

اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر سلامت روانی معتادان مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد

کرامه ثاقبی سعیدی^۱، مریم داوران^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۴/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۰۲

چکیده

هدف: این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر سلامت روانی معتادان مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد صورت گرفت. **روش:** این پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل مددجویان کلینیک ترک اعتیاد بودند که در سال ۱۳۹۴ برای متادون درمانی ثبت نام کرده بودند. تعداد ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش در ۸ جلسه آموزش مهارت‌های مقابله با استرس شرکت کردند و سلامت روان هر دو گروه با پرسش‌نامه سلامت عمومی مورد سنجش قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد، آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر بهبود سلامت روان معتادان موثر بوده است. **نتیجه‌گیری:** آموزش مهارت‌های مقابله با استرس می‌تواند در کاهش آثار زیان‌بار اعتیاد بر سلامت روان مفید فایده‌باشد. **کلید واژه‌ها:** مقابله با استرس، سلامت روان، معتاد

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رشت، رشت، ایران،

پست الکترونیک: karamehsaghebi@yahoo.com

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

مقدمه

در حال حاضر سوء مصرف مواد و پیامدهای ناخوشایند ناشی از آن یکی از مهمترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌رود (دالی و مارلات، ۲۰۰۵). اعتیاد یک بیماری مزمن و عود کننده مغزی است که ویژگی آن جستجو و مصرف اجباری مواد با وجود آثار زیان‌بار آن است (طارمیان، ۱۳۹۳). طبق گزارش سالانه سازمان جهانی بهداشت، ایران بالاترین شیوع اعتیاد (۲/۸٪) را دارد. بعد از ایران قزاقستان با ۲/۳٪ و روسیه با ۲/۱٪ در رتبه دوم و سوم قرار دارند (آتشین، ۱۳۸۰). سازمان جهانی بهداشت گزارش کرد که در سال ۲۰۰۰، اعتیاد عامل مرگ و میر تقریباً دو بیست هزار نفر بوده (ساینوتیس، ۲۰۱۰) و از مهمترین عوامل تهدید کننده امنیت و رفاه اجتماعی محسوب می‌شود. بررسی‌ها نشان می‌دهد افراد معتاد و سوء مصرف کنندگان مواد مخدر دارای تفکر پارانوئیدی، علائم افسردگی، اضطراب، افکار و سواسی، اعتماد به نفس پایین و ترس مرضی هستند و در سلامت روان وضعیت نامطلوب دارند (سراج خرمی و اصفهانی اصل ۱۳۸۷، به نقل از عرفانی و زارع بهرام‌آبادی و مشایخی‌پور، ۱۳۹۲). همچنین در تکانش‌وری نمرات بالاتر کسب می‌کنند (زاهد و وحیدی، ۱۳۹۱).

عوامل بی‌شماری از جمله انواع استرس‌های اقتصادی و روان‌شناختی در زمینه‌سازی و بروز اعتیاد نقش دارند (توویتس، ۱۹۸۶). الگوی مقابله با استرس در معتادان خودمعرفة الگوی افراد غیر معتاد متفاوت است (سموعی، ابراهیمی، موسوی، حسن‌زاده، و رفیعی، ۱۳۷۹). همچنین فشارهای روحی روانی (فلاح‌زاده و حسینی، ۱۳۸۵) از مهم‌ترین علل عود اعتیاد محسوب می‌شود. سوء مصرف مواد و الکل ممکن است زمانی که خواسته‌های موقعیتی فراتر از توان مقابله‌ای فرد باشد رخ دهد (آبرامز و نایورا، ۱۹۸۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند افرادی که نمی‌توانند برانگیختگی‌های خود را مهار کنند به احتمال زیاد مصرف کننده دائمی مواد می‌شوند (دوران، مک کارجی و کوهن، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر اعتیاد خود یک مقابله هیجان محور ناسالم به شمار می‌رود (طارمیان، ۱۳۹۳). افراد درگیر در

1. Daley, & Marlatt
2. Saniotis
3. Thoits

4. Abrams, & Niaura
5. Doran, McChargue, & Cohen

رفتارهای سوء مصرف مواد، در توجه به اطلاعات هیجانی، ادراک صحیح آن‌ها، پردازش درست و مدیریت مطلوب هیجان‌ها در روابط بین فردی با دشواری‌هایی مواجه هستند. این دشواری‌ها باعث می‌شوند تا فرد در رویارویی با موقعیت‌های تنیدگی‌زای زندگی توانایی تحلیل، تصمیم‌گیری و انتخاب رفتار صحیح را از دست بدهد و به سوی رفتارهای سازش‌نا یافته کشیده شود (اکبری زردخانه، رستمی و زارعان، ۱۳۸۷).

روش‌های درمانی متفاوتی برای درمان وابستگی به مواد وجود دارد. به نظر می‌رسد در حال حاضر بیشترین تأکید روی درمان‌های نگهدارنده باشد. مرور پژوهش‌های گذشته نشان می‌دهد که اثربخشی درمان‌های نگهدارنده دارویی، بدون مداخله‌های روانی اجتماعی، به علت تأکید صرفاً دارویی موفقیت‌چندانی نداشته است (دباغی، اصغر نژاد، عاطف و حید و بواله‌ری ۱۳۸۷). میزان مصرف مواد در نوجوانان و جوانان روز به روز افزایش می‌یابد و برای کنترل این امر لازم است در برنامه‌های پیشگیری و درمان از دستاوردهای جدید بهره گرفته شود (هانگ، ۲۰۰۶؛ ایسرالوویتزا و راسون، ۲۰۰۶). پژوهشگران دریافته‌اند که نه تنها، رویکرد شناختی-رفتاری برای حل مشکلات اعتیاد و درماندگی مفید بوده و می‌توان از آن در درمان اعتیاد (نیک، ۲۰۰۶؛ فیرو، ۲۰۰۹) و درمان اختلالات روان‌پزشکی همراه آن (ثقه‌الاسلام، رضایی و عقیقی، ۱۳۸۲) استفاده کرد؛ بلکه، نسبت به روش‌های درمانی دیگر، از بیشترین میزان تأثیر برخوردار بوده است (فیرو، ۲۰۰۹). پژوهش‌های فراوانی تأثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری را بر سلامت روان افراد معتاد نشان داده‌اند (کندی، گراس، وایت‌فیلد، درکسلر، و کیلتسا، ۲۰۱۲؛ عرفانی و همکاران، ۱۳۹۲؛ کمرزین، زارع و بروکی میلان، ۱۳۹۱؛ آریا صدر، اکبرزاده و یزدی ۱۳۸۹؛ ملازاده و عاشوری، ۱۳۸۸؛ دباغی و همکاران، ۱۳۸۷).

یکی از مباحث مطرح در درمان شناختی-رفتاری، آموزش مهارت‌های زندگی از جمله مهارت مقابله با استرس است. پژوهشگران تأثیر مثبت آموزش مهارت‌های زندگی را در کاهش مصرف مواد، افزایش آگاهی از مصرف مواد و افزایش مهارت‌های میان فردی

و ارتباطی مورد تأیید قرار داده‌اند. نیمرخ موقعیت‌های استرس لامون و آلونزو^۱ (۱۹۹۷) دلالت بر این دارد که ممکن است استرس عامل اعتیاد باشد یا نتیجه آن. در هر حال تکنیک‌های مدیریت استرس باید از اجزاء مهم برنامه توانبخشی اعتیاد باشد (آریا صدر و همکاران، ۱۳۸۹). داشتن مهارت مقابله‌ای و منابع موثر، اثرات منفی فشار روانی-هیجانی ساختار اجتماعی و عود را بر هم تعدیل می‌کند (کاستلانی، وگورث، ووتن و روگل^۲، ۱۹۹۸). همچنین تقویت مهارت‌های ارتباطی و انطباقی فرد، راهی برای پذیرفته شدن، دریافت حمایت و اثرات مثبت و محافظتی گروه‌های دوستان معمولی و نه سوء مصرف کننده مواد است (رسولی، ۱۳۹۰).

راهبردهای مقابله‌ای، از متغیرهای مؤثر بر سلامت روان هستند. پژوهش‌های متعددی به شناسایی رابطه بین انواع راهبردهای مقابله‌ای و آسیب‌های روان‌شناختی پرداخته‌اند و کاربرد برخی از راهبردهای مقابله‌ای را در بهبود سلامت روانی و جسمانی، کاهش آثار منفی تنیدگی و رفاه روان‌شناختی مؤثر دانسته‌اند (دمپسی^۳، ۲۰۰۲). آرامش روحی و انجام اعمال منسجم روحی، روانی و عملی در کاهش گرایش به رفتارهای پرخطر تأثیر گذار است (پیری و پیرانی، ۱۳۹۱). از آنجایی که وضعیت سلامت روان نقش مهمی در سبب شناسی و فرایند درمان فرد معتاد بازی می‌کند و وجود اختلالات روانی همراه باعث مقاومت در درمان و بازگشت دوباره بیمار به اعتیاد می‌شود (پرنس^۴ و همکاران، ۲۰۰۷)؛ و با توجه به اینکه ارتقاء سطح سلامت روان را می‌توان از موثرترین روش‌ها به منظور سالم‌سازی جامعه و جلوگیری از بروز آسیب‌ها در نظر گرفت، در این پژوهش تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر سلامت روانی افراد معتاد مورد بررسی قرار می‌گیرد.

1. Lamon, & Alonzo
2. Castellani, Wedgeworth, Wootton,
& Rugle

3. Dempsey
4. Prince

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

طرح پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل مددجویانی بودند که در سال ۱۳۹۴ جهت درمان در کلینیک‌های ترک اعتیاد (متادون درمانی) رشت ثبت نام نمود بودند. تعداد ۳۰ نفر با نمونه گیری در دسترس از میان مراجعینی که تمایل به همکاری در پژوهش را داشتند، انتخاب شدند. شرکت کنندگان دو گروه از نظر متغیرهایی همچون سن، تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل، نوع ماده مصرفی همسان سازی شده و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه (هر کدام ۱۵ نفر) تقسیم شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: تحصیلات حداقل راهنمایی، حداقل سن ۲۰ سال، تأییدیه روان پزشکی مبنی بر عدم وجود اختلال روانی شدید. غیبت بیش از ۲ جلسه، عدم همکاری و کوتاهی در انجام تکالیف معیار خروج بودند. تنها داروی مصرف شده برای هر دو گروه متادون بود.

روند اجرا

پس از کسب رضایت‌نامه کتبی، سلامت روان دو گروه با پرسش‌نامه سلامت عمومی^۱ سنجیده شد. پس از آن که گروه آزمایشی دوره مشاوره گروهی در زمینه مقابله با استرس (۸ جلسه) را طی کردند، پس آزمون بر روی دو گروه اجرا شد. در این پژوهش، از روش آموزشی سارا مک نامارا^۲ برای مدیریت استرس استفاده شد و مطالبی نیز از منابع متعدد در این زمینه (مانند کتاب مهارت‌های زندگی نسرين امامی نائینی و کتاب مهارت‌های زندگی حسین نصری) به آن اضافه شد. برنامه آموزشی توسط کارشناس ارشد رشته روان‌شناسی با تجربه برگزاری کارگاه آموزشی مهارت‌های مقابله با استرس و درمان اعتیاد ارائه گردید. برای گروه آزمایش ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به مدت ۴ هفته (هر هفته ۲ جلسه) برگزار شد. در ابتدای جلسات به مرور جلسه پیشین و بررسی تکالیف پرداخته می‌شد. انتهای هر

جلسه مطالب جدید جمع‌بندی و تکالیف مربوطه ارائه می‌شود. برنامه آموزشی جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: اقدامات انجام شده به تفکیک جلسه‌ها

جلسه‌ها	محتوا
اول	ارائه مقدمه از اهمیت و ضرورت آموزش مهارت کنترل استرس، ارائه تعریفی از استرس و پرداختن به تفاوت افراد در مواجهه با استرس و علت تفاوت‌ها.
دوم	معرفی تاثیرات کلی استرس بر دستگاه‌های مختلف بدن، بررسی آثار جسمانی، روان‌شناختی و رفتاری استرس.
سوم	معرفی شیوه‌های مسئله‌مدار و هیجان‌مدار به عنوان شیوه‌های مقابله‌ای، معرفی روش‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت به عنوان شیوه‌های مقابله‌ای، معرفی روش‌های سالم و ناسالم به عنوان شیوه‌های مقابله‌ای.
چهارم	بررسی شیوه‌های مقابله‌ای افراد در موقعیت‌های استرس‌زا، راهکارهای ذهنی و عقلانی جهت کنارآیی با استرس.
پنجم	معرفی مراحل مهارت مقابله با استرس، آگاهی از احساسات خود، آگاهی از وضعیت کنونی و پذیرش آن/ شناسایی ویژگی‌های منفی و مثبت خود، شناسایی افکار نا کار آمد و خنثی نمودن آن‌ها.
ششم	خنثی کردن استرس، معرفی شیوه‌های آرام‌سازی به عنوان یک شیوه درمانی، روش‌های دیگر تنفس عمیق، روش‌های حواس‌پرتی.
هفتم	روش‌های فیزیکی کنار آمدن با استرس برای داشتن سبک زندگی سالم: تغذیه سالم، خواب و ورزش کافی و ...، چگونگی از قبل برای مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا آماده شویم.
هشتم	به کارگیری مهارت‌های آموزش داده شده و رفع اشکالات مراجعین در استفاده از آن‌ها/ بررسی نظرات مددجویان و کسب بازخورد و انجام مجدد آزمون سلامت عمومی.

ابزار

پرسش‌نامه سلامت عمومی: هندرسون^۱ معتقد است این پرسش‌نامه شناخته شده‌ترین ابزار غربال‌گری برای شناسایی افراد با تشخیص بیماری روانی است (به نقل از اوتادی، ۱۳۸۰). نمره بالای بیانگر وجود بیماری و نمره پایین، بیانگر داشتن سلامت عمومی است (کاوایانی، موسوی و محیط، ۱۳۸۰). دارای ۴ خرده‌مقیاس علائم جسمانی، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی و افسردگی است. نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت صفر تا سه می‌باشد. در هر خرده‌مقیاس از نمره ۶ و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است (گلدبرگ و هیلر^۲، ۱۹۷۹). تقوی (۱۳۸۰) در ایران ضریب اعتبار پرسش‌نامه را با سه

1. Handerson

2. Goldberg & Hillier

روش بازآزمایی، تصنیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳، ۰/۹۰ گزارش کرده و روایی همزمان را از طریق اجرای همزمان با پرسش نامه بیمارستانی میدلسکس^۱ سنجید، که حاصل آن ضریب همبستگی ۰/۵۵ بود. ضرایب همبستگی بین خرده آزمون های این پرسش نامه بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر می باشد.

یافته ها

میانگین سنی شرکت کنندگان $30/93 \pm 6/35$ سال (با دامنه سنی ۲۲ تا ۴۸ سال) می باشد. آماره های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره های توصیفی مولفه های سلامت روان به تفکیک گروه ها و نوع آزمون

متغیرها	گروه ها	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سلامت عمومی	آزمایش	۱۵	۵۰/۰۷	۷/۹۲	۲۳/۲۰	۷/۵۸
گواه	گواه	۱۵	۴۹/۴۰	۶/۴۹	۵۰/۲۷	۴/۲۸
علائم جسمانی	آزمایش	۱۵	۱۳/۲۰	۳/۳۴	۳/۸۰	۳/۰۵
گواه	گواه	۱۵	۱۱/۹۳	۲/۶۹	۱۲/۴۷	۲/۲۹
کارکرد اجتماعی	آزمایش	۱۵	۱۰/۸۳	۱/۷۵	۳/۴۰	۲/۷۷
گواه	گواه	۱۵	۱۱/۸۰	۲/۴۸	۱۰/۱۳	۱/۵۵
افسردگی	آزمایش	۱۵	۱۳/۲۰	۱۴/۲۵	۳/۰۷	۳/۹۹
گواه	گواه	۱۵	۱۳/۸۰	۲/۵۷	۱۵/۸۰	۱/۵۷
استرس	آزمایش	۱۵	۱۲/۹۳	۱/۹۴	۳/۴۰	۲/۱۰
گواه	گواه	۱۵	۱۱/۸۷	۱/۹۲	۱۳/۹۳	۲/۵۴

برای بررسی اثربخشی آموزش مهارت های مقابله با استرس بر سلامت روانی افراد معنادار تحت درمان متادون می بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از پیش فرض های این تحلیل همگنی شیب رگرسیون و همگنی واریانس های خطا می باشد. نتایج آزمون این مفروضه ها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌های خطا و بررسی همگنی شیب رگرسیون

متغیرها	نتایج آزمون لون		شیب رگرسیون	
	آماره F	معناداری	آماره F	معناداری
سلامت عمومی	۰/۴۴	۰/۵۱۲	۳/۳۱	۰/۰۸۰
علائم جسمانی	۰/۳۷	۰/۵۵۱	۰/۳۷	۰/۶۹۳
کارکرد اجتماعی	۰/۰۱	۰/۹۱۱	۲/۱۶	۰/۱۳۹
افسردگی	۰/۰۳	۰/۸۶۴	۰/۲۴	۰/۷۹۰
استرس	۰/۶۳	۰/۴۳۳	۰/۰۱	۰/۹۹۳

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود همگنی شیب رگرسیون و همگنی واریانس‌های خطا در تمام متغیرها برقرار است ($P > 0/05$). همچنین نتایج آزمون باکس نشان داد فرضیه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برقرار است ($F = 1/98, P > 0/05$). بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از تفاوت معنادار دو گروه داشت ($0/937 = \text{اندازه اثر}, P < 0/001, F = 78/560, \text{لامبدای} = 0/06$) و یلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول زیر استفاده شد.

۲۷۴

274

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در خرده مقیاس‌های

متغیرها	میانگین مجذورات	سلامت روان	
		آماره F	معناداری
عملکرد جسمانی	۴۷۴/۹۵	۶۸/۰۲	۰/۰۰۰۵
کارکرد اجتماعی	۲۶۷/۹۴	۱۰۱/۱۴	۰/۰۰۰۵
افسردگی	۸۶۶/۵۴	۲۰۷/۱۲	۰/۰۰۰۵
استرس	۷۰۰/۲۳	۱۲۷/۹۶	۰/۰۰۰۵

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود آموزش مهارت‌های مقابله با استرس توانسته است در تمام مولفه‌ها نمرات را کاهش دهد. به بیان دیگر سلامت روان بهبود یافته است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از اجرای پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر سلامت روان معنادان مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد بود. با توجه به یافته‌های به دست آمده دریافتیم که آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر سلامت روان معنادان

تاثیرگذار بوده است. در واقع در نمره‌های سلامت روان و خرده‌مقیاس‌های آن در گروه آزمایش بعد از این که تحت آموزش مهارت‌های مقابله با استرس قرار گرفتند، کاهش معناداری مشاهده شد. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های نیک (۲۰۰۶)؛ فیرو (۲۰۰۹)؛ کندی و همکاران (۲۰۱۲)؛ عرفانی و همکاران (۱۳۹۲)؛ کمرزین و همکاران (۱۳۹۱)؛ آریا صدر و همکاران (۱۳۸۹)؛ ملازاده و عاشوری (۱۳۸۸)؛ دباغی و همکاران (۱۳۸۷) همسو است. کندی و همکاران (۲۰۱۲)، دریافتند که شناخت درمانی بر سلامت روان افراد معتاد موثر است. شعاع کاظمی و مومنی جاوید (۱۳۹۱) در پژوهشی بر روی زنان مصرف کننده شیشه دریافتند مداخلات روان درمانی بر سلامت روان آنان موثر بوده و موجب کاهش افسردگی و علائم جسمانی آن‌ها شده است. ملازاده و عاشوری (۱۳۸۸) در یک بررسی بر روی افراد معتاد نشان دادند که گروه درمانی شناختی موجب بهبود سلامت روان در افراد معتاد می‌شود. درمان شناختی-رفتاری در افزایش خودکارآمدی، بهبود علائم اعتیاد و کاهش دوز دارویی بیماران وابسته به مواد مخدر تاثیر معناداری دارد. عرفانی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی گروه درمانی پذیرش خویشتن بر مولفه‌ای سلامت عمومی معتادان مراکز ترک اعتیاد نشان دادند که گروه درمانی پذیرش خویشتن بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی افراد معتاد موثر است و تغییر باورهای ناسالم به سالم، منجر به افزایش سلامت افراد معتاد می‌شود. در پژوهشی دیگر هندریکس، اسکیا و بلنکا^۱ (۲۰۱۱) نشان دادند که رفتار درمانی شناختی نه تنها در ترک مواد مخدر و کاهش بزهکاری می‌تواند به افراد معتاد کمک کند، بلکه موجب افزایش سلامت روان این افراد می‌شود. در گروه‌های دیگر (غیر معتاد) نیز، پژوهشگران تاثیر آموزش مدیریت استرس را بر سلامت روان نشان دادند (مانند: موسوی نسب و تقوی، ۱۳۸۶). یونگر و کیپک^۲ (۱۹۹۸) آموزش مهارت‌های مقابله‌ای حل مسئله را در کنترل استرس و سلامت جسمانی و روانی موثر دانسته‌اند. اکبری زردخانه و همکاران (۱۳۸۷) دریافتند که بین مکانیزم‌های دفاعی رشد یافته و رشد نیافته و پذیرش اعتیاد به ترتیب رابطه منفی و مثبت وجود دارد.

1. Hendriks, Scheea, & Blankena

2. Unger, & Kipk

لازاروس معتقد است که فرد در رویارویی با یک رویداد بزرگ یا فشار روانی شدید با دو منبع استرس روبروست: نخست خود موقعیت استرس آور که ممکن است زندگی فرد و سلامتی فرد را تهدید کند و باعث کاهش مراقبت فردی شود، و دوم این که واکنش فرد به این موقعیت ممکن است به همان اندازه تهدید کننده باشد و همچنین از توانایی وی برای حل مسئله بکاهد (توئیتس، ۱۹۸۶). یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد آموزش افراد در زمینه مقابله صحیح با منبع استرس، توانسته به کاهش فشار روانی و افزایش توانایی حل مسئله در نتیجه بهبود وضعیت روان‌شناختی منجر شود. هرچه منابع افراد برای مقابله بهتر باشد کمتر احتمال دارد گرفتار در موقعیت‌هایی شوند که در آن‌ها آسیب‌پذیر هستند. افراد تاب آور نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس کمتری را تجربه می‌کنند (محمدی، آقاجانی و زهتاب‌ور، ۱۳۹۰). ارتباط تاب‌آوری افراد و سلامت روان در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است (توگاد و فرد ریکسون، ۲۰۰۴؛ انزلجت، آرونسون، گود و مک کی، ۲۰۰۶). افراد معتاد از به کارگیری مکانیزم‌های دفاعی موثر و کارآمد در موقعیت‌های تنیدگی زان‌توان هستند و به رفتارهای برانگیخته و مخرب مانند مصرف مواد روی می‌آورند. میزان ابتلاء به اختلال‌های روانی نیز در این افراد بالاست (نیکل و آگل، ۲۰۰۶). از آنجایی که سوء مصرف یک مکانیزم دفاعی رشد نیافته است که افراد با هوش هیجانی پایین در مواجهه با موقعیت‌های مشکل به آن متوسل می‌شوند (اکبری زردخانه و همکاران، ۱۳۸۷)، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای سالم به افراد وابسته به مواد تأثیر مثبتی بر سلامت روان‌شناختی آنان داشته است. به عبارت دیگر این شیوه با ارائه راهکارهای شناختی و تمرین‌های رفتاری مثل آگاهی از موقعیت‌های استرس آور زندگی، تشخیص علائم بدنی و روانی خود به استرس، شناسایی روش‌های مقابله‌ای که تاکنون در مواجهه با آن استفاده می‌کردند و جایگزین نمودن روش‌های سالم کاهش استرس (از قبیل آرمیدگی، استمداد از منابع حمایتی، تنفس عمیق، به چالش کشیدن افکار ناکارآمد) به جای شیوه‌های ناسالم مقابله (مانند مصرف مواد)، موجب بهبود سلامت روانی در این

1. Tugade, & Fredrickson
2. Inzlicht, Aronson, Good, & McKay

3. Nickel, & Egle

افراد شد. بی شک استمرار پیامدهای مثبت آموزش مهارت‌های مقابله با استرس نیاز به کارگیری مداوم آن‌ها در زندگی روزمره دارد. یافته‌های حاصل از این پژوهش نه تنها ضرورت آموزش مهارت مقابله با استرس را در افراد معتاد نشان می‌دهد، بلکه بیانگر لزوم ارائه این آموزش در نونهالان و نوجوانان جهت پیشگیری از اعتیاد می‌باشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به حجم کم نمونه و انتخاب شرکت کنندگان از مددجویان مرکز ترک اعتیاد (متادون درمانی) و عدم وجود مرحله پیگیری اشاره نمود. همچنین به دلیل عدم مراجعه مددجویان به مرکز متادون درمانی، این پژوهش تک جنسیتی بود. بنابراین در پژوهش‌های آتی می‌توان آموزش مهارت‌های مقابله با استرس را بر روی زنان و گروه‌های دیگر درمانی مانند گروه‌های خودیاری معتادان گمنام و کمپ‌ها نیز به اجرا در آورد و از مرحله پیگیری جهت بررسی تداوم مداخله بر سلامت روان استفاده نمود.

منابع

- آتشین، شعله (۱۳۸۰). ما، اعتیاد، جامعه. تهران: گهر منظومه.
- آریا صدر، زیور؛ اکبرزاده، نسرين؛ یزدی، منور (۱۳۸۹). مقایسه مولفه‌های هوش هیجانی مردان معتاد و غیر معتاد و ارائه برنامه آموزشی براساس مولفه‌های هوش هیجانی در معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد در شهرستان خرم آباد. *مطالعات روان شناختی*، ۶(۳)، ۷۴-۹۰.
- اکبری زردخانه، سعید؛ رستمی، رضا؛ زارغان، مصطفی (۱۳۸۷). رابطه هوش هیجانی و مکانیزم‌های دفاعی با اعتیاد. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، ۴(۱۵)، ۳۰۳-۲۹۳.
- اوتادی، مریم (۱۳۸۰). *تاثیر اشتغال زنان بر سلامت روان همسران شان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.
- پیری، موسی؛ پیرانی، محمد (۱۳۹۱). *فرا تحلیل سلامت روان و اعتیاد*. خلاصه مقالات اولین کنگره بین المللی دانشجویی اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه. ص ۳۲۱.
- تقوی، سید محمد رضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسش نامه سلامت عمومی بر روی گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز. *مجله روان شناختی*، ۴(۲۰)، ۳۸۱-۳۹۸.
- ثقه الاسلام، طاهره؛ رضایی، امیدوار؛ و عقیقی، کبری (۱۳۸۲). تاثیر درمان شناختی-رفتاری در کاهش افسردگی مبتلایان به سوء مصرف. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۳(۲)، ۳۳-۳۸.

دباغی، پرویز؛ اصغرنژاد فرید، علی اصغر؛ عاطف وحید، محمد کاظم و بوالهیری، جعفر (۱۳۸۷). اثربخشی پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی در درمان وابستگی به مواد افیونی و سلامت روانی. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۲(۷)، ۴۴-۲۹.

رسولی، فاطمه (۱۳۹۰). نقش آموزش کنترل خشم در مقاوم سازی نوجوانان در برابر اعتیاد و سوء مصرف مواد. فصلنامه نظم و امنیت انتظامی، ۴(۲)، ۸۹-۱۱۱.

زاهد، عادل؛ و وحیدی، زهره (۱۳۹۱). مقایسه تکانشوری کلی، حرکتی، شناختی و بی‌نامگی در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد مخدر و افراد بهنجار. خلاصه مقالات اولین کنگره بین‌المللی دانشجویی اعتیاد: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه. ص ۲۸۱.

سموعی، راحله؛ ابراهیمی، امرا...؛ موسوی، سید غفور؛ حسن زاده، اکبر؛ و رفیعی، سعید (۱۳۷۹). الگوی مقابله با استرس در معتادین خود معرف: مرکز اعتیاد اصفهان. اندیشه و رفتار، ۶(۳ و ۲)، ۶۹-۶۳.

شعاع کاظمی، مهرانگیز؛ و مومنی جاوید، مهر آور (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی مداخلات روان درمانی بر سلامت روان مددجویان معتاد زن مصرف کننده شیشه. خلاصه مقالات اولین کنگره بین‌المللی دانشجویی اعتیاد: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه. ص ۱۹۰.

طارمیان، فرهاد (۱۳۹۳). حقایقی درباره زندگی سالم و به دور از مواد. چاپ اول، تهران. فلاح زاده، حسین؛ و حسینی، نرجس (۱۳۸۵). بررسی علل عود اعتیاد از دیدگاه معتادین مراجعه کننده به مرکز بهزیستی شهرستان یزد. مجله طلوع بهشت، ۵(۲ و ۱)، ۷۳-۶۷.

عرفانی، نصراله؛ زارع بهرام آبادی، مهدی؛ و مشایخی پور، مصطفی (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی پذیرش خویشتن به شیوه درآیدن بر مولفه‌های سلامت عمومی معتادین مراکز ترک اعتیاد. مجله روان‌شناسی بالینی، ۵(۱۸)، ۳۴-۲۵.

کاوایانی، حسین؛ موسوی، اشرف السادات؛ و محیط، احمد (۱۳۸۰). مصاحبه و آزمون‌های روانی. تهران: انتشارات سنا.

کمرزین، حمید؛ زارع، حسین؛ بروکی میلان، حسن (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد. اعتیادپژوهی، ۶(۲۲)، ۸۵-۷۵. محمدی، ابوالفضل؛ آقاجانی، میترا؛ زهتاب‌ور، غلامحسین (۱۳۹۰). ارتباط اعتیاد، تاب‌آوری و مولفه‌های هیجانی. مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۷(۲)، ۱۴۲-۱۳۶.

ملازاده، جواد؛ و عاشوری، احمد (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد. دانشور رفتار، ۱۶(۳۴)، ۱۲-۱.

موسوی نسب، محمد حسین؛ و تقوی، محمدرضا (۱۳۸۶). تأثیر ارزیابی استرس و راهبردهای رویارویی در سلامت روان. مجله پزشکی هرمزگان، ۱۱(۱)، ۹۰-۸۳.

Abrams, D. B., Niaura, R. S. (1987). Social learning theory. In H. T. Blane & K. F. Leonard (Eds), *Psychological theories of drinking and alcoholism*. New York: Guilford press.

- Castellani, B., Wedgeworth, R., Wootton, E. & Rugle, L. (1998). A bi-directional theory of addiction: Examining coping and the factors related to substance relapse. *Addictive behaviors*, 22, 137-144.
- Daley, D. C., & Marlatt, G. A. (2005). Relapse prevention. In J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman, & J. G. Langrod (Eds), *substance abuse: A comprehensive textbook, 4th ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Winkins.
- Dempsey, M. (2002). Negative coping as mediator in the relation between violence and outcomes: Inner-city African American youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 102-109.
- Doran, N., McChargue, D., & Cohen, L. (2007). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, 32, 90-98.
- Fierro, M. (2009). *Recovering From Substance Abuse: Support Groups For Gay and Lesbian Adults: A Grant Proposal*. Unpublished Thesis for Master of Science. California State University.
- Goldberg, D. P. & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of general health questionnaire psychological medicine, 9(1), 131-145.
- Hendriks, V., Scheea, E., Blankena, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug and Alcohol Dependency*, 119, 64-71.
- Huang, B., Grant, B. F., Dawson, D. A., Stinson, F. S., Chou, S. P., Saha, T. D., ... & Pickering, R. P. (2006). Race ethnicity and the prevalence and co-occurrence of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) alcohol and drug use disorders and Axis I and II disorders: United States, 2001 to 2002. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 252-257.
- Inzlicht, M., Aronson, J., Good, C., & McKay, L. (2006). A particular resiliency to threatening environments. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42, 323-336.
- Isralowitz, R., & Rawson, R. (2006). Gender differences in prevalence of drug use among high risk adolescents in Israel. *Addictive Behaviors*, 31, 355-358.
- Kennedy, A. P., Gross, R. E., Whitfield, N., Drexler, K. P. G., Kilts, C. D. (2012). A controlled trial of the adjunct use of D-Cycloserine to facilitate cognitive behavioral therapy outcomes in a cocaine-dependent population. *Addictive Behaviors*, 37(8), 900-907.
- Lamon, B. C. & Alonzo, A. (1997). Stress among males recovering from substance abuse. *Addictive behaviors*, 22, 195-205.
- Nick, J. (2006). Cognitive behavioral therapy for the homeless population: A case series pilot study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 34, 107-111.
- Nickel, R., & Egle, U. T. (2006). Psychological defense styles, childhood adversities and psychopathology in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 30, 157-170.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., Rahman, A. (2007). Global mental health: No health without mental health. *Lancet*, 370, 859-877. DOI: DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61238-0.
- Saniotis, A. (2010). Evolutionary and anthropological approaches towards understanding human need for psychotropic and mood altering substances. *Journal of Psychoactive drugs*, 42(4), 447-484.
- 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.

- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of counselling and clinical Psychology*, 54(4), 419-423.
- Unger. J. B., Kipk, M. D. (1998). Stress, coping and social support among homeless youth. *Journal of Adolescence research*, 13(2), 124-134.

Archive of SID

۲۸۰

280

سال یازدهم، شماره ۴۳، پاییز ۱۳۹۶
Vol. 11, No. 43, Autumn 2017