

اثربخشی آموزش شادکامی گروهی بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد

مریم آزادجعفرلو^۱

لادن معین^۲

چکیده

پژوهش حاضر به منظور اثربخشی آموزش شادکامی گروهی بر بهبود مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد انجام شد. در یک پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد مراجعه‌کننده به مرکز خودمعرف بهزیستی شیراز که دوره سم‌زدایی را با موفقیت سپری کرده بودند با روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند و در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، به پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای کارور و همکاران (۱۹۸۹) پاسخ دادند. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه نود دقیقه‌ای تحت آموزش شادکامی گروهی قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS-21 و با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس صورت گرفت. نتایج حاکی از افزایش معنادار نمره راهبردهای مقابله‌ای در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون بود. بنابراین، آموزش گروهی شادکامی در بهبود راهبردهای مقابله‌ای بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد مؤثر است.

واژه‌گان کلیدی: آموزش شادکامی، راهبردهای مقابله‌ای، سوء مصرف مواد.

۱- کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

Azadmaryam299@gmail.com

۲- استادیار گروه مشاوره، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران (نویسنده مسئول)

Ladanmoein98@yahoo.com

مقدمه

سوء مصرف مواد به طور جدی برای سلامت انسان و توسعه اجتماعی مضر است، و یک بیماری روحی عودکننده مزمن محسوب می‌گردد (گارسیا-پاردو، روگر-سانچز، رودریگوئز-آریاس، مینارو و اکوییلار^۱، ۲۰۱۶)، تمامی مواد مخدر، هرچند به اندازه‌های مختلف و در جهات مختلف استفاده شوند، می‌توانند اطلاعات هیجانی یا عاطفی را تغییر دهند و منجر به نتایج رفتاری ناسازگار شوند (بلین، بلین-راسنت، مارای و اوریت^۲، ۲۰۱۳). همچنین پژوهشگران تأکید کرده‌اند که افراد معتاد نشانه‌های افسردگی، استرس و تنیدگی را نسبت به افراد عادی بیش‌تر نشان می‌دهند (کوپرا، تراکوب، جاکوبسیکا، ساسزکد، میچالسکا، مجسکا^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). طبق آخرین آمار سازمان بهداشت جهانی^۴، در داده‌های جمع آوری شده از ۱۴۷ کشور جهان که در حدود ۸۸ درصد جمعیت جهان را شامل می‌شود، ۱۵۵ تا ۲۵۰ میلیون نفر یا بین ۳/۵ تا ۵/۷ درصد جمعیت جهان در بازه سنی ۱۶ تا ۶۴ سال از مواد مخدر یا روان‌گردان مانند کوکائین، تریاک، ماری و جوآنا استفاد می‌نمایند که به طور عمومی ماری جوآنا بیش‌ترین میزان مصرف را به خود اختصاص داده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۷). در ایران نیز طی ۲۰ سال گذشته، میزان وابستگی به مواد بیش از ۳ برابر نرخ رشد جمعیت بوده است. عوارض بسیار جدی اعتیاد بر سلامت فرد، زندگی خانوادگی، اقتصاد، امنیت و رشد فرهنگی جامعه بسیار گسترده و ژرف است. به این ترتیب درمان اعتیاد همواره به عنوان یکی از دغدغه‌های سیاست‌گذاران سلامت مطرح بوده و مبالغ چشم‌گیری از اعتبار بخش سلامت را به خود اختصاص می‌دهد (هاشمی‌مقدم، ترکان و یوسفی، ۱۳۹۹).

علل شیوع اعتیاد پیچیده و متعدد است و بنا به ویژگی جوامع مختلف تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای دارد. برخی صفات شخصیتی، خطر سوء مصرف مواد را افزایش می‌دهند اعتماد

1. Garcia-Pardo, Roger-Sanchez, Rodriguez-Arias, Miñarro, & Aguilar

2. Belin, Belin-Rauscent, Murray, Everitt

3. Kopera, Truccob, Jakubczyka, Suszekd, Michalska, Majewska

4. world health organization

به نفس پایین، فقدان مهارت‌های اجتماعی و انطباقی و استفاده از روش‌های ناپخته برای مقابله با استرس‌ها و تنیدگی‌های زندگی از جمله این ویژگی‌های خطر آفرین است (ویتکویتز، وارنر، سالی، بریکز، استافر، تامپسون^۱ و همکاران، ۲۰۱۴؛ برادی^۲، ۲۰۱۴). به بیان دیگر مقابله یک متغیر تعدیل‌گر مهم در رابطه میان تنیدگی و پیامدهایی هم چون، اضطراب و افسردگی به شمار می‌رود (هریس، کرونکیت و موس^۳، ۲۰۰۶). از این رو اگر تلاش‌های مقابله‌ای فرد از نوع مؤثر، باکفایت و سازگارانه باشد، تنیدگی کمتر فشارزا به شمار می‌رود و واکنش نسبت به آن نیز در راستای کاهش پیامدهای منفی آن است. هم چنین اگر سبک یا الگوی مقابله، ناسازگارانه و ناکافی باشد، نه تنها تنیدگی را مهار نمی‌کند، بلکه خود این واکنش منبع فشار به شمار آمده و شرایط را بدتر می‌کند. در پژوهشی به منظور بررسی پاسخ‌های مقابله‌ای و مصرف مجدد مواد در بین نوجوانان، توانمندی مقابله‌ای ضعیف‌تر با استرس (مانند استفاده کم از حل مسأله و راهبردهای غیر مؤثر) و میزان بیشتری از عود ارتباط داشته است (مایزر و براون^۴، ۱۹۹۶؛ به نقل از شعاع کاظمی، ۱۳۸۷). سادربا و همکاران (۲۰۱۵) در بررسی خود روی گروهی از معتادان مواد افیونی نشان دادند که آنان در مقایسه با افراد سالم نگرش‌های ناکارآمد بیشتری داشته و از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر هیجان و مهار جسمانی بیشتر استفاده می‌کنند. با توجه به مدل پیشگیری از عود مارلات، نقص مهارت‌های مقابله‌ای کلی منجر به پایین آمدن خودکارآمدی شده و احتمال استفاده از مواد به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای در موقعیت‌های پرخطر را افزایش می‌دهد (بروکی، کمرزین و زارع، ۱۳۹۳). توانایی مقابله کارآمد می‌تواند تنیدگی‌های کنونی، آینده و نشانه‌های آسیب شناسی روانی را کاهش دهد (فرانکن، هندریکز، هافمنز و وندرمر^۵، ۲۰۰۳)، می‌تواند با اصلاح الگوی مقابله با تنیدگی در

¹ Witkiewitz, Warner, Sully, Barricks, Stauffer, Thompson

² Brady

³ Harris, Cronkite & Moos

⁴ Myser & Brown

⁵ Franken, Hendriks, Haffmans & van der Meer

معتادان، روش سالمی را برای کنار آمدن با شرایط فشارزا و پیشگیری از عود به آنها آموخت. مرور مطالعات گذشته نیز نشان می‌دهد که اثربخشی درمان‌های نگهدارنده دارویی، بدون مداخله‌های روانی اجتماعی موفقیت چندانی ندارند (روزن، وارت، ویندت برینک، یانگ و کرکباف^۱، ۲۰۰۶). امروزه یکی از حوزه‌های مورد مطالعه روانشناسی مثبت‌نگر یعنی شادی توجه زیادی را به خود جلب کرده است. شادی در حوزه روانشناسی یک هیجان مثبت است. شادکامی را می‌توان یک رویکرد و احساس خوشایند پایدار تعریف کرد که تأثیر عمده‌ای بر شکل‌گیری شخصیت و سلامت روان می‌گذارد (وین هوون^۲، ۲۰۰۸). شادکامی و سلامت ذهنی دربرگیرنده احساسات مثبت مانند لذت، آرامش و تجربه احساس نشاط و رضایت است و در نهایت احساسی است که شخص به کمک آن زندگی خود را معنادار و باارزش می‌داند. آرگایل^۳ (۲۰۰۱) شادکامی را تجربه‌ای درونی مثبت و والاترین انگیزه برای تمامی رفتارهای انسانی می‌داند. شادکامی به طور چشمگیری، به مهارت‌های گوناگون زندگی، نظیر واقع‌گرایی، هدفمند بودن و شایستگی اجتماعی و نیز داشتن رضایت از زندگی وابسته است؛ در نتیجه، پیشرفت چنین مهارت‌هایی شادکامی افراد را بیشتر می‌کند (وین هوون، ۲۰۰۸). فوردایس^۴ (۱۹۸۳) از صاحب‌نظران روان‌شناسی شادی است که طی پژوهش‌های بسیار، مجموعه‌ای را با عنوان برنامه افزایش شادکامی فردی ارائه کرده است و اعتقاد دارد با آموزش این اجزا، توانسته است بر شادکامی و بهبود مهارت‌های فردی افراد بیفزاید. در زمینه پیامدهای شادکامی، شماری از پژوهش‌ها نشان دادند که می‌توان از احساس شادکامی برای درمان بیماری‌های روانی، افزایش امید، افزایش کیفیت زندگی، افزایش مقاومت روانی و تقویت نیروی دفاعی در مقابل استرس استفاده کرد (لیبومیرسکی^۵، ۲۰۰۵؛ بیتسکو^۶ و همکاران، ۲۰۰۹؛ سلیگمن^۱،

1 Waart, Windt, Brink, Yong & Kerkbof

2 - Veenhoven

3 - Argyle

4 - Fordyce

5 - Lyubormirsky

6 - Bitoko

۲۰۱۲). عابدی و میرزایی (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان دادند که اجرای برنامه مبتنی بر شادکامی علاوه بر افزایش شادمانی، کاهش اضطراب و افسردگی را نیز به همراه داشته است. در پژوهشی دیگر نشان داده شد که آموزش شادکامی از طریق اثربخشی بر میزان خوش‌بینی و راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار در ارتقای کیفیت زندگی دانشجویان دختر از نقش موثری برخوردار است (پوررحیمی، احدی، عسکری و بختیارپور، ۱۳۹۴).

سوء مصرف مواد مخدر و مساله اعتیاد یکی از مهم‌ترین مشکلات عصر حاضر به شمار می‌آید که گستره‌ای جهانی پیدا کرده، پا از مرزهای بهداشتی درمانی فراتر نهاده و به یک معضل روانی، اجتماعی و خانوادگی تبدیل شده است. با توجه به این مهم، روش‌های استفاده برای درمان این مساله مهم اجتماعی نیز جایگاه و اهمیت ویژه‌ای را به خود اختصاص داده است. درمان‌های بکار رفته، بایستی اثر گذار، پایدار، فراگیر و نافذ بوده تا ضمن بهبود اولیه بیمار از ضمانت لازم جهت حفظ تاثیرات مثبت برخوردار باشد. پژوهش‌های بی‌نهایت اندکی در زمینه شادکامی بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد انجام شده، هم‌چنین، با توجه به اهمیت مسئله مهارت‌های مقابله‌ای در امر اعتیاد، به دنبال روش‌های جدیدتر روان‌درمانی و مداخله، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش شادکامی به شیوه گروهی بر مهارت‌های مقابله‌ای در افراد معتاد انجام شد.

مواد و روش

این طرح پژوهشی از نوع شبه آزمایشی و در چارچوب طرح‌های پیش‌آزمون- پس-آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری در این تحقیق عبارت بودند از افراد معتاد مراجعه کننده به مراکز خود معرف زیر نظر بهزیستی شیراز که درمان سم زدایی را پشت سر گذاشته بودند. از بین تمامی مراجعه‌کنندگان، ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل مصرف

تریاک، شیره، هرویین، طول مدت اعتیاد از یک تا پنج سال، داشتن سن بین ۲۵ تا ۴۰ سال، مرد بودن و عدم ابتلا به بیماری‌های مهم جسمانی و روانی و تمایل و رضایت آگاهانه کتبی فرد معتاد برای حضور در پژوهش و افراد معتادی که دارای سنین بالاتر از ۴۰ سال و همچنین کمتر از ۲۵ سال باشند، غیبت بیش از دو جلسه به صورت متوالی، طول مدت اعتیاد کمتر از یک سال و بیشتر از پنج سال، ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روانی، از مطالعه کنار گذاشته شدند. سپس به افراد واجد شرایط توضیحات تکمیلی در مورد نحوه انجام طرح از طریق مصاحبه داده شد و رضایتنامه آگاهانه اخذ شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه هفتگی طی دو ماه و نیم و هر جلسه ۹۰ دقیقه آموزش مبتنی بر شادکامی را دریافت کردند و گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات، پس از آزمون از هر دو گروه کنترل و آزمایش دریافت گردید. هم‌چنین به منظور رعایت مسائل اخلاقی جلساتی نیز برای گروه کنترل برگزار شد. پکیج جلسات آموزشی در این مطالعه بر اساس براساس نظریه آرگایل (۲۰۰۱) و کتاب روانشناسی شادی آرگایل و کلانتری (۱۳۸۶) تهیه شد. شرح مختصری از روند اجرای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

در این پژوهش از پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای کارور، اسپیر و وینتروب^۱ (۱۹۸۹) استفاده شد. این پرسشنامه بر پایه الگوی لازاروس از تنیدگی و الگوی خودنظم بخشی رفتاری تهیه شده و دارای چند بعد است که در آن راه‌هایی را که مردم به تنیدگی پاسخ می‌دهند، بررسی می‌کند. این پرسشنامه دارای ۶۰ پرسش است و سه سبک مقابله‌ای مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و کم‌فایده را می‌سنجد. برای نمره‌گذاری پرسش‌های این مقیاس نمره‌های صفر تا سه (اصلاً = ۰، کمی = ۱، به طور متوسط = ۲ و زیاد = ۳) تعلق می‌گیرد. جمع نمرات در هر یک از مقیاس‌ها به عنوان میزان استفاده از آن راهبرد مقابله‌ای در نظر گرفته می‌شود و بالاترین نمره در هر مورد نشانگر بیشترین استفاده از آن راهبرد می‌-

¹ Carver, Scheier & Weintrub

باشد. راهبردهای مسأله‌مدار شامل مقابله فعال، برنامه‌ریزی، خویشتن‌داری، جلوگیری از فعالیت‌های مزاحم و جستجوی حمایت اجتماعی ابزاری است. مقابله هیجان‌مدار تفسیر مجدد مثبت، پذیرش، حمایت اجتماعی عاطفی، انکار، طنز و گرایش به مذهب را شامل می‌شود. سبک مقابله‌ای کم فایده زیرمقیاس‌های تمرکز بر هیجان و ابراز آن، عقب‌نشینی رفتاری، عقب‌نشینی ذهنی و استفاده از دارو و دخانیات را شامل می‌شود. کارور و همکاران (۱۹۸۹) پایایی و روایی این مقیاس را طی سه مطالعه بررسی کردند. ضرایب همسانی درونی از ۰/۴۵ (برای زیرمقیاس عقب‌نشینی ذهنی) تا ۰/۹۲ (برای زیرمقیاس گرایش به مذهب) گزارش شد. ضرایب پایایی بازآزمایی از ۰/۴۶ (برای زیرمقیاس جلوگیری از فعالیت‌های مزاحم) تا ۰/۸۶ (برای زیرمقیاس گرایش به مذهب) گزارش گردید. در ایران ملازاده، منصور، اژه‌ای و کیامنش (۱۳۸۱) برای تعیین اعتبار بازآزمایی آن با فاصله ۳۷ روز این پرسشنامه را بر روی ۷۶ نفر اجرا و ضریب ۰/۷۹ را به دست آورد. هم‌چنین در این پژوهش ضریب آلفای کل پرسشنامه ۰/۸۰ و در سطح عوامل نیز آلفای سبک مقابله‌ای مسأله‌مدار ۰/۷۵، هیجان‌مدار ۰/۸۳ و ناکارآمد ۰/۷۱ به دست آمد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون آماری تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱) خلاصه جلسات آموزشی مبتنی بر شادکامی گروهی

اهداف	جلسات
برگزاری یک جلسه حضوری به منظور آشنایی با شرکت کنندگان، بیان طرح آموزشی و تشریح ضرورت شادکامی در زندگی به زبان ساده توضیح داده شد. قوانین برنامه درمانی به اعضا اعلام و در نهایت اجرای پیش‌آزمون.	جلسه اول
معرفی اعتیاد و ویژگی‌های آن و توصیف احساسات، هیجانات و ناسازگاری‌های رفتاری مرتبط با آن، آموزش مثبت‌نگری و شناخت ویژگی‌های مثبت خود به شیوه بحث گروهی و عملی و دادن تکالیفی برای منزل.	جلسه دوم
بررسی تکالیف منزل و بررسی مشکلات اعضا در امر اجرای تکلیف، معرفی و آموزش فن بیان احساسات، فن افزایش خوش‌بینی و ارائه راهکارهای لازم برای دستیابی به این هدف، معرفی فن	جلسه سوم

ایجاد و افزایش روابط صمیمانه در زندگی و ارائه راهکارهای مناسب و دادن تکالیفی برای اجرا در منزل.

گرفتن بازخورد از جلسه قبل و بررسی تکالیف انجام شده توسط اعضا، آموزش فن افزایش فعالیت جسمانی، توصیه به فعالیت‌های معنادار و سودمند و ارائه راهکارهای لازم، آموزش فن افزایش روابط اجتماعی و ارائه راهکار، دادن تکالیف منزل.

جلسه چهارم

گرفتن بازخورد از جلسه قبل و بررسی تکالیف انجام شده توسط اعضا، معرفی اضطراب، خشم و افسردگی از منظر شادکامی، آموزش دوری از افکار نگران‌کننده و راهبردهای مقابله با استرس و دادن تکالیفی برای منزل.

جلسه پنجم

بررسی وضعیت افراد در ارتباط با انجام تکالیف جلسه قبل، آموزش فن برنامه‌ریزی و سازمان-دهی (مدیریت زمان)، آموزش فن زندگی کردن در زمان حال، تمرین عملی شاد بودن در عین مشکلات (ارزیابی راهبرد های مقابله ای افراد معتاد)، ارائه راهکارهای مفید و عملی در خصوص این جلسه و ارائه تکالیفی برای منزل.

جلسه ششم

بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش فن خود واقعی بودن شامل شناسایی انواع خود، بررسی خودپنداره افراد در جلسه و ارائه راهکارهایی برای دستیابی به خود واقعی و حرکت به سوی خود مثبت، ارائه تکالیف برای اجرا در منزل.

جلسه هفتم

بررسی تکالیف انجام شده و مشکلات آنان در انجام تکالیف، آموزش تفکر شاد داشتن با اندیشیدن به راهبردهای مسئله‌مدار به جای راهبرد هیجان‌محور و ارائه راهکارهایی در این مورد (ارتباط موثر و شاد با دیگران به جای مصرف مواد) و دادن تکالیف منزل.

جلسه هشتم

بررسی تکالیف جلسه قبل، آشنایی با نمونه‌هایی از شخصیت‌های سالم و ناسالم و معرفی ویژگی-های شخصیت سالم، آموزش نحوه تفکرات مثبت برای الگوشکنی در رفتار (الگوی جدید توجه به تکنیک‌های شاد بودن به جای الگوی مصرف مواد) و ارائه تکالیف برای اجرا در منزل.

جلسه نهم

بررسی تکالیف و گرفتن گزارش افراد ثر مورد کارهایی که در این خصوص انجام داده‌اند، آموزش اولویت دادن به شادی، آموزش تکنیک کاهش توقعات و انتظارات و تکنیک قدردان بودن، گرفتن بازخورد از کل جلسات و اجرای پس‌آزمون.

جلسه دهم

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۳/۲۴ و انحراف استاندارد آن ۵/۳۴ بود. ۸ نفر از شرکت کنندگان مدرک زیر دیپلم، ۱۳ نفر دیپلم، ۳ نفر مدرک فوق دیپلم، ۴ نفر مدرک

لیسانس و تعداد ۲ نفر از آن‌ها دارای مدرک فوق لیسانس بودند. هم‌چنین ۲۴٪ از شرکت‌کنندگان اعتیاد به تریاک، ۶۰٪ اعتیاد به هروین و ۱۶٪ نیز اعتیاد به شیره داشتند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه شرکت‌کنندگان پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲) خلاصه داده‌های توصیفی راهبردهای مقابله‌ای به تفکیک گروه

متغیر	گروه	فراوانی	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
راهبردهای	آزمایش	۱۵	۱۸/۷۳	۳/۱۰	۲۲/۳۳	۳/۲۴
مقابله‌ای	کنترل	۱۵	۲۱/۴۶	۲/۰۳	۲۱/۹۴	۲/۰۸

براساس جدول ۲ میانگین نمره راهبردهای مقابله‌ای در بیماران گروه آزمایش نسبت به گروه گواه و نیز نسبت به مرحله پیش آزمون در مراحل پس آزمون افزایش داشته است. برای بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر شادکامی به صورت گروهی از تحلیل کواریانس استفاده شد. یکی از پیش شرط‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. برای بررسی این پیش شرط از آزمون لون استفاده شد. نتایج این تحلیل حکایت از برقراری این پیش شرط داشت ($F=1/33, p>0/05$). نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳) نتایج تحلیل کواریانس برای تاثیر برنامه آموزشی شادکامی بر راهبردهای مقابله‌ای

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون	۱۰۴/۴۱۶	۱	۳۱/۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹
تفاوت بین گروه‌ها	۵۷/۹۷	۱	۱۷/۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴
خطا	۸۸/۲۵۰	۲۶	-----	-----	-----
کل	۲۴۸/۷۰۰	۳۰	-----	-----	-----

بر اساس نتایج جدول ۳، نتایج تحلیل کواریانس در راهبردهای مقابله‌ای بیانگر تفاوت معنادار در پس‌آزمون ($F=17/73, P<0/0001$) است. به بیان دیگر برنامه آموزشی مبتنی بر شادکامی توانسته راهبردهای مقابله‌ای را در افراد معتاد گروه آزمایش افزایش دهد. این اثر از طریق عامل گروهی وارد شده و مقدار اثر آن به وسیله مقدار اتا قابل مشاهده است.

نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر شادکامی به صورت گروهی بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای افراد معتاد بود. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون در متغیر راهبردهای مقابله‌ای به وجود آمده است و آموزش مبتنی بر شادکامی در بهبود و افزایش راهبردهای مقابله‌ای گروه آزمایش تاثیر معناداری داشته است. این یافته با نتایج پوررحیمی و همکاران (۱۳۹۴)، بروکی و همکاران (۱۳۹۳)، عابدی و میرزایی (۱۳۹۰)، قاسم‌زاده، پیوسته‌گر، حسینیان، موتابی و بنی‌هاشم (۱۳۸۹)، مورت، والیتزکی، تیلور، توهیگ و کراسک^۱ (۲۰۱۲)، هیدز، کارول، کاتانیا، کاتون، بیکر و اسکافید^۲ (۲۰۱۰)، ین، وو، ین و کو^۳ (۲۰۰۴) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت اعتماد به نفس پایین، فقدان مهارت‌های اجتماعی و انطباقی و استفاده از روش‌های ناپخته برای مقابله با استرس‌های زندگی از جمله ویژگی‌های خطرآفرین در اعتیاد به مواد است (بخشی‌پور و همکاران، ۱۳۸۷) و مقابله به عنوان عاملی در ارتباط بین فشار روانی و اختلالات جسمی یا روانی میانجی‌گری می‌کند، مورد توجه بسیار بوده است. فولکمن و لازاروس (۱۹۹۱) مقابله را تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد برای غلبه بر تنیدگی و یا به حداقل رساندن اثر آن می‌دانند. مقابله یکی از متغیرهایی

¹ Meuret, Wolitzky-Taylor, Twohig, & Craske

² Hides, Carroll, Catania, Cotton, Baker, Scaffidi

³ Yen, Wu, Yen, KO

است که می‌تواند سلامت رفتار را پیش‌بینی کند و نداشتن مهارت‌های مقابله‌ای کافی، یک عامل خطر مهم در شروع مصرف مواد در افراد است (پوررحیمی و همکاران، ۱۳۹۴). معتادان از سبک‌های مقابله‌ای متفاوتی استفاده می‌کنند و رایج‌ترین سبک مقابله، شیوه غیر موثر اجتناب رفتاری بوده است (سموعی، ۱۳۷۸). طوفانی و جوانبخت (۱۳۸۰) در بررسی خود گزارش کرده‌اند که معتادان از راهبردهای مقابله مساله‌مدار، ارزیابی شناختی و جلب حمایت اجتماعی کمتر و از راهبردهای مقابله جسمانی کردن و مهار هیجانی بیشتر استفاده می‌کنند. راهبرد مساله مدار بیانگر اعمالی است که هدف آن تغییر یا کاهش موقعیت‌های فشارزاست. شیوه‌های هیجان مدار، تلاش برای پاسخدهی هیجانی به استرس خصوصاً به کمک مکانیزم‌های دفاعی است. در این روش از چیزی اجتناب می‌کنیم و اتفاقات رخ داده را توجیه یا انکار می‌کنیم یا آن‌ها را به شوخی می‌گیریم. در پژوهش حاضر و طبق یافته‌های به دست آمده، آزمودنی‌ها در ابتدا به هنگام برخورد با مشکلات بیشتر به صورت آنی (هیجانی) و مستقیم و بدون توجه به پیامد، عمل می‌کردند. اما با اجرای برنامه آموزشی با مشکلات به صورت منطقی برخورد نمودند. قبل از مداخله از مشکلات فاصله می‌گرفتند و طوری رفتار می‌کردند که هیچ اتفاقی رخ نداده و مشکلی در زندگی ندارند، اما پس از مداخله متوجه شدند که نباید از کنار مشکلات به وجود آمده به راحتی بگذرند، بلکه باید مشکلات را بپذیرند و برای حل آن اقدام نمایند. قبل از مداخله بر رفتارهایشان چندان کنترل نداشتند، اما پس از مداخله یاد گرفتند که دنبال خط مش‌های روشن باشند و سعی کردند بخش‌های روشن مسائل را ببینند و بر احساساتشان کنترل داشته باشند. قبل از مداخله کمتر به دنبال حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی بودند و بیشتر بر اساس باورهای خودشان عمل می‌کردند، اما پس از مداخله سعی نمودند از راهنمایی‌های افراد سالم و نیز بهبود یافته استفاده کنند. قبل از مداخله بیشتر وقتشان در خواب و نشنگی می‌گذشت، اما پس از مداخله سعی کردند وارد اجتماع سالم شوند و به مردم نزدیک شوند. قبل از مداخله در خصوص مشکلات هیچ گونه طرح و برنامه‌ای نداشتند، اما پس از مداخله بسیار راغب

بودند برای بهبودیشان برنامه داشته باشند و به انجمن معتادین گمنام بپیوندند. قبل از مداخله هیچ انگیزه‌ای برای ادامه درمان نداشتند، اما پس از مداخله سعی کردند برای زندگی دوباره‌شان راه جدیدی پیدا کنند. در واقع، تقویت مهارت‌های ارتباطی در برنامه آموزشی شادکامی توانست باعث تاثیر مثبت بر راهبرد جستجوی حمایت اجتماعی با افزایش تلاش-هایی برای کسب حمایت اطلاعاتی و عاطفی از دیگران، افزایش به کارگیری راهبرد حل مساله برنامه‌ریزی شده، تلاش‌های سنجیده و تحلیل‌گرایانه برای حل مشکل و افزایش کاربرد راهبرد ارزیابی مجدد مثبت با تمرکز بر رشد شخصی و یافتن مفهوم مثبت در موقعیت استرس‌زا گردد.

در نهایت باید گفت، در آموزش مبتنی بر شادکامی به صورت گروهی، معتادان علاوه بر پژوهشگر از دیگر اعضای گروه سرمشق گرفته و ویژگی‌ها و رفتار آنان را تقلید می-کردند که این مسأله دارای اهمیت درمانی بود. یادگیری اجتماعی یا تکوین مهارت‌های اساسی اجتماعی یک عامل مهم درمانی است و پژوهشگر از اعضا خواست که اطلاعات خود را در زمینه‌های مختلف مفهوم سلامت و اختلالات روانی، پیشنهادها و راهنمایی‌ها در مورد زندگی و مشکلات آن را به دیگر اعضای گروه نیز منتقل نمایند. از آنجا که بسیاری از اعضا گمان می‌کردند که تنها خود ایشان دارای مشکل هستند، این احساس منحصر به فرد بودن، احساس تنهایی آن‌ها را تشدید می‌کرد؛ در حالی که در گروه درمانی، اعضای گروه با درک تشابهات احساس همبستگی اجتماعی با یکدیگر را پیدا کردند.

یکی از محدودیت‌های عمده این پژوهش این بود که به علت پیچیدگی متغیر راهبردهای مقابله‌ای امکان کنترل برخی متغیرها از جمله وضعیت رفاهی و معیشتی، حمایت خانوادگی و ... نبود و لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده این مساله مد نظر قرار داده شود و عوامل تاثیرگذاری که ممکن است روی نتایج درمان بیماران تاثیر متفاوت بگذارد در نظر گرفته شود. هم‌چنین این پژوهش بر روی معتادین مرد و با ماده مصرفی مشخصی انجام

شد؛ لذا تعمیم نتایج به همه اقشار جامعه و همه سنین و نیز با توجه به نوع ماده مصرفی، سن شروع، طول مدت مصرف، جنسیت بایستی با احتیاط صورت گیرد.

منابع

- ۱) آرگایل، مایکل و کلانتری، مهرداد (۱۳۸۶). **روانشناسی شادی**، ترجمه فاطمه بهرامی، حسن پالاهنگ، مسعود گوهری، حمید طاهر نشاط دوست، اصفهان: جهاد دانشگاهی واحد اصفهان.
- ۲) بخشی‌پور رودسری، عباس؛ علیلو، مجید و ایرانی، سید سجاد (۱۳۸۷). «مقایسه ویژگی‌ها و اختلال‌های شخصیت و راهبردهای مقابله‌ای معتادان خودمعرف و گروه بهنجار»، **مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران**، شماره ۳، صص ۲۹۷-۲۸۷.
- ۳) بروکی میلان، حسن؛ کمر زرین، حمید و زارع، حسین (۱۳۹۳). «اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد»، **فصلنامه اعتیاد پژوهی**، شماره ۸ (۳۰)، صص ۱۵۵-۱۴۳.
- ۴) پوررحیمی مرنی، مریم؛ احدی، حسن؛ عسکری، پرویز و بختیارپور، سعید (۱۳۹۴). «اثربخشی آموزش شادکامی فوردایس بر راهبردهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی و خوش‌بینی دانشجویان دختر»، **فصلنامه زن و جامعه**، شماره ۶ (۳)، صص ۴۰-۲۵.
- ۵) سموعی، راحله (۱۳۸۷). «شیوه‌های مقابله با فشار روانی در معتادان و غیرمعتادان و تعیین رابطه آن با عملکرد خانواده آن‌ها»، **پایان نامه کارشناسی ارشد**، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- ۶) شعاع کاظمی، مهرانگیز (۱۳۸۷). «بررسی مقایسه‌ای رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای و نگرش نسبت به مصرف مواد در معتادان»، **فصلنامه اعتیاد پژوهی**، شماره ۲ (۷)، صص ۹۰-۷۹.
- ۷) طوفانی، محمد و جوانبخت، مریم (۱۳۸۰). «شیوه‌های مقابله و نگرش‌های ناسالم در معتادان به مواد مخدر و افراد سالم»، **مجله اندیشه و رفتار**، شماره ۷ (۲۱)، صص ۶۲-۵۵.
- ۸) عابدی، احمد و میرزایی، پریش (۱۳۹۰). «مقایسه اثربخشی رویکرد شناختی- رفتاری فوردیس و رویکرد آموزش مهارت‌های اجتماعی در افزایش شادکامی دانش‌آموزان دبیرستانی در اصفهان»، **مجموعه مقالات سومین کنفرانس بین‌المللی آموزش و یادگیری**، دانشگاه بین‌المللی INTI، مالزی.

- ۹) قاسم‌زاده نساجی، سوگند؛ پیوسته گر، روح‌انگیز؛ حسینیان، سیمین؛ موتابی، فرشته و بنی‌هاشم، سارا (۱۳۸۹). «اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری بر پاسخ‌های مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات زنان»، **مجله علوم رفتاری**، شماره ۴(۱)، صص ۳۵-۴۳.
- ۱۰) ملازاده، جواد؛ منصور، محمود؛ اژه‌ای، جواد و کیامنش، علیرضا (۱۳۸۱). «سبک‌های رویارویی و سازگاری زناشویی در فرزندان شاهد»، **فصلنامه روانشناسی**، شماره ۶(۳)، صص ۲۷۵-۲۵۵.
- ۱۱) هاشمی مقدم، لیلا؛ ترکان، هاجر و یوسفی، زهرا (۱۳۹۹). «مطالعه کیفی عوامل محافظت‌کننده و مخاطره‌آمیز در اعتیاد در زنان و مردان شهر اصفهان»، **فصلنامه اعتیاد پژوهی**، شماره ۱۴(۵۵)، صص ۱۵۰-۱۳۳.
- 12) Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness*. London; NewYork: Rutledge.
- 13) Belin, D., Belin-Rauscent, A., Murray, J.E., & Everitt, B.J. (2013). Addiction: Failure of control over maladaptive incentive habits. *Current Opinion in Neurobiology*, 23, 564-572.
- 14) Bitsko, M. J., Stern, Dillon, R., Russell, E. C., & Laver, J. (2009). Happiness and time perspective as potential mediators of quality of life and depression in adolescent cancer [On-line]. Available: www.elsevier.com
- 15) Brady, K. (2014). Relationship between Stress and Substance Use Disorders: Neurobiological Interface. In *Drug and Alcohol Review*, 33, 1-10.
- 16) Carver, C. S. Scheier, M. F. and Weintrub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, (3), 267-283. Franken, I. H., Hendriks, V. M., Haffmans, P. M., & van der Meer, C. W. (2003). Coping style of substance-abuse patients: Effects of anxiety and mood disorders on coping change. *Journal of clinical psychology*, 59(10), 1125-1132.
- 17) Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1991). Coping and emotion. In A. Monat & R.S.Lazarus (Eds) *Stress and coping: An anthology* (3rd Ed) (pp. 207-227). New York: Columbia University Press.
- 18) Fordyce, M. W. (1983). A program to increase happiness: Further studies. *Journal of counseling psychology*, 30(4): 483-493.
- 19) Garcia-Pardo, M.P., Roger-Sanchez, C., Rodriguez-Arias, M., Miñarro, J., Aguilar. M. A. (2016). Pharmacological modulation of protein

- kinases as a new approach to treat addiction to cocaine and opiates. *European Journal of Pharmacology*, 781, 10–24.
- 20) Harris, A. H., Cronkite, R., & Moos, R. (2006). Physical activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 93(1), 79-85.
 - 21) Hides, L., Carroll, S., Catania, L., Cotton, S.M, Baker, A., Scaffidi, A. (2010). Outcomes of an integrated cognitive behaviour therapy (CBT) treatment program for co-occurring depression and substance misuse in young people, *Journal of Affective Disorders*, 121(1-2), 169-174.
 - 22) Kopera, M., Truccob, E.M., Jakubczyka, A., Suszekd, H., Michalska, A., Majewska, A., Szejko, N., Łoczewskag, A., Krasowska, A., Klimkiewiczza, A., Browerc, K.J., Zuckerc,h, R.A., & Wojnar, M. (2018). Interpersonal and intrapersonal emotional processes in individuals treated for alcohol use disorder and non-addicted healthy individuals. *Addictive Behaviors*, 79, 8–13.
 - 23) Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of general psychology*, 9(2), 111.
 - 24) Meuret, A. E., Wolitzky-Taylor, K. B., Twohig, M. P., & Craske, M. G. (2012). Coping skills and exposure therapy in panic disorder and agoraphobia: latest advances and future directions. *Behavior therapy*, 43(2), 271-284.
 - 25) Roozen, H.G., Waart, R.D., Windt, D., Brink, W., Yong, C.A & Kerkbof, A. F. (2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence, *European Nero psychopharmacology*, 16, 311-323.
 - 26) Seligman, M. E. (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Simon and Schuster. Delle Fave, A., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D., & Wissing, M. P. (2011). The eudemonic and hedonic components of happiness: Qualitative and quantitative findings. *Social Indicators Research*, 100(2), 185-207.
 - 27) Sudraba, V., Millere, A., Deklava, L., Millere, E., Zumente, Z., Circenis, K., & Millere, I. (2015). Stress coping strategies of drug and alcohol addicted patients in Latvia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 205, 632-636.
 - 28) Veenhoven R. (2008). Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *J Happiness Stud*, 9(3), 449–469.
 - 29) Witkiewitz, K., Warner, K., Sully, B., Barricks, A., Stauffer, C., Thompson, B. L., & Luoma, J. B. (2014). Randomized trial comparing

- mindfulness-based relapse prevention with relapse prevention for women offenders at a residential addiction treatment center. *Substance use & misuse*, 49(5), 536-546.
- 30) World Health Organization. (2017). Global health observatory data. Iran Drug Control Headquarters.
- 31) Yen, C.F., Wu, H.Y., Yen, J.Y., KO, C.H. (2004). Effects of brief cognitive behavioral interventions on confidence to resist the urges to use heroin and methamphetamine in relapse-related situations, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 788-791.