

تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر سلامت روان مادران دارای فرزند معتاد

حسین صاحب‌دل^۱، مسعود اسدی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۴/۰۲

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر سلامت روانی مادران دارای فرزند معتاد انجام شد. **روش:** روش پژوهش شبه آزمایشی بوده و از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری پژوهش متشکل بود از تمامی مادران دارای فرزند معتاد پسر مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد آفرینش شهر کرج در سال ۱۳۹۱، که فرزندان آن‌ها تحت درمان با متادون بودند (تعداد= ۱۹۸ نفر). تعداد ۴۰ نفر از افراد دارای شرایط ورود، به صورت هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه (هر هفته دو جلسه به مدت ۱۲۰ دقیقه) آموزش مهارت‌های ارتباطی را دریافت کردند، در حالی که گروه گواه تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. ابزار پژوهش پرسش‌نامه سلامت روان بود. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) نشان داد در متغیرهای سلامت جسمی، اضطراب، افسردگی، اختلال در کارکرد اجتماعی و سلامت کل، بین گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون تفاوت وجود دارد ($P < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** آموزش مهارت‌های ارتباطی شیوه موثری برای بهبود سلامت روان مادران دارای فرزند معتاد است.

کلید واژه‌ها: آموزش مهارت‌های ارتباطی، سلامت روان، مادران، فرزند معتاد

۱. نویسنده مسئول استادیار گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قائنات، قائنات، ایران،

پست الکترونیک: pcsahebde11365@gmail.com

۲. دکتری مشاوره

مقدمه

امروزه، تامین سلامت روانی افراد در نزد دولت‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. مطالعات علمی گسترده‌ای در این زمینه در حال انجام است، که می‌تواند با شناسایی دقیق‌تر عوامل تهدید کننده سلامتی و رفع ابهامات و پیچیدگی‌های مربوط به بیماری‌شناسی، کیفیت و سبک زندگی و علل آسیب‌های اجتماعی، راهگشای برنامه‌های ارتقای سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی باشد (نایدو و ویلس^۱، ۲۰۰۰). بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت عبارت است از حالت سلامتی کامل جسمی، روانی و اجتماعی نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی؛ به عبارت دیگر سلامت فقط به جنبه جسمی محدود نشده، بلکه ابعاد روانی و اجتماعی زندگی فرد را نیز در برمی‌گیرد (اسدی، ۱۳۸۸). در تعریفی دیگر، سلامت روان عبارت است از سلامت فکری، به منظور نشان دادن وضع مثبت‌تر که می‌تواند نسبت به ایجاد سیستم با ارزش در مورد ایجاد تحریک و پیشرفت و تکامل در حد فردی کمک نماید (میلانی فر، ۱۳۹۰).

خانواده کوچکترین نهاد اجتماعی بوده، که سلامت روانی هریک از اعضای آن به طور زیادی به سلامت سایر اعضا وابسته می‌باشد (شعاع کاظمی، ۱۳۸۴). از جمله عواملی که سلامت روانی اعضای خانواده و مخصوصاً والدین را با خطر مواجه می‌سازد، وجود یک فرزند معتاد در خانواده است (جیل، داکوف، جری، کوهن و کرایچ^۲، ۲۰۱۰). امروزه، وابستگی به مواد، جایگزین اصطلاح اعتیاد شده، و به الگوی ناسازگارانه مصرف مواد که با ایجاد تحمل (نیاز به افزایش قابل ملاحظه مقدار مصرف ماده و کاهش قابل ملاحظه تأثیر ماده با مصرف مقدار ثابت)، علائم محرومیت یا قطع مصرف، میل دائم برای مصرف ماده، تلاش‌های ناموفق برای قطع یا کنترل مصرف و مصرف ماده بیشتر از میزان مورد انتظار مشخص می‌شود. سوء مصرف مواد نیز، به الگوی ناسازگارانه مصرف مواد که با پیامدهای نامطلوب، منفی و عود کننده همراه است، مشخص می‌گردد. اما در سوء مصرف مواد وضعیت تحمل و محرومیت وجود ندارد (برنارد^۳، ۲۰۰۷). مسأله سوء مصرف مواد، در

1. Naidoo & Wills
2. Gayle, Dakof, Jeri. Cohen & Craig

3. Barnard

جهان امروز از جمله مسائل مهم اجتماعی است که در بیشتر کشورها به صورت مشکل عمده‌ای برای دولت‌ها جلوه می‌کند. در حال حاضر بحران مواد مخدر در کنار سه بحران اصلی دنیا، یعنی بحران محیط زیست، بحران تهدید اتمی و بحران فقر، به عنوان مسأله روز دنیا درآمده است. با وجود اینکه آمار دقیقی از تعداد افراد مبتلا به اعتیاد در کشور ما وجود ندارد، اما بررسی منابع نشان می‌دهد آمار اعتیاد به شیوه قابل توجهی رو به افزایش است (احمدی و غلامی آیز، ۱۳۸۲). تأثیرات ویران‌کننده مصرف مواد بر زندگی والدین، فرزندان و خانواده گسترده غیر قابل انکار است. نشانگان افسردگی، اضطراب، تخریب روابط، گوشه‌گیری، تخریب خانواده، سوءرفتارهای فرزندان، رشد ضعیف و فقر، از جمله اثرات ویران‌کننده مصرف مواد در خانواده می‌باشند. وقتی فرزندان معتاد می‌شوند، ابعاد مختلف سلامت روان در والدین با خطر مواجه می‌شود (جیل و همکاران، ۲۰۱۰). اعتیاد فرزندان می‌تواند روند تفکر سالم در والدین را برهم زده و آن‌ها را به سمت افسردگی سوق دهد. همچنین، این مسأله می‌تواند ابعاد دیگر سلامت روان، از جمله روابط اجتماعی، روحیه شاد و شادکامی را در والدین با افت شدید مواجه سازد (پتر و کوته، ۲۰۰۱). نتایج پژوهشی نشان می‌دهد، پدر و مادرهایی که دارای فرزند معتاد هستند در معرض انواع مشکلات جسمی و روانشناختی قرار دارند. به عنوان مثال، اورفورد^۱ و همکاران (۲۰۰۵) در مطالعه‌ای نشان دادند که اعتیاد فرزندان در فرهنگ‌های مختلف می‌تواند سلامت روانی و تعادل والدین و سیستم خانواده را با خطر مواجه سازد. همچنین، بسیاری از والدین در مواجهه با اعتیاد فرزندان، از نشانگان افسردگی و اضطراب رنج می‌برند. فیشر^۳ و همکاران (۲۰۰۶) اظهار می‌دارند که والدین اغلب از اعتیاد فرزندان خود و یا از میزان مصرف آن‌ها آگاهی ندارند. هنگامی که از این مسأله آگاه می‌شوند به طور قابل ملاحظه‌ای دچار تخریب روانی می‌شوند. آن‌ها همچنین گزارش می‌دهند، مشکلات مربوط به سلامت روان و ابتلا به افسردگی در بین والدین دارای فرزند معتاد، بیش از پیش رو به افزایش است. والدین در مواجهه با اعتیاد فرزندان ممکن است تلاش کنند تا

۹۷

97

اطلاعات بیشتری در مورد طریقه مصرف حاصل کنند. در این حالت دچار احساس شرم و گناه شده و خود را سرزنش می‌کنند. همچنین ممکن است احساس کنند که فرزندشان از دست رفته است. برخی والدین نیز با این مسأله به گونه‌ای برخورد می‌کنند که گویا اصلاً فرزندی نداشته‌اند (پتر و کوت، ۲۰۱۱). تحقیقات نشان می‌دهد، والدین دارای فرزند معتاد دچار آسیب جدی در روابط شده و الگوی تعامل خانوادگی آنها برهم می‌خورد. در این گونه خانواده‌ها، روند معمول و عادی ارتباط جای خود را به یک ارتباط بیمارگونه می‌دهد. از این طریق، چرخه منفی روابط خانوادگی شکل می‌گیرد و این چرخه باعث تقویت رفتارهای مصرفی فرزندان می‌شود. روابط نامطلوب، تقویت کننده استرس والدین بوده و از سویی استرس والدین نیز آن را تقویت می‌کند (بوتلر و بولد، ۲۰۰۵).

پیرسون^۲ (۲۰۰۰) دریافت که والدین دارای فرزند معتاد به سه شیوه ممکن است، پاسخ دهند. یا مستقیماً با مشکل درگیر می‌شوند، یا مشکل را تحمل می‌کنند و یا از نوجوان مصرف کننده کناره‌گیری می‌کنند. یوشر، جکسون و اوپرین^۳ (۲۰۰۵) اظهار می‌دارند، کناره‌گیری والدین از نوجوان مصرف کننده خطر افزایش مصرف را بیشتر می‌کند، و این امر ممکن است باعث تخریب بیشتر سیستم خانواده شده و ارتباطات را تضعیف نماید. آنها معتقدند ارتباط مناسب و کارآمد می‌تواند نتایج بهتری را در پی داشته باشد. خانواده به عنوان یک سیستم عمل می‌کند که در آن وقتی یکی از اعضا علامتی را دریافت می‌کند که عملکرد یا رفتار در حال فاصله گرفتن از وضعیت و سازمان عادی سیستم است، این رفتار ممکن است نیازمند اصلاح باشد. فقط در این حالت می‌توان تعادل حیاتی را حفظ کرد. در خانواده، علت و معلول‌ها به جای خطی بودن، حالت دایره‌ای دارند، و مداخله یا تغییر در هر قسمت از سیستم بر کل آن اثر می‌گذارد. اعتیاد یک عضو در خانواده می‌تواند فشار روانی زیادی را بر سایر اعضا تحمیل کند. بسیاری از مشکلات روانشناختی که افراد معتاد با آن مواجه هستند، به خانواده آنها نیز سرایت کرده و تعادل روانی اعضا را برهم می‌زند (لوئیس، دانا و بلوینس^۴، ۱۳۸۵). از آنجا که زنان نسبت به

1. Butler & Bauld
2. Pearsson

3. Usher, Jackson, & O'Brien
4. Luise, Dana & Blouinse

مردان آسیب‌پذیری بیشتری نشان داده و بیشتر درگیر احساسات خود می‌شوند، می‌توان گفت مادران دارای فرزند معتاد، بیش از پدران آن‌ها، در معرض ابتلا به عوارض روانی هستند (جیل و همکاران، ۲۰۱۰).

از جمله عوامل مؤثر در بهبود سلامت روانی اعضای خانواده مهارت‌های ارتباطی می‌باشد (نیکولز و شوارتز^۱، ۱۳۸۹). ارتباط، تعامل بین حداقل دو انسان می‌باشد، و حاصل آن پیامی است که فرستاده و دریافت می‌شود، تا هدفی برآورده گردد. توانایی برقراری ارتباط صحیح، یکی از مهارت‌های اساسی زندگی اجتماعی است. اهمیت ارتباط در زندگی انسان تا اندازه‌ای است که برخی از صاحب‌نظران اساس رشد انسان، آسیب‌های فردی و پیشرفت بشری را در فرایند ارتباط دانسته‌اند (نامدار، رحمانی و ابراهیمی، ۱۳۸۷). مهارت‌های ارتباطی به رفتارهایی اطلاق می‌شود، که به فرد کمک می‌کند عواطف و نیازمندی‌های خود را به درستی بیان کند و به اهداف بین‌فردی دست یابد. این مهارت‌ها از چنان اهمیتی برخوردارند، که نارسایی آن‌ها می‌تواند با احساس تنهایی و اضطراب اجتماعی، افسردگی، عزت‌نفس پایین و عدم موفقیت‌های تحصیلی و شغلی همراه باشد (میرزایی، واقعی و کوشان، ۱۳۸۹). برقراری روابط انسانی مناسب برای ارضای نیازهای افراد یک امر ضروری می‌باشد. داشتن روابط سالم و مثبت با دیگران کلید رشد و کمال آدمی است (کایوند، شفیع آبادی و سودانی، ۱۳۸۸). وظیفه اولیه خانواده برقراری ارتباط است. ارتباط روشن و مؤثر بین اعضای خانواده موجب رشد احساسات مثبت و حفظ تعادل روانی می‌شود. هرگاه اعضای خانواده از الگوهای ارتباطی مناسب استفاده کنند، انتقال پیام به صورت مناسب اتفاق می‌افتد و نیازهای روانی اعضا به طور مناسب برآورده می‌شود (اولیور و میلر^۲، ۱۹۹۴).

ویرجینیا ستیر^۳ بر الگوهای ارتباطی حاکم بر سیستم خانواده تاکید می‌کند. مدل ستیر بر ناهمخوانی بین پیام‌ها در ارتباط تأکید دارد و گفتگوی مستقیم بین اعضای خانواده را تسهیل می‌نماید (روبینز^۴، ۲۰۰۳). ستیر به اعضاء کمک می‌کند تا به جای تکرار ناراحتی

گذشته و بازگویی آن‌ها، تعاملات‌شان را در زمان حال مورد تجزیه و تحلیل قرار دهند (تامپسون^۱، ۲۰۰۱، به نقل از اسدی، ۱۳۸۸). در زمینه ارتباط بین مهارت‌های ارتباطی و سلامت روان پژوهش‌های متعددی صورت گرفته است. از جمله ویشمن و کورتناژ^۲ (۲۰۰۳) در پژوهشی نشان دادند، بین نشانه‌های افسردگی و سبک‌های ارتباطی افراد رابطه وجود دارد. نتایج این تحقیق پیشنهاد می‌کند بهبود سبک‌های ارتباطی می‌تواند منجر به کاهش علائم افسردگی شود. در مطالعه هانسون و لونیلند^۳ (۲۰۰۶) آموزش مهارت‌های ارتباطی بر بهبود سلامت روانی و کاهش اضطراب و نشانگان روانپزشکی در زوجها تأثیر معنادار داشت. نتایج پژوهش مهدویان (۱۳۷۶) نشان داد، آموزش مهارت‌های ارتباطی به طور معناداری سطح سلامت روانی و عملکرد اجتماعی زوجها را افزایش می‌دهد. آجیلچی، برجالیب و جان بزرگی^۴ (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان دادند، آموزش مهارت‌های والدینی به مادران باعث کاهش استرس و افزایش عزت نفس فرزندان‌شان می‌شود. هربرت، گادیانو، رینگولد و میرز^۵ (۲۰۰۵) در پژوهشی دریافتند، آموزش مهارت‌های ارتباطی باعث کاهش اضطراب اجتماعی در نوجوانان می‌شود. نتایج پژوهش کاظمی، جاویدی و آرام (۱۳۸۹) نشان داد، آموزش مهارت‌های ارتباطی باعث کاهش استرس شغلی در کارکنان می‌شود. میرزایی و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه‌ای نشان دادند، آموزش مهارت‌های ارتباطی می‌تواند استرس دانشجویان را کاهش دهد. با توجه به مبانی نظری و پژوهشی ارائه شده می‌توان گفت، زندگی با فرزند معتاد، وضعیت روانی مادران آن‌ها را با خطر جدی مواجه می‌سازد. همچنین، با توجه به اینکه محیط خانواده به عنوان یک سیستم عمل می‌کند و تغییر یا تخریب در هر بخش از این سیستم، تغییر و یا تخریب سایر قسمت‌ها را به دنبال خواهد داشت. استفاده از درمان‌های فردی نمی‌تواند کارایی چندانی در این زمینه داشته باشد. چرا که اگر شخص به صورت انفرادی درمان شود، با برگشت به سیستم خانواده، نشانگان او دوباره عود خواهد کرد. لذا برای درمان فرد در رویکرد سیستمی، باید کل سیستم را با تغییر مواجه نماییم (اسدی، ۱۳۸۸). از طرفی، پژوهش‌های انجام شده با

1. Thompson
2. Wishman&Courtneage
3. Hansson& Lund bland

4. Ajilchia, Borjalib & Janbozorgi
5. Herbert, Gaudiano, Rheingold, & Myers

روش‌های سیستمی بسیار ناچیز بوده و در بسیاری موارد قابل اتکا نمی‌باشند. با توجه به آنچه گفته شد، ضرورت انجام پژوهش در محیط خانواده و شناسایی و بکارگیری راهبردهای سیستمی مناسب در حوزه مشکلات خانوادگی وابسته به اعتیاد، بیش از پیش ضروری به نظر می‌رسد. بررسی‌ها نشان می‌دهد، آموزش مهارت‌های ارتباطی نقش مؤثری در بهبود سلامت روان برای گروه‌های مختلف داشته است. از اینرو، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر سلامت روان مادران دارای فرزند پسر معتاد می‌باشد.

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه پژوهش حاضر تمامی مادران دارای فرزند پسر معتاد مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد آفرینش در سال ۱۳۹۲ بود که مجموعاً ۱۹۸ نفر بودند. لازم به ذکر است که تمامی این مادران دارای فرزندی بودند که تحت درمان با متادون بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۰ نفر از مادران دارای فرزند پسر معتاد بود، که برای انتخاب آن‌ها از روش نمونه‌گیری هدفمند با جایگزینی تصادفی استفاده شد. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن کمتر از ۶۰ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن، سلامتی جسمانی نسبی (قادر به شرکت در جلسات باشند)، و داشتن فرزند پسر معتاد تحت درمان با متادون. بدین ترتیب، از بین افراد داوطلب که شرایط ورود به مطالعه را دارا بودند، تعداد ۴۰ نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند (هر گروه ۲۰ نفر)، و به تصادف در یک گروه (گروه آزمایش) مهارت‌های ارتباطی در ۸ جلسه‌ی ۱۲۰ دقیقه‌ای آموزش داده شد. لازم به ذکر است که قبل از انجام کار به مادران توضیحاتی در زمینه محتوا و هدف پژوهش داده شد و از آن‌ها در زمینه انتشار نتایج اجازه گرفته شد.

ابزار

پرسش‌نامه سلامت عمومی^۱: این پرسش‌نامه برای سنجش سلامت روانی افراد، اولین بار در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ و هیلیر^۲ ساخته شد و به صورت فرم‌های ۶۰، ۳۰، ۲۸، و ۱۲ سؤالی تهیه شده است. فرم ۲۸ سؤالی این مزیت را دارد که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده است (سپهوند، گیلانی و زمانی، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سؤالی استفاده شد. دارای ۴ خرده مقیاس نشانه‌های جسمی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. علاوه بر مؤلفه‌های ذکر شده، این پرسش‌نامه دارای شاخص کلی است که از جمع چهار مؤلفه به دست می‌آید. محاسبات آماری نشان داده است که عامل سلامت عمومی در هر یک از خرده مقیاس‌ها ۵۹ درصد واریانس آزمون را تشکیل داده و چهار زیر مقیاس به طور معناداری مستقل از هم نیستند. سؤال‌های این پرسش‌نامه به صورت چهار گزینه‌ای است که به هر پاسخ آزمودنی نمره صفر تا ۳ داده می‌شود و نمره کلی فرد از حاصل جمع نمره‌های چهار مقیاس، به دست می‌آید و سلامت عمومی فرد را نشان می‌دهد (شمسی، ۱۳۸۲). سپهوند، گیلانی، و زمانی (۱۳۸۵) ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه را ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌های نشانه‌های جسمی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۳، ۰/۶۶، و ۰/۸۵ گزارش داده‌اند. برای اثبات روایی^۳ همبستگی بین نمرات این پرسش‌نامه و پرسش‌نامه ۹۰-SCL بر روی ۲۲۴ نفر ۰/۸۷ به دست آمد (شمسی، ۱۳۸۲). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۶۸ به دست آمد. همچنین این ضریب برای خرده مقیاس‌های نشانگان جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب عبارت بود از ۰/۵۶، ۰/۶۴، ۰/۵۵ و ۰/۶۲.

۱۰۲

102

1. General Health Questionnaire (GHQ)

2. Goldberg & Hillier
3. Validity

روند اجرا

جلسات آموزشی شامل هشت جلسه (هر جلسه ۱۲۰ دقیقه) بود که با استفاده از مفاهیم نظریه ستیرو منابع مربوط به درمان اعتیاد طراحی شد (نیکولز و شوارتز، ۱۳۸۹؛ شعاع کاظمی، ۱۳۸۴). محتوای جلسات به شرح زیر است.

جدول ۱: محتوای جلسات مهارت‌های ارتباطی

جلسه	محتوا
اول	خوش آمد گویی، بیان اهداف، بررسی مسائل و مشکلات موجود و ایجاد محیط مناسب آموزشی. بررسی مفاهیم و تعاریف ارتباط.
دوم	بررسی نقش ارتباط در زندگی و موانع ارتباطی موجود در خانواده. بررسی راه‌هایی که ارتباط نامناسب می‌تواند آسیب‌زا باشد.
سوم	بررسی مهارت گوش دادن و آموزش راه‌های مؤثر گوش دادن. بررسی نقش استفاده از این تکنیک در حل مشکلات ارتباطی.
چهارم	ابراز دیدگاه‌های مختلف در مورد روابط و شناسایی نقطه نظرات شرکت‌کنندگان در زمینه برقراری ارتباط کارآمد.
پنجم	بررسی و شناسایی مفهوم کنترل و نقش آن در زندگی. شناسایی تأثیرات کنترل نابجا در رفتار اعتیادآور.
ششم	بررسی روش‌ها و اسلوب ارتباط برابر و آموزش نحوه تفکر برنده برنده در روابط.
هفتم	بررسی نقش هر فرد در ارتباط دوتایی. کمک به افراد در جهت شناسایی نقشی که در ارتباط دارند. آموزش نحوه تغییر نقش خود در روابط.
هشتم	مرور جلسات قبل و یادآوری نقش ارتباط در سلامت روان و بهبود خانواده، جمع‌بندی و ختم جلسات.

یافته‌ها

داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سنی افراد در گروه آزمایش ۳۴ سال و در گروه گواه ۳۳/۴۰ سال بود. همچنین میانگین سطح درآمد در گروه آزمایش ۸۲۳ هزار تومان در ماه و در گروه گواه ۷۹۳ هزار تومان در ماه بود. همچنین، همه افراد گروه آزمایش و گواه با همسر و خانواده خود زندگی می‌کردند و کسی بیوه یا مطلقه نبود. آماره‌های توصیفی سلامت روان و مولفه‌های آن به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی سلامت روان و مولفه‌های آن به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

پس آزمون		پیش آزمون		گروه‌ها	مولفه‌ها
انحراف- استاندارد	میانگین	انحراف- استاندارد	میانگین		
۲/۱۰	۷/۶۵	۲/۶۹	۷/۷۰	آزمایش	سلامت جسمی
۲/۹۹	۹/۶۵	۳/۲۵	۸/۵۰	گواه	
۳/۴۰	۵/۱۰	۳/۳۵	۱۰/۶۰	آزمایش	اضطراب
۳/۲۴	۹/۸۵	۳/۳۷	۱۰/۰۵	گواه	
۲/۴۷	۳/۶۵	۴/۴۹	۸/۷۵	آزمایش	افسردگی
۲/۵۴	۷/۹۵	۲/۷۹	۷/۱۵	گواه	
۲/۸۰	۵/۲۰	۳/۵۳	۱۰/۶۰	آزمایش	اختلال در کارکرد اجتماعی
۲/۶۱	۱۰/۹۰	۱/۹۱	۱۱/۰۰	گواه	
۵/۳۵	۲۱/۶۰	۹/۵۱	۳۷/۶۵	آزمایش	سلامت کل
۷/۳۸	۳۸/۳۵	۹/۰۷	۳۶/۷۰	گواه	

برای بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر سلامت روان مادران دارای پسر معنادار می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از پیش فرض‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون در جدول ۳ ارائه شده است.

۱۰۴

104

جدول ۳: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا

نتیجه	معناداری	آماره F	مولفه‌ها
برابری واریانس‌ها	۰/۲۱	۱/۶۲	سلامت جسمی
نابرابری واریانس‌ها	۰/۰۱۷	۶/۱۷	اضطراب
برابری واریانس‌ها	۰/۷۸	۰/۰۷۸	افسردگی
برابری واریانس‌ها	۰/۴۱	۰/۶۹۲	اختلال در کارکرد اجتماعی
برابری واریانس‌ها	۰/۰۵۳	۳/۹۹	سلامت کل

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، برای تمام مولفه‌ها به جزء مولفه اضطراب معنادار نیست ($P > ۰/۰۵$). یعنی مفروضه همگنی واریانس‌ها در همه‌ی مولفه‌ها به جزء مولفه اضطراب تأیید می‌شود. لازم به ذکر است که اگر حجم نمونه برابر باشد، این فرض برای

تحلیل کواریانس مشکل زیادی ایجاد نمی‌کند (شیولسون^۱، ۱۳۸۴)، بنابراین با توجه به مساوی بودن حجم گروه‌ها در پژوهش حاضر، نتیجه گرفته می‌شود که عدم رعایت این مفروضه تأثیری بر محاسبه تحلیل کواریانس ندارد. بررسی شیب رگرسیون‌ها نیز نشان داد که بین گروه‌ها در پیش‌آزمون تعامل وجود ندارد. مستقل بودن گروه‌ها نیز چون شرکت‌کنندگان دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شده‌اند، این مفروضه هم مورد تأیید می‌باشد. بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج آن نشان داد که آموزش مهارت‌های ارتباطی می‌تواند در ارتقای سلامت نقش داشته باشد (۰/۱۰ = مجذور اتا، $F = 3/602$ ، $P < 0/01$ ، $F = 0/812$ ، لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت

مؤلفه‌ها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا
سلامت جسمی	۴۵/۲۸	۷/۳۶۰	۰/۰۰۰۵	۰/۱۶
اضطراب	۹۴/۶۱	۱۳/۱۸۰	۰/۰۰۰۵	۰/۲۶
افسردگی	۲۰۸/۱۶	۳۶/۵۲۰	۰/۰۰۰۵	۰/۴۹
اختلال در کارکرد اجتماعی	۳۰۲/۸۲	۴۸/۹۴۰	۰/۰۰۰۵	۰/۵۶

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود نتایج نشان می‌دهد آموزش مهارت‌های ارتباطی در تمام مؤلفه‌ها بهبودی را ایجاد نموده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر سلامت روانی مادران دارای فرزند معتاد انجام شد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که آموزش مهارت‌های ارتباطی، سلامت روان را در مادران دارای فرزند پسر معتاد بهبود داده است. این نتایج به نوعی با نتایج حاصل از مطالعات ویشمن و کورتناژ (۲۰۰۳)، هانسون و لونبلند (۲۰۰۶)، مهدویان (۱۳۷۶)، آجیل چی و همکاران (۲۰۱۱) و هربرت و همکاران (۲۰۰۵) همخوانی دارد. خانواده همچون مجموعه‌ای منسجم عمل می‌کند که در آن رفتار هریک از اعضا به

نوعی به سایرین مربوط می‌شود (پتر و کوت، ۲۰۱۱). هرگاه یکی از اعضای خانواده دچار آسیب شود، این آسیب نه تنها بر رفتار آن عضو بلکه بر عملکرد کل خانواده تأثیرات سوء دارد (بوتلر و بولد، ۲۰۰۵). از طرفی هرگاه یکی از اعضای خانواده رفتار مطلوب‌تری داشته باشد، این رفتار می‌تواند باعث ایجاد تغییر در رفتار سایرین شده و آن‌ها را نیز با تغییراتی مواجه سازد (جیل و همکاران، ۲۰۱۰). ارتباط و مهارت‌های مربوط به آن نقش مؤثری در بهبود رفتار اعضای خانواده داشته و چنانچه اعضای خانواده بتوانند از الگوهای ارتباطی مناسب و کارآمد به نحو شایسته استفاده نمایند، بدون شک در آن خانواده آسیب کاهش می‌یابد (لوئیس، دانا و بلوینس، ترجمه خادمی و روشن، ۱۳۸۵). والدین می‌توانند با آموزش مهارت‌های مناسب جهت ارتباط با فرزندان در جهت سالم‌سازی محیط خانواده گام بردارند و این امر به نوبه خود موجبات بهبود سلامتی همه اعضا را فراهم می‌کند (کایوند و همکاران، ۱۳۸۸). در این پژوهش به مادران آموزش داده شد که چگونه با فرزند معتاد خود که به عنوان عامل اصلی آسیب در خانواده به شمار می‌رود ارتباط سالمی برقرار نموده و متقابلاً بتوانند رفتارهای مطلوب را در یکدیگر ایجاد نمایند. از آنجا که بهبود ارتباط، سلامت خانواده را بهبود می‌بخشد و سلامت خانواده نیز سلامت اعضای آن را تضمین می‌کند، لذا منطقی به نظر می‌رسد که آموزش مهارت‌های ارتباطی به مادران سلامت خانواده و متعاقباً سلامت روانی خود آنها را افزایش دهد.

نتایج نشان داد آموزش مهارت‌های ارتباطی توانسته نشانگان جسمانی مادران دارای فرزند پسر معتاد را کاهش دهد. این نتایج به نوعی با نتایج حاصل از پژوهش‌های هانسون و لونلند (۲۰۰۶) و مهدویان (۱۳۷۶) همخوانی دارد. در تبیین احتمالی این نتیجه می‌توان گفت، سلامت جسمانی و روانی دو پدیده پیوسته و وابسته به یکدیگر هستند. در واقع بسیاری از بیماری‌های جسمانی دارای منشا روانی بوده و از محیط بیرون و مسائل مربوط به فضای اطراف سرچشمه می‌گیرند (میلانی فر، ۱۳۹۰). از آنجا که بهبود مهارت‌های ارتباطی در خانواده می‌تواند به افزایش سلامت خانواده کمک نماید و همچنین بهبود سلامت خانواده منجر به بهبود سلامت اعضای آن می‌شود. به نظر می‌رسد آموزش مهارت‌های ارتباطی به مادران بتواند سلامت روانی آن‌ها و متعاقباً سلامت جسمانی را افزایش دهد.

وجود فرزند معتاد در خانواده منجر به کاهش سطح سلامت روان، افزایش استرس و متعاقب آن بروز نشانگان جسمانی در والدین می‌شود (لوئیس، دانا و بلوینس، ترجمه خادمی و روشن، ۱۳۸۵). آموزش مهارت‌های ارتباطی از طریق بهبود سلامت خانواده، بهبود ارتباط مادر فرزند، کاهش رفتارهای مربوط به اعتیاد در فرزندان و کاهش عوامل تنش‌زا در خانواده می‌تواند نشانگان جسمانی مادران را کاهش دهد.

نتایج نشان داد آموزش مهارت‌های ارتباطی می‌تواند نشانگان اضطراب را در مادران دارای فرزند پسر معتاد کاهش دهد. این نتایج به نوعی با نتایج حاصل از پژوهش‌های هانسون و لوبلند (۲۰۰۶)، آجیل چی و همکاران (۲۰۱۱)، هربرت و همکاران (۲۰۰۵)، کاظمی و همکاران (۱۳۸۹) و میرزایی و همکاران (۱۳۸۹) همخوانی دارد. وجود تنش در روابط و وجود اختلافات و درگیری‌ها، همه اعضای خانواده را دچار استرس و اضطراب می‌کند (نیکولز و شوارتز، ۱۳۸۹). اگر بتوانیم مهارت‌های ارتباطی والدین را بهبود بخشیم بدون شک توانسته‌ایم تا حد زیادی از این تنش‌ها جلوگیری کنیم (لوئیس، دانا و بلوینس، ترجمه خادمی و روشن، ۱۳۸۵). وجود فرزند معتاد در خانواده منبع اصلی تنش و اضطراب بوده و آموختن مهارت‌های برقراری ارتباط با این‌گونه فرزندان از طریق کاهش رفتارهای آسیب‌زا می‌تواند به بهبود روابط و کاهش تنش کمک نماید. والدین دارای فرزند معتاد همواره در تنش و اضطراب به سر برده و نمی‌دانند چگونه باید با این مشکل کنار بیایند و در واقع روش مناسب ارتباط با فرزند خود را نمی‌دانند (پیرسون، ۲۰۰۰). در این پژوهش از طریق آموزش مهارت‌های ارتباطی به مادران در حل این مشکل کمک شد و برای آن‌ها محیط مناسب و عاری از تنشی در خانواده ایجاد شده و از این طریق منطقی به نظر می‌رسد که اضطراب آن‌ها کاهش یابد.

نتایج نشان داد آموزش مهارت‌های ارتباطی می‌تواند عملکرد اجتماعی را در مادران دارای فرزند پسر معتاد بهبود بخشد. این نتایج به نوعی با نتایج حاصل از مطالعات مهدویان (۱۳۷۶) و هربرت و همکاران (۲۰۰۵) همخوانی دارد. ارتباط اساس زندگی اجتماعی است. زندگی در اجتماع و برقراری تعاملات مناسب مستلزم یادگیری برخی مهارت‌ها می‌باشد. کسانی که این مهارت را ندارند بدون شک در روابط دچار مشکل شده و

نمی‌توانند به عنوان یک موجود اجتماعی نقش مناسبی را ایفا نمایند (کایوند و همکاران، ۱۳۸۸). عملکرد اجتماعی در واقع روش ایفای نقش در روابط می‌باشد. الزاما هر فردی برای داشتن یک زندگی مفید باید عملکرد اجتماعی مناسب داشته باشد. وجود فرزند معتاد در خانواده می‌تواند موجبات شرم و سرافکندگی والدین را فراهم نماید که این امر به نوبه خود منجر به انزوا و کاهش عملکرد اجتماعی مناسب می‌شود (پتر و کوت، ۲۰۱۱). از آنجا که ارتباط مؤثر می‌تواند رفتارهای آسیب‌زا را در خانواده کاهش داده و محیط دوستانه و پذیرا فراهم نماید، به نظر می‌رسد آموزش مهارت‌های ارتباطی به والدین می‌تواند این احساس شرم را در آن‌ها کاهش داده و متعاقبا عملکرد اجتماعی را افزایش دهد.

نتایج نشان داد آموزش مهارت‌های ارتباطی افسردگی مادران دارای فرزند پسر معتاد را کاهش می‌دهد. این نتایج با نتایج مطالعات ویشمن و کورتناژ (۲۰۰۳)، هانسون و لونلند (۲۰۰۶) و مهدویان (۱۳۷۶) همخوانی دارد. افسردگی یک عضو در خانواده تحت تأثیر رفتارهای سایر اعضا قرار دارد. همین‌طور شادکامی و سرزندگی یک عضو می‌تواند شادکامی سایر اعضا را به دنبال داشته باشد (لوئیس، دانا و بلوینس، ۱۳۸۵). وجود یک فرزند معتاد می‌تواند موجبات افسردگی والدین را فراهم کند (ویشمن و کورتناژ، ۲۰۰۳). بهبود ارتباط و سالم‌سازی محیط خانواده نه تنها رفتار آسیب‌زا را در فرد معتاد کاهش داده بلکه منجر به تقویت روحیه سایر اعضا، کاهش تنش و افزایش سلامت آن‌ها می‌شود. در واقع مشکل اصلی خانواده‌ها این است که نمی‌توانند الگوهای ارتباطی مناسب را اجرا نمایند. هرگاه اعضای خانواده بتوانند به نحو مؤثر و کارآمد با یکدیگر ارتباط برقرار کنند، در این حالت الگوهای ناسالم ارتباط جای خود را به الگوهای سالم می‌دهد (لوئیس، دانا و بلوینس، ۱۳۸۵). مطابق با دیدگاه ستیر خانواده حلقه‌هایی از ارتباطات است که این حلقه‌ها می‌تواند آسیب‌زا یا نجات بخش باشد (نیکولز و شوارتز، ۱۳۸۹).

کوتاه سخن این که اساس مشکلات در خانواده و حتی شاید اساس اعتیاد فرزندان در روابط نهفته است. طبیعی است اگر در خانواده‌ای ارتباط بهبود یابد سلامت نیز بهبود می‌یابد. بخش اعظمی از افسردگی والدین بدون شک ناشی از ارتباط ناسالم بوده و حالت

در خودمانگی و استیصال آن‌ها در ارتباط با فرزند معتاد به این مشکل می‌افزاید. در این پژوهش از طریق آموزش مهارت‌های ارتباط کارآمد به والدین کمک شد تا از این حالت استیصال بیرون آمده و به جای تمرکز بر فرزند خود به عنوان عامل مشکل آفرین بر رفتار خود متمرکز شوند. همچنین به آن‌ها کمک شد تا زنجیره‌های ارتباطی خود را شناسایی کرده و از این طریق گام مؤثری در جهت بهبود روابط بردارند. با این تمهیدات منطقی است که افسردگی آن‌ها کاهش یافته باشد. نتایج این تحقیق کاربردهای نظری و عملی را القاء می‌نماید. در سطح نظری، یافته‌های پژوهش حاضر بر نقش تعیین کننده مهارت‌های ارتباطی در بهبود سلامت روانی خانواده و اعضای آن تاکید دارد. از طرفی راهگشای پژوهش‌های بعدی در زمینه سلامت روانی مادران دارای فرزند معتاد می‌باشد. چنانچه این گروه در داخل ایران بسیار کم مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته‌اند. در سطح عملی نیز این پژوهش می‌تواند در کشف روش‌های مناسب مداخلاتی در جهت بهبود سلامت روان در خانواده‌های دارای فرزند معتاد مفید و مؤثر واقع شود. همچنین نتایج این مطالعه می‌تواند در جهت کمک به مشاوران و روانشناسان و کسانی که با مساله اعتیاد و خانواده‌های اعتیاد سروکار دارند مثمر ثمر باشد. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود، از جمله عدم دسترسی و حضور پدران در جلسات آموزشی، محدود بودن افراد معتاد به جنس مذکر و محدود بودن جامعه پژوهش. در پایان، انجام پژوهش‌های بیشتر با این موضوع، در نمونه‌های متنوع‌تر به تفکیک جنسیت و آموزش والدین به صورت زوجی و گروهی و در سایر فرهنگ‌ها پیشنهاد می‌شود.

۱۰۹

109

منابع

- احمدی، حبیب؛ غلامی آریز، محسن (۱۳۸۲). بررسی عوامل اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر اعتیاد: مطالعه موردی معتادان اردوگاه پیرنجان شهر شیراز، فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۲(۵)، ۱۰۳-۸۵.
- اسدی، مسعود (۱۳۸۸). بررسی تأثیر خانواده درمانی کوتاه مدت ستیر بر الگوهای ارتباطی زوج‌ها. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- سپهوند، ترانه؛ گیلانی، بهروز؛ زمانی، رضا (۱۳۸۵). رابطه سبک‌های اسناد با رخداد‌های استرس‌زای زندگی و سلامت عمومی، فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی، ۴، ۴۶-۳۳.
- شعاع کاظمی، مهرانگیز (۱۳۸۴). ارتباط و تأثیر آن بر سلامت خانواده، مجله معرفت، ۸۴(۹۱)، ۱۸-۱۰.

شمسی، علی (۱۳۸۲). رابطه بین رضایت شغلی، سلامت روان و باورهای منطقی معلم و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان در شهر خمین، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.

کازمی، سلطان علی؛ جاویدی، حجت اله؛ آرام، محبوبه (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر استرس شغلی کارکنان، فصلنامه رهیافتی نو در مدیریت، ۴، ۸۰-۶۳.

کایوند، فریدون؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ سودانی، منصور (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان، فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۴۲، ۲۴-۱.

لوئیس، جودیت؛ آ؛ دانا، روبرت، ک؛ بلوینس، گرگوری، آ. (۱۳۸۵). مشاوره با معنادان، رویکردی انفرادی. ترجمه ابوالفضل خادمی و رسول روشن، تهران: انتشارات رشد (بی تا).

مهدویان، فاطمه (۱۳۷۶). بررسی تأثیر آموزش ارتباط بر رضامندی زناشویی و سلامت روانی زوج‌ها، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران.

میرزایی، ام البنین؛ واقعی، سعید؛ کوشان، محسن (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر میزان استرس ادراک شده در دانشجویان پرستاری، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، ۸۱، ۹۵-۲.

میلانی فر، بهروز (۱۳۹۰). بهداشت روانی، تهران، نشر قومس.

نامدار، حسین؛ رحمانی، آزاد؛ ابراهیمی، حسین (۱۳۸۷). تأثیر الگویی از مهارت‌آموزی بر مهارت‌های ارتباطی دانشجویان پرستاری با بیماری روانی، مجله آموزش در علوم پزشکی، ۸، ۳۴۰-۳۲۳.

نیکولز، مایکل. پی؛ شوارتز، ریچارد. سی. (۱۳۸۹). خانواده درمانی، ترجمه محسن دهقانی، تهران: نشر دانژه (بی تا).

- Ajilchia, B. Borjalib, A. Janbozorgi, M. (2011). The Impact of a Parenting Skills Training Program on Stressed Mothers and Their Children s Self-Esteem Level. *Social and Behavioral Sciences*, 30, 316-326.
- Barnard, M. (2007). *Drug addiction and families*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Butler, R. Bauld, L. (2005). The parents' experience: Coping with drug use in the family, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 12, 35-45.
- Fisher, S, L. Bucholz, K, K. Reich, W. Fox, L. Kuperman, S. Kramer, J. (2006). Teenagers are right - parents do not know much: Analysis of adolescent - parent agreement on reports of adolescent substance use, abuse and dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30(10), 1699-1710.
- Gayle, A. Dakof, A .Jeri, B. Cohen, B. Craig, E. (2010). Henderson,C. ElietteDuarte,B. Maya Boustani,A. Audra Blackburn,A. Ellen Venzer, B. Sam Hawes,C. A. randomized pilot study of the Engaging Moms Program for family drug court. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 263° 27.
- Hansson, K. Lund bland, A. (2006). Couple therapy effectiveness of treatment and long term follow up. *Journal of Family Therapy*, 28136-152.

- Herbert, J.D. Gaudiano, B.A. Rheingold, A.A. Myers, V.H. (2005). Social Skills Training Augments the Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder. *Journal of Behavior Therapy*, 36(2), 125-138.
- Naidoo, J. Wills, J. (2000). *Health promotion: foundations for practice*, Second edition, London. Bailieretindall.
- Oliver, J. Miller, S.H. (1994). Couple communication, *Journal of psychology & Christianity*, 2, 151-157.
- Orford, J. Natera, G. Mora, J. Tiburcio, M. Copello, A. Velleman, R. Templeton, L. Atkinson, C. Crundall, I. Walley, G.(2005). *Copingwith Alcohol and Drug Problems: The Experiences of Family Members in Three Contrasting Cultures*, London: Routledge.
- Pearson, G. (2000). Substance abuse and the family. *Current Opinions in Psychiatry*, 13(3), 305-308.
- Peter, W. Choate, A. (2011). Adolescent addiction: What parents need, *Social and Behavioral Sciences*, 30, 1359 ° 1364.
- Robbins ,M.S. (2003). *Handbook of Family Therapy The Science and Practice of Working with Families and Couples*, New York: Brunner-Routledge.
- Usher, K. Jackson, D. O'Brien, L. (2005). Adolescent drug abuse: Helping families survive, *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 209-214.
- Wishman, M. Courtage, E. (2003). Correlates of depression and marital dissatisfaction: Perception of Marital Communication Style. *Journal of Social and personal Relationship*, 20, 757-769.