که افراد در روابط میان فردی خود برای کسب تقویت‌های محیطی یا فقط آن‌ها انجام می‌دهند می‌داند می‌توان گفت در کنار سازگاری کیفیت زندگی نقش اساس در گرایش به اعتیاد و بلعکس ترک آن دارد تعریف مختصری از کیفیت زندگی، بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است کیفیت زندگی یک مفهوم جدید نیست، بسیاری از علوم از قبیل جامعه‌شناسی، روان‌شناسی و اقتصاد از آن استفاده می‌کنند. واژه‌ی کیفیت زندگی، به خصوص کیفیت زندگی وابسته به سلامت به محدوده ی فیزیکی، روانی و اجتماعی سلامت اشاره می‌کند که این نواحی مشخص، به وسیله‌ی تجربیات، عقاید، انتظارات و ادراکات شخص تحت تأثیر قرار می‌گیرند. ادراکات اشخاص از کیفیت زندگی‌شان ممکن است فقط تحت تأثیر بیماری‌شان قرار نگیرد، بلکه هم چنین

- 1- Marilyn
- 2- Fowles
- 3 - Zolinger
- 4 - Wiliyamz
- 5- Wheahly
- 6- Franken
- 7 - Park Sang Youn
- 8 - Azura
- 9 - Dess



تحت تأثیر درمانشان نیز باشد. در کنار دو متغیر بالا متغییر تاب آوری می باشد که در اینجا مختصری به تعریف تاب آوری اشاره کنیم، تاب آوری در مورد کسانی به کار می رود که در معرض خطر قرار می گیرند ولی دچار اختلال نمی شوند از این رو شاید بتوان نتیجه گیری کرد که مواجه شدن با خطر شرط لازم برای کسب آسیب ناپذیری هست، اما شرط کافی نیست. عوامل تاب آور باعث می شوند که فرد در شرایط دشوار و با وجود عوامل خطرزا، ظرفیت های موجود خود در دستیابی به موفقیت و رشد زندگی استفاده کند و از این چالش و آزمون ها به عنوان فرصتی برای توانمند کردن خود بهره جوید و از آن ها سربلند بیرون آید. تاب آوری با در نظر داشتن توأم شرایط استرسزا و توانایی ذاتی افراد برای پاسخ گویی، دوام آوردن و رشد نرمال در حضور شرایط استرسزا مطرح می شود. تاب آوری یک راه حل امیدبخش و خوشایند است. شواهد روشنی در مورد وجود رابطه میان وقایع ناخوشایند و سختی زندگی در دوران کودکی با بروز اختلالات روانی در سال های بعدی زندگی وجود دارد.

منابع

- افجه، ب (۱۳۹۱). *رابطه هوش هیجانی و سبک های تفکر با کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی اهواز*. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.
- بابلی، ک (۱۳۸۸). *بررسی رابطه سبک های مقابله با استرس با کیفیت زندگی معتادین شهر اهواز*، پایان نامه کارشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.
- بهرامی، ف؛ معاضدیان، الف؛ حسینی المندی، ع (۱۳۹۱). *اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله و تصمیم گیری بر کاهش نگرش مثبت وابستگان به مواد افیونی*. فصلنامه اعتیاد پژوهی سومصرف مواد، سال ۷، ۲۰: ۳۷-۴۹.
- جوادی، م (۱۳۸۸). *تاثیر آموزش مهارت های مدیریت استرس و حل مسئله بر سلامت عمومی و روانی معتادین شهر اصفهان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.
- جوکار، ل؛ سمنگان، ب (۱۳۸۹). *رابطه تعلل و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز*. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.
- رحمتی، ب (۱۳۸۸). *تاثیر آموزش مهارت های مقابله ای و حل مسئله در تغییر نگرش نسبت به سومصرف مواد در دانشجویان کرمان*. پایان نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبائی.
- رضایی، ع (۱۳۸۸). *رابطه حل مسئله با خشنودی شغلی پرستاران شهر آبادان*. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- سلجوقی، ی (۱۳۹۰). *اثربخشی مهارت حل مسئله بر ضریب سختی و سلامت روان معتادین در شهرستان آبادان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- شاه ولی، الف (۱۳۸۴). *اثربخشی آموزش مهارت های تصمیم گیری و حل مسئله بر میزان کیفیت زندگی معتادین شهر شیراز*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی شیراز.
- صابر، ف؛ موسوی، و؛ صالحی، الف (۱۳۹۰). *مقایسه ویژگی های شخصیتی و سبک های حل مسئله در مردان معتاد و غیرمعتاد*. فصلنامه اعتیاد پژوهی سومصرف مواد، سال ۵، شماره ۱۹: ۲۰-۳۱.



- عبدی، م (۱۳۸۰). مقایسه سبک های حل مسئله در افراد معتاد وابسته به مواد و افراد عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.
- عبدی فرد، م (۱۳۷۴). مقایسه سبک های حل مسئله در افراد معتاد وابسته به مواد و افراد عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.
- غفاری، غ؛ امیدی، ر (۱۳۸۸). کیفیت زندگی و شاخص توسعه اجتماعی. تهران: انتشارات شیرازه.
- فریمانی، ب (۱۳۸۹). اثربخشی مهارت حل مسئله بر افزایش سازگاری فردی و اجتماعی و کیفیت زندگی معتادان تحت نظر بهزیستی در شهرستان بهبهان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- کاکیا، ل (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله بر کاهش اعتیاد پذیری در دانش آموزان دختر مقطع پیش دانشگاهی شهر تهران. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۲، شماره ۳: ۳۶-۳۱.
- محمدی، د (۱۳۸۴). اثربخشی برنامه های معتادان گمنام در نگرش به مواد مخدر. مجله مطالعات اجتماعی ایران. دوره سوم. شماره ۱: ۳-۲۱.
- محمدی، م (۱۳۸۸). بررسی رابطه ی هوش هیجانی با کیفیت زندگی کارکنان آموزش و پرورش نواحی ۴ گانه ی شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت.
- منتظری، ع؛ گشتاسبی، آ؛ وحدانی، م (۱۳۸۴). تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی SF-۳۶. تهران: انتشارات پایش.
- موسوی، ز؛ تامولی، م (۱۳۹۲). مقایسه کیفیت زندگی و هوش معنوی معتادین و افراد عادی شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.
- میسمی، س (۱۳۹۲). رابطه هوش هیجانی و مهارت های زندگی با کیفیت زندگی معتادین شهر اهواز، پایان نامه کارشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

منابع لاتین

- Arce, E., Simmons, A. W., Stein, M. B., Winkielman, P., Hitchcock, C., & Paulus, M. P. (2008). Association between individual differences in self – reported emotional resilience and the affective perception of neutral faces. *Journal of Affective Disorders*, 2(4), 120-131.
- Ball, S. A. (1962). Personality traits, problems, and disorders: clinical applications to substance use disorders. *Journal of Research in Personality*, 39: 84-102.
- Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: a conceptual analysis. *Journal of Adolescent*, 26, 1-11.
- Carr, A. (2004). *Positive Psychology*. London: Routledge.
- 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, 76-82.



- Dess R., Ayres. A., & Beechley, B .(2000) The impact of Coping with life challenges on psychosocial functioning and autonomic recovery and quality of life to stress in addicts. *Inteyr*. 34.4: 46-68.
- Fowles,. K. H.(2000). *The effect of problem solving skill over quality of life and Brain Behavioral Systems and Locus of control in addicts. journal of. Psychology of Addictive Behaviors*.17(1): 24-31.
- Franken,. M. Zamara,. S. Desham, J., & Viliams, V.(2012). *The effect of Anger management and problem solving skill over quality of life : A Guide for addicts. Behavioural Brain Research*, 196: 1–10.
- Gran, M. M., & Rivera, L. M. (2000). Evaluation of quality of life in oncology and oncology nursing. In: King CR. Hinds P. editors. *Quality of Life from Nursing and Patient Perspective Theory. Research Practice. 1st ed Philadelphia: jones and Bartlett publishers Sudbury Massachusetts*, 37-53.
- LeMoal, M., & Koob, G. F.(2007). Drug addiction: Pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *European Neuropsychopharmacology*, 17, 17(6-7): 377-393.
- Marilyn,. A. J. (2005). School programming for the prevention of addiction. *Journal Articles*, 23:202-210.