

## اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کیفیت زندگی و سبک‌های مقابله‌ای معنادان تحت درمان نگهدارنده متادون

علی بیگی<sup>۱</sup>، محمود شیرازی<sup>۲</sup>، مهدی پسندیده<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۶/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۱/۲۰

### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کیفیت زندگی و سبک‌های مقابله‌ای معنادان تحت درمان نگهدارنده متادون انجام گرفت. **روش:** پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی است. جامعه آماری این پژوهش معنادان در حال بهبودی تحت درمان نگهدارنده متادون شهرستان شاهرود بود. نمونه پژوهش ۶۴ نفر انتخابی به روش داوطلبانه بودند که به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و گواه تقسیم شدند. مقیاس‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و سبک‌های مقابله‌ای اندلر و پارکر به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که نمرات شرکت‌کنندگان در جلسات آموزشی، در خرده‌مقیاس‌های سبک مقابله‌ای مساله‌مدار و هیجان‌مدار به طور معناداری بالاتر از نمرات گروه گواه بود. همچنین، در خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی، مشخص شد که نمرات افراد گروه آزمایشی در خرده‌مقیاس‌های روابط بین فردی، سلامت فیزیکی و ملزومات زندگی به طور معناداری بالاتر از نمرات گروه گواه بود. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد، آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند باعث ارتقا سطح کیفیت زندگی افراد شده و تکنیک‌های موثری را برای مقابله با استرس و هیجان‌های منفی ارائه کند.

**کلیدواژه‌ها:** مهارت‌های زندگی، کیفیت زندگی، سبک‌های مقابله‌ای

۱. نویسنده مسئول: مربی گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور واحد میامی. پست الکترونیک: ali.beygi@yahoo.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان

۳. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور

## مقدمه

اعتیاد به عنوان یک بیماری جسمانی و روانی تعداد قابل ملاحظه‌ای از افراد جهان و بویژه ایران را مبتلا ساخته است. مهم‌تر این که کیفیت زندگی و ارزش‌های مورد قبول همه جامعه را مورد تهدید قرار می‌دهد (رفیعی، ۱۳۸۲). از آثار مخرب اعتیاد و مصرف مواد می‌توان به پرخاشگری و حالات عصب‌شناختی فرد، عدم رضایت زناشویی معتادان و همسرانشان (هومیش، لئونارد، کرنلیوس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷) زندگی خانوادگی و روابط جنسی (یوسفی، ۱۳۸۲) اضطراب و افسردگی (دروهی، ۱۳۸۴) سلامت عمومی (بندانی، ۱۳۸۰) اشاره کرد. با وجود اتخاذ تمهیدات و درمان‌های گسترده برای پرهیز از مواد، نرخ نسبتاً بالایی از عود و تبعات منفی پس از آن که اغلب بعد از ترک و پایان درمان رخ می‌دهد، باعث نگرانی است. در واقع، زمان بعد از درمان به عنوان یک دوره بحرانی توصیف شده است. به نظر می‌رسد که برنامه‌ها و مراقبت‌های حین درمان می‌تواند به حفظ سودمندی کسب شده در طول درمان و کاهش خطر عود و یا مشکلات رفتاری دیگر کمک کند (دی‌لئون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰، ونزل، ویهولد، سیلبرین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). بررسی‌های مختلفی در زمینه توانبخشی و کاهش آسیب پس از پرهیز از مواد نشان می‌دهد که یکی از عوامل مهم که می‌تواند به افراد معتاد در حال درمان برای توانبخشی و بهزیستی روانی و جسمانی و کسب انرژی روانی و جسمانی از دست رفته در زمان مصرف مواد کمک کند، آموزش مهارت‌های زندگی است (ونزل و همکاران، ۲۰۰۹). اثر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود شرایط زندگی افراد آسیب‌دیده در پژوهش‌های مختلف مورد بررسی و تایید قرار گرفته است. مهارت‌های زندگی به گروه بزرگی از مهارت‌های روانی و اجتماعی و میان‌فردی گفته می‌شود که به افراد کمک می‌کند تا تصمیمات خود را آگاهانه اتخاذ کنند، به‌طور موثر ارتباط برقرار کنند، مهارت‌های مقابله‌ای و مدیریت شخصی خود را گسترش دهند و زندگی سالم و پرباری داشته باشند (نوری و محمدخانی، ۱۳۷۳). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های حل مساله، مهارت‌های اجتماعی و مدیریت استرس به کاهش میزان استرس، اضطراب و افزایش قاطعیت و

کاهش درخواست کمک از دیگران انجامیده است. مهارت‌های روزمره زندگی، روش تعامل فرد با محیط را در بر می‌گیرد، اگر فرد قادر به عملکرد مفید و سازگاری با محیط نباشد، عدم تعادل در کار، اوقات فراغت و فعالیت‌های مراقبت از خود رخ می‌دهد و شایستگی، رضایت و انگیزه فرد کاهش می‌یابد و سلامت روانی فرد آسیب دیده یا تهدید می‌شود (همفیل<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹، بوتوین و گریفین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). به‌طور کل، بسیاری از مشکلات روانی اجتماعی مانند افسردگی، اعتیاد، بزهکاری، مشکلات بین فردی، تنهایی با ضعف در مهارت‌های زندگی ارتباط و برقراری ارتباط اجتماعی رابطه دارند (بوتوین و کانتور<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷). آموزش مهارت‌های زندگی در زمینه‌های افزایش سلامت روانی و جسمانی، تقویت اعتماد به نفس، تقویت روابط بین فردی، پیشگیری از مشکلات روانی و رفتاری اجتماعی، پیشگیری و توان بخشی از سوء مصرف مواد، کاهش اضطراب و افسردگی موثر بوده است (قاسم‌زاده، ۱۳۸۴، بوتوین و گریفین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). این مهارت‌ها شامل چندین مهارت پایه و اساسی هستند که عبارتند از: توانایی تصمیم‌گیری صحیح و حل مساله، توانایی تفکر خلاق، توانایی برقراری روابط بین فردی موثر، توانایی خودآگاهی، توانایی همدلی با دیگران و توانایی مقابله موثر با هیجان‌ها و استرس‌ها (ونزل و همکاران، ۲۰۰۹). کیفیت زندگی به عنوان یک مقیاس معتبر برای ارزیابی پیامد روش‌های درمانی و خدماتی که به افراد آسیب دیده، ارائه شده است. است (وونگ<sup>۴</sup>، چونگ<sup>۴</sup>، چن<sup>۴</sup> و لاو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). کیفیت زندگی شامل سلامت فیزیکی افراد، وضعیت روان‌شناختی، روابط اجتماعی، باورهای معنوی و شخصی است و بر اساس تجارب ذهنی افراد ارزیابی می‌شود (رابینسون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸). پژوهشگران عوامل زیادی را مشخص کرده‌اند که می‌تواند با کیفیت زندگی همراه باشد. از جمله این عوامل می‌توان به سبک‌های مقابله با استرس، نداشتن مهارت‌های موثر زندگی، ناتوانی در مقابله موثر با مشکلات زندگی اشاره کرد (اسمیت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷، بلوول<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳، تیلور و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۰۸). مشخص شده است که نوع سبک‌های مقابله‌ای و مدیریت استرس بر کیفیت زندگی افراد موثر است (مارمانی، پانی،

1. Hemphill
2. Botvin & Griffin
3. Botvin & Kantor
4. Wong, Cheung, Chen, Chan & Law
5. Robinson
6. Smith
7. Bluvol
8. Taylor

پاسینی و پروگی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). اما کیفیت زندگی ممکن است با توجه به معیارهای متنوع در جمعیت‌های مختلف، متفاوت باشد. به عنوان مثال، با این که در بعضی از پژوهش‌ها مشخص شده است که سبک‌های مقابله‌ای فعال (تکلیف‌مدار)، با افسردگی پایین، اضطراب پایین، استرس پایین، بهزیستی کلی و کیفیت زندگی همراه است و بالعکس، رهاسازی ذهنی (به عنوان سبک مقابله‌ای اجتنابی)، با افسردگی و اضطراب بالا و کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی پایین همراه است؛ با این حال، این سبک‌های مقابله‌ای فقط در میان بیمارانی که پیوند ریه داشتند، موثر بود، اما در ارتباط با بیماران فیروز کیستیک این گونه نبود (رابینسون، ۲۰۰۸). به نظر می‌رسد، که کیفیت زندگی بیماران تحت تاثیر شرایط استرس‌زای آن‌ها قرار دارد که می‌توان با آموزش کنترل و مدیریت استرس و همچنین آموزش مهارت‌های موثر زندگی، آموزش سبک مقابله‌ای موثر، کیفیت زندگی افراد را ارتقا داد.

یکی از اهداف مهم پژوهش در ارتباط با سبک‌های مقابله‌ای در میان بیماران این است که مشخص کنیم چه نوع راهبردهای مقابله‌ای در جمعیت بالینی خاص با سازگاری بهتری همراه است. در واقع، ارتباط نوع خاصی از مقابله برای پیش‌بینی انسجام بیمار، به نوع خاصی از شرایط استرس‌زایی بستگی دارد که فرد را درگیر خود کرده است (کریستنسن، بنوچ، ویب، لاتون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). مشخص شده است که مقابله مساله‌محور در بیمارانی که تصور می‌کنند، کنترل بیشتری بر شرایط استرس‌زای خود دارند با پیامدهای مطلوبی همراه است و مقابله هیجان‌محور در بیمارانی که تصور می‌کردند بر شرایط استرس‌زا کنترل کمتری دارند، با پیامدهای مطلوبی همراه بود (فلتون و رونسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). پژوهش‌ها تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی را بر بهبود کیفیت زندگی و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای افراد تایید کرده‌اند. به عنوان مثال، در پژوهشی مشخص شد که آموزش مهارت‌های زندگی از جمله مهارت‌های ارتباطی، تصمیم‌گیری، مدیریت استرس و اضطراب در کاهش مصرف الکل و مواد موثر بوده است (بوتوین و کاتنور<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). همچنین، در پژوهشی دیگر مشخص شد که آموزش مهارت‌های ارتباطی و تصمیم‌گیری

1. Maremmani, pani, Pacini & Perugi  
3. Felton & Revenson

2. Christensen, Benotsch, Wiebe & Lawton

صحیح و حل مساله بر کاهش مصرف الکل و سایر مواد مخدر در گروه دانش آموزان موثر بوده است (ارکات، والبرگ و روس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱). به نظر می‌رسد که آموزش مهارت‌های زندگی باعث افزایش رفتارهای مناسب اجتماعی و کاهش رفتارهای منفی و مخرب می‌شود. آموزش مهارت‌های زندگی در دیگر رفتارها از جمله کاهش خشونت، بزهکاری و خودکشی نیز موثر بوده است. به عنوان مثال، در پژوهش خدیوی، معزی، شاکری و برجیان (۱۳۸۴) بر روی زنان و دختران مشخص شد که آموزش مهارت‌های زندگی در ارتقاء سطح بهداشت روان و پیشگیری از خودکشی در زنان افسرده و متمایل به خودکشی موثر بوده است. دیگر پژوهش‌ها نیز به تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش مصرف مواد، ارتقاء سطح کیفیت زندگی و بهبود راهکارهای مقابله‌ای موثر در مقابله با مشکلات و شرایط فشارزا تاثیر مثبتی داشته است (بوتوین و گریفین، ۲۰۰۴، ونزل و همکاران، ۲۰۰۹). البته یافته‌های متناقض نیز در این زمینه وجود دارد. به عنوان مثال، در پژوهشی مشخص شد که آموزش مهارت‌های زندگی با این که نشانه‌های افسردگی، مشکلات اجتماعی و اشتغال ذهنی با بیماری و مرگ را در دانش آموزان کاهش داد، اما از لحاظ پاسخ عاطفی، احساس گناه، حرمت خود و خوشی تاثیر چندانی نداشت (امیری، ۱۳۸۸). با این شکاف پژوهشی در جمعیت‌های بالینی مختلف، پژوهش حاضر نیز برای بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی و سبک‌های مقابله‌ای معتادان در حال بهبودی از طریق درمان نگهدارنده متادون انجام گرفت.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

در این پژوهش شبه‌آزمایشی تعداد ۶۴ نفر از معتادان در حال بهبودی از طریق درمان نگهدارنده متادون که در کلینیک‌های ترک اعتیاد شهرستان شاهرود ثبت‌نام کرده بودند به صورت داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند. این اعضا به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و گواه تخصیص یافتند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: حداقل ۶ ماه پرهیز کامل از مواد و استفاده مکرر از درمان نگهدارنده متادون، که از طریق تست

ادرار در درمانگاه توسط پرستار درمانگاه مشخص می‌شد. دامنه سنی ۲۲ تا ۳۷ سال، مذکر بودن و حداقل داشتن تحصیلات کلاس پنجم.

### ابزار

مقیاس سبک‌های مقابله‌ای: این پرسشنامه توسط اندلر و پارکر (۱۹۹۰)، ساخته شده و سه سبک مقابله‌ای تکلیف‌مدار، هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار را ارزیابی می‌کند. سبک غالب هر فرد با توجه به نمره وی در هر یک از ابعاد سه‌گانه سبک‌های مقابله‌ای تعیین می‌شود. به عبارت دیگر هر کدام از رفتارها که در مقیاس نمره بالاتری کسب کرده به عنوان سبک مقابله‌ای ترجیحی فرد در نظر گرفته می‌شود. سوال‌ها به منظور کنترل تاثیرات جنبی در جای جای پرسشنامه پراکنده شده‌اند. از پاسخ دهندگان خواسته می‌شود تا بعد از خواندن هر سوال یک گزینه ۵ درجه‌ای (عدد ۱ اصلاً تا عدد ۵ همیشه)، را با علامت ضربدر مشخص کنند.

این مقیاس ابزاری است که هم برای بزرگسالان و هم برای جوانان سالم و بیماران و حتی گروه‌های مختلف شغلی استفاده می‌شود. نمره‌گذاری آن در هر گروه سنی بزرگسالان و جوانان یکسان است. اعتبار این آزمون از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه اندلر و پارکر (۱۹۹۰)، در سبک مساله‌مدار برای دختران ۰/۹۰ و برای پسران ۰/۹۲، در سبک هیجان‌مدار برای دختران ۰/۸۵ و برای پسران ۰/۸۲ و در سبک اجتناب‌مدار برای دختران ۰/۸۲ و برای پسران ۰/۸۵ گزارش شده است. جعفرنژاد (۱۳۸۲)، ضریب اعتبار را برای سبک هیجان‌مدار، مساله‌مدار، و اجتناب‌مدار، به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۳، و ۰/۷۲ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای سبک مقابله‌ای مساله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۸، و ۰/۷۰ به دست آمد.

مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این پرسشنامه از ۲۶ ماده تشکیل شده است که حوزه‌های مرتبط با بهداشت، سلامت روان، روابط اجتماعی و محیط را بررسی می‌کند. روایی افتراقی، روایی محتوایی، اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه به خوبی تایید شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳). پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی در ایران توسط ۵ نفر از متخصصین حوزه روان‌شناسی سلامت از زبان اصلی به زبان فارسی ترجمه و مطابقت با زبان اصلی از طریق ترجمه مجدد به زبان اصلی انجام پذیرفت

و عدم تطابق زبانی یافت نشد. همچنین، پرسشنامه مذکور روی ۵۰۴ معلم برای بررسی تحلیل عاملی بکار رفته است (فراهانی و محمدخانی، ۱۳۸۹)، که در پایان پس از تجزیه و تحلیل چهار مولفه برای این مقیاس مشخص شد. این مولفه‌ها عبارتند از: ملزومات زندگی، سلامت فیزیکی، روابط بین فردی و معنادار بودن زندگی. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر در زیر مؤلفه‌ها به ترتیب ملزومات زندگی (۰/۷۵)، معنادار بودن زندگی (۰/۷۰)، سلامت فیزیکی (۰/۸۰)، و روابط بین فردی (۰/۸۲)، گزارش شد.

### روش اجرا

برای انجام پژوهش، ابتدا پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و مقیاس سبک‌های مقابله‌ای اندلر و پارکر در اختیار همه شرکت‌کنندگان (گروه گواه و آزمایش) قرار گرفت. سپس شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش در کارگاه‌های آموزشی از طریق جزوه‌های آموزشی مهارت‌های زندگی در ۸ جلسه ۲ ساعته تحت آموزش و تمرین مهارت‌ها قرار گرفتند. به این صورت که ابتدا جزوه‌های آموزشی در ارتباط با مهارت‌های زندگی شامل تکنیک‌های مقابله با استرس، توانایی تصمیم‌گیری صحیح و حل مساله، توانایی ارتباط بین فردی موثر و توانایی خودآگاهی در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و سپس توسط محقق این تکنیک‌ها به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد. ابتدای هر جلسه آزمودنی‌ها روی مساله‌ای به صورت گروهی مشورت می‌کردند، افراد راهکارهای خود را به صورت بارش فکری متناسب با زمان جلسه ارائه می‌دادند و یا مهارتی را به صورت ایفای نقش پیاده می‌کردند، سپس مدرس در مورد مهارت مورد نظر مبنای تئوری را با مثال‌هایی ارائه می‌کردند و در پایان آزمودنی‌ها روی یک مساله فرضی تمرکز می‌کردند و راه‌حل مناسبی ارائه می‌دادند. در بین جلسات افراد همه وقایع روزمره مرتبط با تکنیک مورد نظر و راهکار خود را یادداشت می‌کردند. گروه گواه صرفاً متادون دریافت می‌کردند. در پایان پس از دو هفته پرسشنامه‌های فوق‌الذکر به هر دو گروه برای تکمیل مجدد ارائه شد.

## یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک نوع آزمون در گروه آزمایشی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی راهبردهای مقابله و کیفیت زندگی به تفکیک نوع آزمون در گروه آزمایشی

متغیرها	میانگین (انحراف استاندارد) پیش آزمون	میانگین (انحراف استاندارد) پس آزمون
مقابله مساله مدار	۹/۸۳)۴۵/۱۷	۱۰/۵۹)۵۴/۹۲
مقابله هیجان مدار	۶/۹۳)۵۳/۹۲	۹/۴۴)۴۷/۵۰
مقابله اجتنابی	۱۰/۲۸)۳۹/۵۸	۱۰/۳۲)۴۹/۱۷
ملزومات زندگی	۲/۰۲)۱۷/۵۸	۴/۳۲)۲۷/۱۷
معنا در زندگی	۶/۵۳)۲۳/۱۷	۲/۸۱)۲۰/۳۳
سلامت فیزیکی	۴/۴۰)۱۵/۵۰	۴/۷۳)۲۶/۳۳
روابط بین فردی	۲/۰۲)۸/۴۲	۱/۹۰)۱۴/۸۳

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک نوع آزمون در گروه گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی راهبردهای مقابله و کیفیت زندگی به تفکیک نوع آزمون در گروه گواه

متغیرها	میانگین (انحراف استاندارد) پیش آزمون	میانگین (انحراف استاندارد) پس آزمون
مقابله مساله مدار	۸/۷۳)۴۴/۵۴	۸/۹۳)۴۵/۵۰
مقابله هیجان مدار	۶/۴۲)۵۶/۱۴	۶/۳۷)۵۳/۷۵
مقابله اجتنابی	۱۰/۱۱)۳۸/۳۰	۸/۴۸)۴۲/۹۲
ملزومات زندگی	۲/۵۷)۱۶/۹۲	۱/۸۱)۱۹/۰۰
معنا در زندگی	۶/۵۹)۲۲/۱۷	۶/۱۲)۲۳/۳۳
سلامت فیزیکی	۴/۴۶)۱۴/۶۷	۴/۰۲)۱۷/۱۷
روابط بین فردی	۲/۱۴)۸/۲۵	۱/۷۸)۹/۰۸

برای بررسی اثربخشی درمان بر راهبردهای مقابله از آزمون مانکوا استفاده شد. پیش فرض تحلیل مانکوا برابری ماتریس کواریانس‌هاست. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش شرط داشت ( $P > 0/05$ ,  $F = 1/028$ ,  $7/25 =$  باکس M). نتایج تحلیل مانکوا نشان داد تفاوت معناداری بین ترکیب خطی مولفه‌های راهبردهای مقابله در دو گروه گواه و



آزمایش با وجود همراه کردن نمرات پیش آزمون وجود دارد ( $F=6/244, P<0/01$ )،  $F=0/476$  (لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از آزمون آنکوا به شرح زیر استفاده شد.

**جدول ۳: آماره‌های استنباطی تحلیل کواریانس برای بررسی اثربخشی مداخله بر راهبردهای مقابله**

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
مقابله مساله مدار	۵۳۳/۰۴	۱	۵۳۳/۰۴	۱۰/۱۶۳	۰/۰۰۵	۰/۳۴۸
مقابله هیجان مدار	۲۳۴/۳۷	۱	۲۳۴/۳۷	۶/۷۳۲	۰/۰۱۸	۰/۲۶۲
مقابله اجتنابی	۲۳۴/۳۷	۱	۲۳۴/۳۷	۲/۶۵۲	۰/۱۲۰	-

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می شود آموزش مهارت های زندگی در مقابله مساله مدار ( $F=10/163, P<0/01$ )، و هیجان مدار ( $F=6/732, P<0/05$ ) موثر بوده است. اما در مقابله اجتنابی تفاوت معناداری بین دو گروه ایجاد نشده است ( $F=2/652, P>0/05$ ). به این معنا که آموزش مهارت های زندگی نمرات مقابله مساله مدار را افزایش داده و نمرات هیجان مدار را کاهش داده است. همچنین، برای بررسی اثربخشی درمان بر کیفیت زندگی از آزمون مانکوا استفاده شد. پیش فرض تحلیل مانکوا برابری ماتریس کواریانس هاست. نتایج آزمون باکس حکایت از تفاوت معنادار دو گروه داشت ( $F=1/002, P>0/05, M=6/05$ ). نتایج تحلیل مانکوا نشان داد تفاوت بین ترکیب خطی مولفه های کیفیت زندگی در دو گروه با وجود همراه کردن نمرات پیش آزمون وجود دارد ( $F=15/615, P<0/001, \lambda=0/168$ )، لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از آزمون آنکوا به شرح زیر استفاده شد.

**جدول ۴: آماره های استنباطی تحلیل کواریانس برای بررسی اثربخشی مداخله بر مولفه های کیفیت زندگی**

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
ملزومات زندگی	۳۸۱/۲۶	۱	۳۸۱/۲۶	۴۵/۳۹۴	۰/۰۰۰۵	۰/۷۱۶
معنا در زندگی	۶۵/۰۳	۱	۶۵/۰۳	۳/۵۰۷	۰/۰۷۷	-
سلامت فیزیکی	۴۸۶/۹۶	۱	۴۸۶/۹۶	۲۱/۲۹۰	۰/۰۰۰۵	۰/۵۴۲
روابط بین فردی	۱۹۴/۴۹	۱	۱۹۴/۴۹	۵۳/۰۶۴	۰/۰۰۰۵	۰/۷۴۷

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در مولفه‌های ملزومات زندگی (F=۴۵/۳۹۴, P<۰/۰۰۱)، سلامت فیزیکی (F=۲۱/۲۹۰, P<۰/۰۰۱) و روابط بین فردی (F=۵۳/۰۶۴, P<۰/۰۰۱) آموزش مهارت‌های زندگی موثر بوده است. به بیان دیگر، آموزش مهارت‌های زندگی باعث افزایش نمرات مولفه‌های مذکور شده است، اما در مولفه معنا در زندگی (F=۳/۵۰۷, P>۰/۰۵) آموزش اثربخش نبوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی و سبک‌های مقابله‌ای معتادان در حال بهبودی از طریق درمان نگهدارنده متادون انجام شد. نتایج پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل و آزمایش نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی در استفاده معتادان از سبک مقابله‌ای مساله‌مدار موثر بوده است. به این معنا که افرادی که تحت آموزش مهارت‌های زندگی از جمله تکنیک‌های موثر مقابله با استرس و فشارهای زندگی، توانایی تصمیم‌گیری و حل مساله، توانایی برقراری ارتباط موثر بین فردی و توانایی خودآگاهی قرار گرفته‌اند، با بهبود قابل ملاحظه‌ای در شرایط فرد در مقابله با مسائل زندگی و حل مساله به صورت درگیری فکری و ابزاری با مشکل همراه بوده است. مقابله مساله‌مدار مانند حل مساله و برنامه‌ریزی به تلاش فرد برای مدیریت و کنترل تاثیر موقعیت استرس‌زا اشاره دارد (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). این یافته با نتایج اغلب پژوهش‌ها در این زمینه هماهنگ است (بوتوین و گریفین، ۲۰۰۴، ونزل و همکاران، ۲۰۰۹). نتایج این پژوهش‌ها به وضوح نقش آموزش مهارت‌های زندگی را در ارتقاء راهکارهای مقابله‌ای مبتنی بر حل مساله وابسته به موقعیت نشان داده‌اند. همچنین، در تحلیل نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون پژوهش حاضر در گروه آزمایشی و کنترل مشخص شد که افراد با شرکت در جلسات کارگاه‌های آموزشی مهارت‌های زندگی در سبک مقابله‌ای هیجان‌مداری بهبود قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهند. مقابله هیجان‌مدار به تلاش فرد برای تنظیم درماندگی هیجانی که باعث استرس شده، اشاره دارد (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴، رابینسون، ۲۰۰۸)، که بسته به موقعیت می‌تواند آسیب‌زا و یا برعکس سازنده باشد. به نظر می‌رسد که افراد تحت درمان

نگهدارنده متادون، با افشای هیجانی در قالب کارگاه‌های آموزشی و با تکیه بر منابع حمایتی در داخل گروه‌ها (از جمله حمایت اطلاعاتی و هیجانی) و یادگیری تکنیک‌های مقابله‌ای موثر در مقابله با استرس، می‌توانند هیجان‌های مبتنی بر مشکل اصلی خود را که همان پرهیز از مصرف مواد مخدر است، به نحو مطلوبی اداره و مدیریت کنند. این یافته با دیگر پژوهش‌ها در این چارچوب همسو است (هو، رایز و رو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲، ونزل، ویهولد و سیلبریسن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷، تیلور و همکاران، ۲۰۰۸).

از دیگر متغیرهایی که در پژوهش حاضر در مقایسه دو گروه کنترل و آزمایش مورد بررسی قرار گرفت، کیفیت زندگی بود. نتایج، پژوهش نشان داد که نمره‌های آزمودنی‌های گروه آزمایش در خرده مقیاس روابط بین فردی، ملزومات زندگی و سلامت فیزیکی به طور معناداری بالاتر از نمره‌های افراد در گروه کنترل است. از جمله تکنیک‌هایی که در آموزش مهارت‌های زندگی مورد توجه قرار می‌گیرد، مهارت توانایی ارتباط موثر بین فردی است. روابط بین فردی به عنوان یکی از مولفه‌های کیفیت زندگی به داشتن روابط بین فردی مناسب، توانایی انجام مطلوب امور زندگی، رضایت از خود و دیگران و میزان حمایت اجتماعی اشاره دارد. به نظر می‌رسد که آموزش مهارت توانایی ارتباط بین فردی موثر باعث می‌شود که افراد برای حل مشکلات خود، به یک حامی مجرب و متخصص متصل شوند که حمایت‌های لازم را در زمینه مقابله با مشکلات بویژه مصرف مواد مخدر به فرد ارائه می‌دهد. همچنین، این آموزش‌ها باعث می‌شود که فرد در برخورد با دیگران مقتدرانه عمل کند، و با اعتماد به نفس بیشتر، توانایی مقابله موثر و منطقی با خواسته‌های غیر منطقی دیگران را داشته باشد. از دیگر سو، آموزش روابط بین فردی موثر، افراد را در جهت برقراری روابط سالم و سازنده با افرادی که حمایت‌های عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری آن‌ها می‌تواند به فرد در مقابله موثر با مشکلات یاری رساند، اهمیت ویژه‌ای دارد (بیگی، ۱۳۸۹، تیلور و همکاران، ۲۰۰۸). شرکت در کارگاه‌های آموزشی مهارت‌های زندگی در مکان‌های پرهیز از اعتیاد، این فرصت را برای افراد فراهم می‌کند که با دیگر پرهیزکنندگان از مواد ارتباط برقرار کنند، راهکارهای دیگر افراد را برای مقابله با وسوسه مصرف مواد و چگونگی پرهیز از عود و لغزش یاد بگیرند و

تشویق شوند که روابط خارج از جلسات آموزشی با یکدیگر برقرار کنند و همچنین با حمایت‌های چند جانبه از یکدیگر، فرصت ماندن در پرهیز را برای هم فراهم کنند. حمایت‌های اجتماعی درون شبکه‌ای باعث می‌شود که افراد احساس انزوا و تنهایی نکنند و تماس افراد را با کسانی که در پرهیز هستند، افزایش و با مصرف کنندگان مواد کاهش دهد. حمایت‌های اجتماعی تماس فرد را با افرادی که می‌توانند در مواقع استرس‌زا حمایت‌کننده باشند افزایش می‌دهد و در نتیجه باعث تقویت روابط بین فردی افراد شود (چن، ۲۰۰۶، رایبسون، ۲۰۰۸). این پژوهش‌ها نقش آموزش مهارت‌های زندگی را در کاهش رفتارهای منفی، پیشگیری از خشونت، تقویت روابط بین فردی و افزایش سلامت در زندگی تایید کرده‌اند.

با این یافته‌ها به نظر می‌رسد که از طریق آموزش صحیح و مداوم مهارت‌های زندگی از جمله مهارت‌های مقابله با استرس، تصمیم‌گیری صحیح و حل مساله، ارتباط بین فردی و خودآگاهی می‌توان سطح سلامت روانی افراد را ارتقاء بخشید، کیفیت زندگی افراد را بهبود و تکنیک‌های موثری را برای مقابله با مشکلات از جمله پرهیز از مواد را به افراد آموزش داد. به نظر می‌رسد که روی آوردن به رفتارهای منفی از قبیل مصرف مواد در افراد با میزان آگاهی و اطلاعات پایه آن‌ها در ارتباط با مهارت‌های زندگی مرتبط است. این افراد به دلیل عدم آشنایی با مهارت‌های زندگی، ناتوانی در به کار بردن تکنیک‌های ارتباطی موثر، عدم استفاده از راهکارهای مقابله‌ای موثر وابسته به موقعیت، دچار مشکلات عاطفی و ارتباطی می‌شوند و ضعف در روابط خود را با روی آوردن به مواد جبران می‌کنند. آن‌ها چون راهکارهای مقابله با استرس را مناسب نمی‌دانند و هنر و توان تصمیم‌گیری صحیح و به موقع و حل مساله مناسب را ندارند، به آسانی تسلیم مشکلات می‌شوند و عقب‌نشینی رفتاری و روانی کرده به مواد گرایش می‌یابند. بنابراین، به نظر می‌رسد که آموزش مهارت‌های زندگی به افراد، بویژه معتادانی که آسیب‌های مختلفی را در زندگی تجربه کرده‌اند، راهکار مناسبی برای توان بخشی و ارتقاء سطح کیفیت زندگی این افراد باشد.

پژوهش حاضر با هدف توانبخشی و ارتقاء سطح کیفیت زندگی معنادان تحت درمان نگهدارنده متادون با آموزش مهارت‌های زندگی در مراکز ترک اعتیاد شاهرود انجام شد. لازم است در پژوهش‌های آینده در چندین مرکز ترک اعتیاد انجام شود و چنانچه ممکن بود شرایط آزمایشی برای انجام پژوهش مهیا شود. تنها ماده مخدر مصرفی همه افرادی که در پژوهش حاضر شرکت کرده‌اند تریاک و مشتقات آن بود. لازم است در پژوهش‌های آینده به تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی در معنادانی که مواد دیگری مصرف می‌کنند، نیز مدنظر باشد. همچنین، تنوع قومیتی و فرهنگی لحاظ شود. در پژوهش حاضر، ارزیابی پس‌آزمون بلافاصله پس از دو هفته بعد از آموزش مهارت‌های زندگی انجام شده است، با توجه به این که در مجموع ضرورت تغییر رفتار در بلند مدت اهمیت ویژه‌ای دارد، لازم است تحقیقات آینده به این مهم توجه داشته باشند. به طور خلاصه، به نظر می‌رسد که آموزش مهارت‌های زندگی به افراد آسیب دیده از جمله معنادان باعث تقویت استفاده موثر از راهکارهای مقابله‌ای برای حل مشکلات شده و ارتقاء سطح کیفیت زندگی افراد را به دنبال دارد.

## منابع

- امیری برمکوهی، علی (۱۳۸۸). آموزش مهارت‌های زندگی برای کاهش افسردگی. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، ۲۰، ۲۹۷-۳۰۶.
- بندانی، قربانعلی (۱۳۸۰). تعیین درک مفهوم سلامت و رفتارهای ارتقاء سلامت در افراد معتاد و غیر معتاد مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد روزانه بیمارستان روانپزشکی زاهدان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده. دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.
- بیگی، علی (۱۳۸۹). بررسی رابطه کیفیت زندگی، امیدواری و سبک‌های مقابله‌ای در معنادان گمنام و معنادان تحت درمان متادون. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه تربیت معلم.
- خدیبوی، رضا. معزوی، معصومه. شاکری، مصطفی. برجیان، محمدتقی (۱۳۸۴). تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی در زمینه پیشگیری از اقدام به خودکشی در زنان شهرستان اردل. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۱۳، ۱۳-۲۰.
- دروهی، محمدعلی (۱۳۸۴). بررسی مقایسه میانگین نمره اضطراب و افسردگی قبل و بعد از سم زدایی در معنادان مراجعه کننده به کلینیک ترک اعتیاد بیمارستان بهارن. پایان‌نامه دکترای پزشکی، چاپ نشده، دانشگاه علوم پزشکی.
- رفیعی، حسن (۱۳۸۲). پیشگیری از اعتیاد: چرا اجتماع محور؟ تهران: دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر.

جعفرنژاد، پروین. (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین پنج عامل بزرگ، سبک‌های مقابله‌ای و سلامت روانشناختی در دانشجویان کارشناسی دانشگاه تربیت معلم. پایان نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده. تهران دانشگاه تربیت معلم.

فراهانی، محمدنقی. محمدخانی، شهرام. جوکار، فرهاد. (۱۳۸۸). رابطه بین رضایت از زندگی با کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی معلمان تهرانی. پژوهش در سلامت روان شناختی. ۱-۹.

قاسم‌زاده، فاطمه. (۱۳۸۴). مهارت‌های زندگی برای دانش‌آموزان دوره تحصیلی متوسطه. نوآوری‌های آموزشی. ۲-۳۹.

نوری قاسم‌آبادی، زبانه. محمدخانی، پروانه (۱۳۷۳). برنامه آموزش مهارت‌های زندگی. معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور. ۶۴-۷۱.

یوسفی، محسن (۱۳۸۲). بررسی مقدماتی رضایتمندی زناشویی و زندگی خانوادگی در افراد معتاد. پایان نامه دکترای پزشکی، چاپ نشده، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.

Bluvol, A. ( 2003). The Codman award Paper: Quality of life in stroke survivors and theirspouses: Predictors and clinical implications for rehabilitation teams. *Axone*, 25, 10-19, 383-391.

Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2004). Life skills training: empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25, 211-232.

Botvin, G.J., Kantor, L.W. (2007). Preventing alcohol and tobacco use through life skill training. *Journal of alcohol Research & Health*. 24(4), 8-25.

Chen, G. (2006). Social support,spiritual program,and addiction recovery. *International Journal of offender therapy and comparative criminology*, 50,306.

Christensen, A. J., Benotsch, E. G., Wiebe, J. S., Lawton, W. J. (2002). Coping with treatment-related stress: effects on patient adherence in hemodialysis. *Journal of Consultant Clinical Psychology*; 63, 454- 9.

De Leon, G. ( 2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*. New York: Springer.

Endler, N. D., & Parker, J. D. A. ( 1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of personality and social psychology* , 58 ( 5), 844-854.

Errecart, M. T., Walberg, H. J., Ross, J. G. (1991). Effectiveness of teenage health teaching modules. *Journal of school health*, 61(1), 19-42.

Felton, B. J., Revenson, T. A. (2008). coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 52, 343- 53

Hemphill, B. J. (1999). *Assessment in occupational therapy mental health. An integrative approach*. New York. SLACK Incorporated, 231-233.

Homish, G. G., Leonard, K. E., & Cornelius, J. R. ( 2008). Illicit drug use and marital satisfaction. *Addictive Behaviors*. 33, 279-291.

Howe, G. W., Reiss, D., & Yuh, J. (2002). Can prevention trials test theories of etiology? *Development and Psychopathology*, 14, 673-694.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York; springer.

Maremmani, I., Pani, P. P., Pacini, M., Perugi, G. (2007). Substance use and quality of life over 12month among buprenorphin maintenance-treated and methadone

- maintenance-treated heroin addicted patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 41-48.
- Robinson, P. F. (2008). Measurement of quality of life. *Journal of Association Nurses in AIDS Care*, 15, 14-19.
- Smith, K. P. (2007). *Nursing and stroke rehabilitation: A study of the rehabilitation of stroke survivors quality of life, functional, and meaningful function*. Ph.D unpublished Dissertation, University of Florida.11-25.
- Taylor, S. E., & Lobel, M. ( 1989). Social comparison activity under threat: Downward evaluation and upward contacts. *Psychological Review*, 96( 4), 569–575.
- Taylor, J. L., Smith, P., Babyak, M., Barbour, K., Hoffman, B.,& Sebring, D. (2008). Coping and quality of life in patients awaiting lung transplantation. *Journal of psychosomatic Research*. 65: 71-79.
- Wenzel, V., Weichold, K. & Silbereisen, R. K. (2007). *The life skills program IPSY: mediators of effectiveness*. Poster presented at the 13th European Conference on Developmental Psychology, September, Jena, Germany.
- Wenzel, V., Weichold, K. & Silbereisen, R. K. (2009). The life skills program ISPY: Positive influences on scholl bonding and prevention of substance misuse. *Journal of adolescence*, 32, 1391-1401.
- WHOQUOL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2(2), 153-159
- Wong, J. G., Cheung, E., Chen, E. Y., Chan, R. C., Law, C. W. (2005). An instrument to assess mental patients capacity to appraise and report subjective quality of life. *Quality of Life Research*, 14(3), 687-694.

۱۰

۹

10

شماره هفتم، شماره ۲۶، تابستان ۱۳۹۲  
Vol. 7, No. 26, Summer 2013