

اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله بر شادکامی و نگرش معنادین به مت-

آمفتامین

سعیده قبادپور^۱، بیوک تاجری*^۲، علی مقدمزاده^۳

چکیده

هدف: یکی از شکایات های اصلی معنادین در حال ترک اعتیاد، کسالت و ملالت است و این پژوهش با هدف بررسی تاثیر آموزش مهارت حل مسئله بر افزایش شادکامی و تغییر نگرش معنادین تحت درمان شهر تهران صورت گرفت. **روش:** با استفاده از یک طرح آزمایشی، با روش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای، تعداد ۳۶ معتاد انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای داده شدند. هر دو گروه قبل و بعد از مداخله و پیگیری سه ماهه با آزمون شادکامی آکسفورد و نگرش نسبت به مواد، مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت آموزش مهارت حل مسئله قرار گرفتند. نتایج با تحلیل کوواریانس، تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون بن فرنی مورد تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** با ملاحظه مجذور اتا (۰/۲۸)، سطح شادکامی گروه آزمایشی که از آموزش مهارت برخوردار بودند، پس از شرکت در درمان افزایش نشان داد. می‌توان نتیجه گرفت که مداخله آزمایشی منجر به تغییراتی در گروه آزمایش شده که ۰/۲۸ کل تغییرات ناشی از عمل آزمایشی بوده است و با اطمینان ۹۹٪ بین میانگین‌های گروه آزمایشی در سه مرحله اندازه‌گیری یا مراحل مداخله تفاوت آماری معناداری وجود دارد. در زمینه نگرش نسبت به مواد آموزش مهارت حل مسئله به طور معنادار موثر بوده است (مجذور اتا = ۰/۵۱) و نگرش گروه آزمایشی که از آموزش مهارت حل مسئله برخوردار بودند، پس از شرکت در جلسات تغییر نشان داده است. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت آموزش مهارت حل مسئله موثر بوده و سطح شادکامی و نگرش گروه آزمایشی که از آموزش مهارت برخوردار بودند، پس از شرکت در درمان تغییر مثبت نشان داده است.

واژه‌های کلیدی: مهارت حل مسئله، شادکامی، نگرش، مت آمفتامین

۱. دانش آموخته کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲. استادیار گروه روان شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۳. استادیار پردیس فارابی، دانشگاه تهران.

*- نویسنده مسوول مقاله: btajeri@yahoo.com

مقدمه

اثرات روان‌شناختی مقدار مصرف متوسط مت‌آمفتامین شامل سرخوشی آنی، سرگیجه، افزایش هوشیاری و وراجی لاف‌زنانه توام با اضطراب است. پس از ۶۰ تا ۹۰ دقیقه اضطراب ممتدی را در پی دارد. آگاهی هوشیار و دقت روانی افزایش می‌یابد اما دنباله‌ی آن افسردگی است (جولیان^۱، ۲۰۰۸). جنر^۲ و مک‌کتین^۳ (۲۰۰۴) گزارش کردند که تقریباً ۴۹/۱ درصد نمونه معتادین به آمفتامین با مشکلات بهداشت روانی تشخیص داده می‌شوند. درمان اعتیاد در دنیا جزء موارد دشوار شناخته شده است. یک پژوهش طولی که به مدت ۲۴ سال به طول انجامید نشان داد که ۲۸ درصد از معتادین در این مدت جان باختند، ۲۹ درصد ترک کردند، ۲۳ درصد به مصرف ماده ادامه دادند و ۱۸ درصد به زندان افتادند. پژوهش دیگری نیز پرهیز از ماده را تنها ۱۰ تا ۲۰ درصد نشان داد (لادر^۴ و نابر^۵، ۱۹۹۹، به نقل از نابل، ۱۳۸۴). جدی‌ترین علامت ترک ماده نیز، افسردگی است که با افکار یا رفتار خودکشی همراه است و با احساس شادکامی پایین همراه است (سادوک و سادوک، ۲۰۱۳).

بین اعتیاد و حل مسئله رابطه منفی وجود دارد. یافته‌ها نشان می‌دهد افرادی که درگیر اعتیاد هستند از توانایی حل مسئله پایین‌تری برخوردارند (پارکر^۶ و همکاران، ۲۰۰۸). نقص در حل مسئله را با اختلالات مختلف در کارکرد شناختی از جمله اعتیاد، افسردگی، تعارض‌های زناشویی و ضعف در مهارت‌های فرزندپروری مرتبط دانسته‌اند (پلاک و هرسن، ۱۳۷۸). صمیمی (۱۳۸۷) معتقد است مهارت حل مسئله با اتکا بر اصول منطقی، ما را در برطرف کردن مسائل موفق کرده، استرس را کاهش داده و شادمانی و نشاط را به ارمغان می‌آورد. حل مسئله در افزایش موفقیت درمانی نوجوانان معتاد (فرانک^۷ و همکاران، ۱۹۹۳) و درمان اختلال افسردگی ناشی از مصرف مواد در بین بین معتادین تحت درمان نگهدارنده با متادون (روزن^۸ و همکاران، ۲۰۱۱) تاثیر بارزی نشان داده است. ویدرین^۹ و همکاران (۲۰۱۱) تاثیر درمان حل مسئله توام با انگیزش^{۱۰} (MAPS) را در مورد آزمودنی‌های معتاد در حال ترک بررسی کرده و گزارش نمودند که این شیوه میزان تداوم پرهیز از مواد را بالا برده و احتمال انجام رفتارهای خطرناک را کاهش می‌دهد. نتایج پژوهش دیگر نشان داد

1. Julian

2. Jenner

3. McKetin

4. lader

5. Naber

6. Parker

7. Frank

8. Rosen

9. Vidrine

10. Motivation and Problem Solving (MAPS)

که آموزش مهارت‌ها در کاهش علائم روان پزشکی مانند افسردگی در مبتلایان به سوء مصرف مواد احتمالاً دارای نتایج ارزشمندی است. زیرا بتدریج که افسردگی کاهش یافته و شناخت بیماران تغییر می‌یابد، بیماران، راه‌های مقابله با حوادث زندگی و استرس را فرا می‌گیرند (دوهروند^۱، ۱۹۹۸).

شادی و نشاط در سلامت، پویایی و تحرک جامعه نقشی خطیر و با اهمیت دارد زیرا از یک طرف در کاهش افسردگی و اضطراب و از سوی دیگر، ضمن تقویت عزت نفس احساس امنیت، کاهش ضعف ایمنی بدن و بهبود سلامت جسمانی و روانی فرد، فرایند تصمیم‌گیری را سرعت بخشیده و روحیه مشارکتی را ایجاد می‌کند و احساس رضایت فرد از زندگی را افزایش می‌دهد. عاطفه منفی در طول دوره مصرف و به ویژه در زمان ترک مواد به خصوص در مورد مواد محرک، به وفور در افراد معتاد دیده می‌شود و یکی از علل اصلی ناکامی افراد در حفظ پرهیز طولانی‌مدت همین مسئله است (تاجری، احدی و جمهری، ۱۳۹۰). افراد ناشاد یا به تعبیری افسرده، نسبت به مهارت‌های خود، قضاوت‌های دقیق‌تری را انجام می‌دهند، مردم شادکام مهارت‌های خود را زیادی برآورد کرده و حوادث مثبت را بیشتر از حوادث منفی به خاطر می‌سپارند، در برنامه‌ریزی دقیق‌ترند زیرا از راهبردهای مهم مثل جستجوی اطلاعات مرتبط با سلامتی بهره می‌گیرند (آرگایل، ۱۳۸۳). میزان عاطفه مثبت تا حد زیادی تحت تأثیر وضعیتی می‌باشد که در آن قرار داریم، و این امر به ویژه در مورد برونگرا صادق است. از آنجا که عاطفه مثبت در مقایسه با عاطفه منفی از طریق تغییر وضعیت، راحت‌تر تغییر می‌نماید، پس نتیجه می‌گیریم که افزایش عاطفه مثبت با کاهش عاطفه منفی سریع‌تر و آسان‌تر صورت پذیرد (آیزنک، ۱۳۷۵).

برخورداری از توانایی لازم حل موفقیت‌آمیز مسایل موجب می‌شود اعتماد به نفس‌تان بیشتر شده و احساس ارزشمندی بیشتری پیدا کنید. ولی اگر فاقد مهارت‌های لازم برای حل مشکل باشید یا از روش‌های نامناسب و معیوب برای حل مسایل خود استفاده نمایید، در سازگاری با محیط اطرافتان دچار مشکل شده و بهداشت روانی شما تهدید خواهد شد. کسب مهارت حل مسئله شما را قادر می‌سازد تا به طور سازنده با مشکلات زندگی برخورد کنید. مهمترین ویژگی روش‌های شناخت-درمانی اقدام به بازسازی شناختی است. یکی از راهبردهای شناخت‌درمانی مهارت حل مسئله است. تلاش بر آن است که اشخاص با شناخت مراحل حل مساله و کاربرد مناسب دانش و مهارت‌ها، در حل مسائل زندگی خود موفق باشند. یکی از اصلی‌ترین مدل‌ها در این حوزه، درمان شناختی-رفتاری است که در کنار شناخت درمانی با آموزش روانی به بیماران تلاش دارد تغییرات رفتاری را به منصف ظهور برساند و یکی از این موارد آموزشی آموزش مهارت حل مسئله است. آموزش مهارت،

¹. Doheward

افراد را با نگرش‌های متفاوت و ناهم‌ساز نگرش‌های خود مواجهه می‌سازد تا معنادین در نگرش‌های خود تجدید نظر کرده و نگرش نادرست خود را اصلاح کنند. اکثر افراد که مصرف مواد را آغاز می‌کنند نمایند میزان مصرف مواد و همچنین مشکلات مرتبط با آن نیز افزایش می‌یابد. معمولاً فردی که با یک مسئله روبرو می‌شود ابتدا در حافظه خود به جستجوی مفاهیم یا طرحواره‌های مربوط به آن مسئله می‌پردازد. اگر در حل مسئله ماهر باشد، از دانش موجود خود درباره آن تکلیف برای تعریف و فهم مسئله استفاده می‌کند و به این ترتیب جستجوی حافظه را گریزناپذیر می‌کند. روش تحلیل وسیله^۵ هدف برای این طراحی شده است که مسائل پیچیده تر را که ممکن است در آنها حرکتی در جهت دور شدن از حالت هدف لازم باشد، بگشاید. این روش در پی طراحی سلسله‌ای از گام‌ها (خرد، اهداف) است که به حلال مسئله کمک می‌کند تا به سمت راه حل حرکت کند.

نگرش به مصرف مواد نیز عاملی است با مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری شامل باورهای هنجاری درباره شیوع مصرف مواد و پذیرش آن، برداشت فرد درباره سازگار بودن مصرف مواد با سبک زندگی، باورهای فرد درباره نتایج منفی مصرف مواد مخدر، الزام و مقید بودن به عدم استفاده از مواد، نگرش منفی به اعتیاد و معتاد، برخورد فعال با مسأله اعتیاد و اجتناب از مواد. یکی از اساسی‌ترین دلایل مصرف مواد، انتظارات و برداشتهای فرد درباره مواد است، عواملی نظیر صفات شخصیتی یا ارتباط با همراهانی که مواد مصرف می‌کنند، بر شناخت، ارزیابی و تصمیمات در مورد مواد اثر می‌گذارد (بهرامی، ۱۳۸۳). افرادی که نگرش مثبت و یا خنثی به مواد دارند احتمال مصرف و اعتیادشان بیش از کسانی است که نگرش منفی دارند. شکل‌گیری نگرش مثبت یا منفی ناشی از ترکیب دانش، اطلاعات، باورها و عواطف نوجوانان درباره مواد از یک سو و میزان ارزشمندی است که برای آنها قائل هستند علاوه بر این از نظر روان‌شناختی افراد تمایل دارند رفتارهایی را انجام دهند که اکثریت مردم و گروه‌های مرجع آنها را مناسب و مثبت ارزیابی می‌کنند. از اینرو معمولاً به رفتارهای مطابق هنجارهای اجتماعی عمل می‌شود هر چه فرد تبعیت و اطاعت بیشتری از نظرات دیگران داشته باشد، احتمال رفتارهای مطابق با هنجار افزایش می‌یابد (پور شهباز و دیگران، ۱۳۸۴). نگرش به مواد، هم تابع ریاضی پی‌آمدهای است که افراد از مصرف آزمایشی ماده انتظار دارند (یعنی هزینه‌ها و منفعتها) و هم تابع ارزش عاطفی است که آنها برای پی‌آمدهای رفتار خود قائل می‌شوند. لذا اگر، منفعتی که از مصرف ماده انتظار دارد بیش از هزینه و انرژی باشد که باید صرف کند، نگرش مثبتی به مصرف مواد خواهد داشت. آموزش مهارت‌ها تغییر معناداری در تمایل نوجوانان به مصرف مواد و عوامل خطر ساز فردی مصرف مواد از قبیل خود پنداره، مهارت‌های خود کنترلی و مهارت‌های اجتماعی، کانون کنترل و نگرش نسبت به مصرف مواد ایجاد کرده است (محمد خانی، ۱۳۸۵). ایکن و دراجر (۲۰۰۶) به نقش نگرش‌ها در

رفتار پر خطر، همچون اعتیاد پرداختند و به این نتیجه رسیدند که بین نگرش مثبت نسبت به مصرف مواد و مصرف چند ماده در طولانی مدت، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بروک و همکاران (۲۰۱۰)، به بررسی نگرش دانش آموزان به مصرف مواد پرداخت و نتایج نشان داد، افرادی که نگرش مثبت تری نسبت به مصرف مواد دارند، میزان مصرف سنگین تری از خود نشان می‌دهند.

میزان شادکامی پایین با بروز اختلالات روانی و آسیب‌های اجتماعی در معتادین ارتباط نزدیک دارد لذا طرح در کاهش اختلالات روانی و آسیب‌های اجتماعی و پیشگیری کاربرد دارد. فراهم آوردن شرایطی که معتاد قادر به فهم آسیب‌شناسی خود بوده و افقی روشن و هدفمند برای خود ترسیم کند متعاقباً، کمک به افزایش میزان شادکامی و بهبود در عملکرد کلی را نیز به همراه خواهد داشت. در این راستا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله بر شادکامی و نگرش معتادین به عمل آمد و قصد آزمون دو فرضیه زیر را داشت؛

۱- آموزش مهارت حل مسئله بر شادکامی معتادین تحت درمان موثر است.

۲- آموزش مهارت حل مسئله بر نگرش معتادین تحت درمان موثر است.

روش پژوهش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر بر حسب هدف از نوع تحقیق و توسعه و کاربردی و بر حسب گردآوری داده‌ها از نوع آزمایشی است (سرمد، ۱۳۸۸). روش پژوهش نیز از نوع پیش‌آزمون^۰ پس‌آزمون با گروه کنترل و گمارش تصادفی است.

جامعه آماری و روش نمونه‌برداری: جامعه آماری این طرح را تمامی معتادین تحت درمان شهر تهران در سال ۱۳۹۴ تشکیل می‌دهد. روش نمونه‌گیری در این طرح جهت افزایش اعتبار درونی پژوهش، روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود که به ترتیبی که در زیر اشاره می‌شود انجام شد: ابتدا از میان مراکز ترک اعتیاد شهر تهران تحت نظر انجمن صنفی مراکز ترک اعتیاد از سه منطقه جغرافیایی دو مرکز انتخاب شد. سپس در هر مرکز به صورت تصادفی، افراد نمونه انتخاب شدند. بنابراین واحد نمونه برداری مرکز درمانی بود. از آنجا که در پژوهش حاضر کاربردی گروه‌های آزمایش و کنترل بعد از شناسایی معتادین تحت درمان که از شادکامی پایین‌تری برخوردار هستند، انجام شد، تعداد ۶۰۰ نفر از جامعه آماری به عنوان گروه نمونه انتخاب شد و از بین آنها ۳۶ نفر به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای داده شدند. روش نمونه‌گیری در این طرح جهت افزایش اعتبار درونی پژوهش، روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود که به ترتیبی که در زیر اشاره می‌شود انجام شد: ابتدا از میان مراکز ترک اعتیاد شهر تهران تحت نظر انجمن صنفی مراکز

ترک اعتیاد از سه منطقه جغرافیایی دو مرکز انتخاب شد. سپس در هر مرکز به صورت تصادفی، افراد نمونه انتخاب شدند. بنابراین واحد نمونه برداری مرکز درمانی بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه شادکامی آکسفورد: پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۱، نسخه بهبود یافته پرسشنامه شادکامی آکسفورد (آرگایل و همکاران، ۱۹۹۱) است که توسط هیلز و آرگایل (۲۰۰۲) ساخته شده است و سازه های روانشناختی زیر را مورد ارزیابی قرار می دهد: خودپنداره، رضایت از زندگی، به لحاظ روانی آماده، سر ذوق بودن، احساس زیبایی شناختی، خودکارآمدی و امیدواری. ۲۹ عبارتی که پرسشنامه شادکامی آکسفورد را تشکیل داده در یک مقیاس لیکرتی ۶ درجه ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) ساخته شده است، اندازه گیری پایایی پرسشنامه از طریق بازآزمایی با فاصله زمانی ۴ هفته ضریب همبستگی ۰/۷۸ را به دست داد که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. آلفای کرونباخ برای شاخص کل OHQ در مرحله آزمون برابر با ۰/۸۴ و در مرحله آزمون مجدد ۰/۸۷ بود که اندازه مطلوبی است. شاخص کل OHQ همبستگی بالایی را با هر ۵ عامل (A، O، E، N، C) آزمون شخصیتی NEO به خود اختصاص داد. همچنین تحلیل عاملی منجر به استخراج ۷ عامل از پرسشنامه شادکامی آکسفورد شد که ۳۳٪ از واریانس سؤالها را تبیین می کنند. علاوه بر این تحلیل عاملی مرتبه دوم بیانگر این مطلب بود که OHQ را می توان به عنوان یک سازه تک بعدی برای اندازه گیری میزان شادکامی در نظر گرفت (هادی نژاد، ۱۳۸۵).

پرسشنامه نگرش نسبت به مواد: این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۲۰ گزاره ای است که توسط راییت با هدف اندازه گیری نگرش فرد نسبت به مصرف مواد تهیه شده است. سوالات این پرسشنامه از ۱ تا ۷ نمره گذاری می شود. نمره ۱ نشانگر گزاره کاملاً مخالفم و نمره ۷ بیانگر گزاره کاملاً موافقم است. راییت از پایایی و روایی بالای آزمون گزارش داده است (بک، ۱۳۸۰). برای تعیین پایایی این پرسشنامه ۲ بار و به فاصله ۳ هفته بر روی نمونه ای ۳۰ نفره (۱۰ نفر معتاد به حشیش، ۱۰ نفر معتاد به آفتامین ها و ۱۰ نفر فرد عادی) اجرا شد. ضریب پایایی به دست آمده برابر با ۰/۸۹ بود که از نظر آماری معنادار است. جهت تعیین همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر با ۰/۹۲ بود (قهاری، ۱۳۸۵).

بسته آموزشی حل مسئله

دوره آموزش مهارتهای حل مسئله در این تحقیق که شامل ۵ جلسه ۲ ساعته خواهد بود در مراکز درمانی جمعیت مبارزه با اعتیاد بهروزان و توسط استاد راهنما پژوهش جناب آقای دکتر بیوک

^۱- Oxford Happiness Inventory

^۲- Beliefs Abuse Substance

تاجری با دو هدف کلی طراحی شد: ۱) به وجود آوردن بینش نسبت به شادکامی و نگرش در بافتی وسیع، مانند مسائل هر روزه و ۲) کمک به افراد (شرکت کنندگان) برای یافتن یک روش ساخت یافته به منظور الف) شناسایی و تعریف مسائل و ب) چگونگی حل این مسائل (محمدخانی، ۱۳۸۵).

شرح جلسات آموزش حل مسئله در پژوهش

جلسه اول	<p>فعالیت‌های این مرحله شامل؛ آشنا شدن اعضای گروه، انگیزه سازی برای شرکت کنندگان، شرکت منظم و فعالانه در گروه، بیان اهداف، شیوه گروه، تشویق مشارکت، توجیه و توضیح دادن منطق مهارت حل مسئله است. در این مرحله آزمون شادکامی اکسفورد و نگرش به مواد اجرا می شود.</p>
جلسه دوم	<p>خلاصه جلسه قبل و بررسی تکالیف و امتیازدهی، توضیحی کلی در مورد حل مسئله مرحله دوم حل مسئله (تعریف دقیق مشکل) با ارائه نمونه ها و مثال-هایی توضیح داده می شود. شرکت کنندگان لیستی از مشکلات را تهیه می کنند. بر این اساس جمع آوری و بررسی فهرست مشکل و انتخاب یکی از مشکل ها بر اساس اولویت حل انجام شده و انجام بارش فکری در این مرحله صورت می گیرد.</p>
جلسه سوم	<p>بررسی هریک از راه حل های ارائه شده در طی بارش مغزی، توضیح و توجیه افراد در مورد راه حل مفید و بررسی آن. در این مرحله تنظیم اهدافی قابل دسترس برای حل مسئله مطرح است. افراد باید بتوانند تعادلی را بین منابع خود (اجتماعی، اقتصادی، تحصیلی و حمایتی) و موانع خود (انزوای اعتیادی، کمال گرایی، مشکلات شخصیتی) به وجود آورند و اهدافی را انتخاب کنند که اختصاصی، قابل اندازه گیری، در دسترس، مربوط به مسئله و زمان مند باشند. نحوه تنظیم راه حل های بالقوه آموزش داده می شود. آگاه می شوند که دسترسی آنان به تعدادی از راه حل های احتمالی متفاوت از یکدیگر، احتمال شناسایی راه حل کاراتر و موثرتر را افزایش می دهد.</p>
جلسه چهارم	<p>بررسی تمرین های جلسات قبلی، اثرات راه حل انتخابی در زمینه کاستن از مشکل. در ادامه جلسه برای انتخاب بهترین راه حل، در مورد هریک از راه حل ها میزان موفقیت و تاثیرات راه حل در محیط زندگی بررسی می شود.</p>
جلسه پنجم	<p>ارزشیابی: تاثیرات اجرای راه حل بررسی می شود. اگر مفید و مثمرتر باشد حل مسئله اتمام می یابد و گرنه تا زمان عدم وجود استرس در موقعیت، راه حل دیگری را جستجو می کنیم. توضیح داده می شود بعد از آنکه راه حل یا راه حل های مسئله انتخاب شد باید مراحل رسیدن به آن راه حل تعیین شود و بر این اساس طرح هایی تنظیم شود و در آن طرح ها، زمان و ریز فعالیت هایی که قرار است اجرا شود مرحله به مرحله مشخص می گردد. اجرای پس آزمون (آزمون شادکامی و نگرش) در این مرحله صورت می گیرد.</p>

روش اجرا

به منظور اجرای برنامه آموزش مهارت حل مسئله در مورد ساعت و زمان برگزاری کلاسها هماهنگی صورت گرفت. در حین جلسات مراجعی غیبت نداشت و همه آزمودنی ها پرسشنامه های پژوهش را پر می کنند. اطلاعات افراد و جلسات گروه محرمانه بود و رضایت کتبی شرکت کنندگان در گروه جلب شد. اجرای این پژوهش در چند مرحله است:

اول: آزمون شادکامی آکسفورد و نگرش به مواد در مورد تمامی ۶۰۰ نفر از معتادین تحت درمان که نمونه تحقیق را تشکیل می دهند اجرا شده و معتادین تحت درمان که شادکامی پایین تر از متوسط کسب می کنند شناسایی می شود.

دوم: تعداد ۳۶ نفر از معتادین تحت درمان که پایین ترین میزان شادکامی را کسب کرده اند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم می شوند.

سوم: برای معتادین تحت درمان گروه آزمایش مجموعه کارگاه های مهارتهای حل مسئله (۵ جلسه ۲ ساعته) اجرا شده و از معتادین تحت درمان این گروه از نتایج کارگاه بازخورد گرفته خواهد شد. چهارم: از دو گروه آزمایش و کنترل پس آزمون (آزمون شادکامی آکسفورد و نگرش) گرفته می شود.

پنجم: به منظور پیگیری تأثیر مهارتهای حل مسئله آموزش دیده فالوآپ (پیگیری تداوم اثر مداخله) بعد از ۲ ماه در مورد معتادین تحت درمان گروه آزمایش انجام می شود (اجرای مجدد آزمون شادکامی آکسفورد و نگرش).

یافته‌ها

قبل از آزمون فرضیه‌ها میانگین و انحراف استاندارد نمرات شادکامی و نگرش دو گروه در مراحل مداخله در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات شادکامی و نگرش دو گروه در پیش آزمون، پس

آزمون و پیگیری

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون				پیگیری		
	آزمایش		کنترل		آزمایش		کنترل		
	Q	M	Q	M	Q	M	Q	M	
شادکامی	۳۰/۸۵	۴/۰۲	۳۴/۷۲	۳/۳۷	۳۹/۳۹	۲/۷۸	۳۲/۳۱	۳/۵۵	۳۴/۳۵
نگرش	۱۱۸/۲۰	۱۹/۵۷	۱۳۶	۱۳۴	۱۱	۱۵۷	۹۹/۰۳	۱۸۴	۱۹۴
			۱۱۶	۱۸	۱۰۱	۱۲	۱۱۴	۱۱	۱۱۵

داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که نمرات شادکامی در گروه آزمایشی تا نمره ۴۱/۴۰ افزایش داشته در حالی که در گروه کنترل این نمره معادل ۳۴/۳۵ است. نمرات مربوط به نگرش نیز در گروه آزمایشی تغییر واضحی را نشان می‌دهد.

جدول ۲. آزمون کولموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی طبیعی بودن توزیع نمرات در مرحله

پس آزمون شادکامی و نگرش

متغیر	گروه	آماره	درجه آزادی	معنی داری
شادکامی	آزمایش	۰/۲۲۳	۱۷	۰/۳
	گواه	۰/۱۸	۱۷	۰/۱۱
نگرش	آزمایش	۰/۲۷۱	۱۷	۰/۱۱۹
	گواه	۰/۳۱	۱۷	۰/۱۸

طبق جدول ۲ با توجه به اینکه سطح معناداری بزرگتر از ۰.۰۵ نرمال است، می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات طبیعی دو گروه است.

جدول ۳. آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها در نمرات پس آزمون شادکامی و نگرش

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معنی داری
شادکامی	۳/۰۸	۱	۳۴	۰/۳۷
نگرش	۵/۶۵۷	۱	۳۴	۰/۱۹

جدول ۳ نشان دهنده معنادار نبودن نتایج آزمون لوین در مورد هر دو متغیر است، لذا واریانس-

های دو گروه برابر و متجانس هستند.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد چون سطح معناداری از $p=0/01$ بزرگتر است لذا F محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار نیست، بنابراین چون تعامل معنادار نیست فرض همگنی شیب رگرسیون تایید می‌شود.

جدول ۴. مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
شادکامی	۳۶۲۷/۰۸	۲	۱۸۱۳/۵۴	۱۷/۵۶	۰/۰۹۲
نگرش	۳۷۶۹/۱۲	۲	۱۶۴۵/۴۷	۱۵/۲۳	۰/۰۹۲

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات تاثیر آموزش مهارت حل مسئله بر شادکامی و نگرش
(تعداد = ۱۸ نفر در هر گروه)

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	مجذور اتا
شادکامی	بین آزمودنی‌ها	۳۲۹۱/۲۱	۱۷	۱۹۷/۶۸	۷۴/۰۸*	۰/۲۸
	درون آزمودنی‌ها	۵۵۰۰/۳۶	۵۴	۹۸/۷۳		
	اثر درمان	۴۲۷۶/۱۱	۳	۱۲۸۹/۳۲		
	خطا یا باقی - مانده	۹۵۳/۵۳	۵۱	۱۶/۶۷		
	مجموع	۱۴۰۲۱/۲۱	۳۵			
نگرش	بین آزمودنی‌ها	۳۵۹۲/۷۲	۵۴	۲۱۸/۷۸	۴۲/۷۳*	۰/۵۱
	درون آزمودنی‌ها	۶۰۱۰/۰۳	۱۷	۱۱۰/۵۳		
	اثر درمان	۴۱۹۳/۵۳	۳	۱۳۹۶/۲۳		
	خطا یا باقی - مانده	۱۵۵۳/۲۱	۵۱	۳۱/۱۱		
	مجموع	۱۵۳۵۳/۴۹	۳۵			

$P < 0.01^{**}$, $P < 0.05^{*}$

بر اساس جدول ۵ با توجه به اینکه سطح معناداری به ترتیب برابر با ۰/۰۳ و ۰/۰۲ می‌باشد و از کوچکتر است. همچنین با ملاحظه اینکه اثر پیش آزمون از طریق آزمون کوواریانس کنترل شده است، می‌توان نتیجه گرفت که در زمینه هر دو متغیر شادکامی و نگرش آموزش مهارت حل مسئله به طور معنادار موثر بوده است. همچنین با ملاحظه مجذور اتا به ترتیب ۰/۲۸ و ۰/۵۱ می‌توان نتیجه گرفت که مداخله آزمایشی منجر به تغییراتی در گروه آزمایش شده که ۰/۲۸ و ۰/۵۱ کل تغییرات ناشی از عمل آزمایشی بوده است. پس آموزش حل مسئله بر افزایش شادکامی و تغییر نگرش تاثیر دارد.

داده های جدول ۶ نشان می‌دهد که بین میانگین شادکامی و نگرش گروه آزمایش پس از دوره پیگیری نیز تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه از آزمون تعقیبی بون‌فرونی برای بررسی تفاوت میانگین‌ها استفاده شد.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (مفروضه کرویت)

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذور اتا
شادکامی	۱۴۱۱.۰۲	۳	۷۴۳/۵۲۵	۱۹/۵۳**	۰/۷۱۳
نگرش	۵۱۱.۳۳	۳	۲۵۵/۸۳۲	۱۵/۴۱۲**	۰/۴۸۲

$P < 0.01$ **, $P < 0.05$ *

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات شادکامی و نگرش دو گروه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	پیش آزمون				پس آزمون				پیگیری	
	آزمایش		کنترل		آزمایش		کنترل		کنترل	
	Q	M	Q	M	Q	M	Q	M	Q	M
شادکامی	۴/۰۲	۳۰/۱۸۵	۳/۳۷	۳۴/۷۲	۲/۷۸	۳۹/۳۹	۳/۵۵	۳۲/۳۱	۳/۲۲	۳۴/۳۵
نگرش	۱۹/۵۷	۱۱۸/۲۰	۱۳/۳۶	۱۳۶	۱۵/۷	۱۳۱	۱۳/۷	۱۱	۱۲	۱۹۴
			۱۱۶	۱۱۶	۱۲	۱۰۱	۱۷	۱۱۴	۱۲	۱۱۵

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بون فرونی برای شادکامی و نگرش (میانگین های تعدیل شده)

متغیر	پس آزمون - پیش آزمون	تفاوت	خطای معیار	پیگیری - پیش آزمون	تفاوت	خطای معیار
شادکامی	۲/۵۶	۷/۶۵*	۱۵/۸۷**	۹/۳۷	۴/۲۲	۹/۸۲
نگرش	۲/۱۷۲	۱۰/۶۳۴*	۸/۴۲۳*	۳/۸۹۲	۵/۳۱	۳/۶۷۳

$P < 0.01$ **, $P < 0.05$ *

نتایج جدول ۷ نشان داد که تفاوت میانگین پس آزمون با پیش آزمون در هر دو متغیرهای وابسته معنادار است. در عین حال، تفاوت میانگین آزمون پیگیری با پیش آزمون در مورد متغیرها معنادار است. همچنین معنی دار نبودن تفاوت میانگین‌ها در آزمون پیگیری - پس آزمون نشان دهنده پایداری اثر مداخله بر متغیرها در گروه آزمایش در مرحله پیگیری است. لذا، بین میانگین‌های دو گروه آزمایشی و کنترل در مراحل مداخله تفاوت معنادار آماری وجود دارد. می‌توان نتیجه گرفت گروهی که از آموزش مهارت حل مسئله برخوردار بودند در مقایسه با گروه آموزش ندیده افزایش معناداری در میزان شادکامی نشان دادند. پس فرضیه اول تایید شد. در مجموع می‌توان به این نتیجه پژوهشی رسید؛ ۱- آموزش مهارت حل مسئله بر شادکامی معتادین تحت درمان موثر است. ۲- آموزش مهارت حل مسئله بر نگرش معتادین تحت درمان موثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف کلی این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله بر افزایش شادکامی و تغییر نگرش معنادین تحت درمان شهر تهران بود. در این فصل به بحث و بررسی در مورد یافته‌های به دست آمده از این پژوهش پرداخته می‌شود و پس از تحلیل و نتیجه‌گیری، پیشنهاداتی نیز بر مبنای محدودیت‌ها و یافته‌های این پژوهش، برای طرح‌های آتی ارائه شد.

آزمون فرضیه اول نشان داد که بیماران معناد گروه آزمایش پس از آموزش مهارت حل مسئله از نظر متغیر شادکامی در وضعیت بهتری نسبت به گروه کنترل قرار داشتند بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که آموزش مهارت حل مسئله باعث افزایش شادکامی می‌شود. پس فرضیه تایید می‌شود. پژوهش‌های مختلفی به بررسی اثر بخشی مداخلات گوناگون بر شادکامی پرداخته‌اند.

عابدی و میرزایی (۱۳۸۵) بر افزایش شادکامی با آموزش مهارت‌ها اشاره دارند. یافته‌ها با نتایج (فاوا، ۱۹۹۸، بل و دزوریلا، ۲۰۰۹، ماینور والیس، ۲۰۱۱، راتهی و راستوچی، ۲۰۰۸، الیوت و همکاران، ۲۰۱۳) در یک راستاست. همچنین با پژوهش‌های لارسون^۱ (۲۰۰۰) و پترسون^۲ (۲۰۰۰) مبنی بر اینکه شادکامی می‌تواند سلامت جسمانی و روانی را بهبود بخشد همخوانی دارد و از طرفی با یافته‌های پژوهش سلیگمن (۲۰۰۴) مبنی بر اینکه آموزش شادکامی موجب کاهش افسردگی (قطب مخالف شادکامی) می‌شود همسو می‌باشد.

ویژگی‌هایی که افراد معناد در موقعیت‌های زندگی با خود دارند (انتظارات، ترسها، مهارت‌ها، امیدها) بر میزان فشار روانی که احساس می‌کنند و خلق عمومی (کسالت، ناامیدی، ملال و دل‌تنگی)، و بر میزان تناسب مقابله با آن تأثیر می‌گذارد. هدف آموزش حل مسئله آن است که به آزمودنی‌ها یاد بدهد درباره مسائل چگونه فکر کنند. این هدف، راهی است برای تقویت استدلال و استفاده از ارزش‌های شخصی برای تصمیم‌گیری درباره مشکلات پیش آمده که در نهایت باعث می‌شود که فرد دارای مهارت حل مسئله شود و برخلاف افرادی که فاقد این مهارت هستند از خود اختلال عاطفی نشان ندهد. آموزش حل مسئله روشی است که به وسیله آن فرد می‌آموزد تا از تمامی مهارت‌های شناختی خود برای سازگاری با موقعیت‌های بین شخصی مشکل آفرین استفاده کند. یافته‌های این پژوهش بیانگر اهمیت بکارگیری راهبردهای حل مسئله بعنوان مهارت‌های آموزش پذیر، در افزایش شادکامی و در پی آن خشنودی و کاهش افسردگی واکنشی ناشی از ترک مواد است.

1. Larson

2. Peterson

آزمون فرضیه دوم تایید فرضیه را در پی داشت. به عبارت دیگر نمرات مربوط به نگرش افراد نسبت به شیشه پس از مشارکت در آموزش به طور معناداری تغییر نشان داد و نگرش مثبت آزمودنی‌ها کاهش پیدا کرد. یافته‌های پژوهش حاضر نیز حاکی از تاثیر مداخله در مولفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری نگرش است. این آموزش می‌تواند بر باورهای غلط و شناخت غیر واقع بینانه معنادین نسبت به سوء مصرف مواد محرک تاثیر بگذارد و آنها را تغییر دهد. نتایج با یافته‌های (از جمله؛ پورشهباز، ۱۳۸۳، عسگری، ۱۳۸۴، تورک‌کاپار^۱ و همکاران، ۲۰۰۸، بارون و برن، ۲۰۰۵، بوتوین و گریفین^۲، ۲۰۰۴) همخوانی دارد.

شرکت در جلسات آموزش مهارت ممکن است باعث ایجاد نگرش واقع‌بینانه به مسائل روزمره شده و فرد را در رویارویی با موقعیت‌های وسوسه‌انگیز برای مصرف مواد محافظت کند. در مجموع به نظر می‌رسد، با اصلاح عملکردهای شناختی و افزایش تفرد و تحقق خویشتن و همچنین کمک به افراد برای رسیدن به استقلال و خودپیروی و رهاشدن از الگوهای ناکارآمد و مخرب مانند مصرف مواد، ترک عدم مسئولیت‌پذیری و یا ناامیدی ناشی از پیش‌نویس‌های ناکارآمد و مخرب، ایجاد امید و حسنیت نسبت به خود، دیگران و دنیا، با انتخاب وضعیت سالم زندگی، می‌تواند در طی یک فرآیند اصلاح درون‌فردی- میان‌فردی، به ویژه در بین افراد وابسته به مواد که در این زمینه‌ها مشکل دارند، منجر به ارتقاء سطح پاسخ مقابله‌ای کارآمد و افزایش احساس خودکارآمدی شده و موجب کاهش وسوسه مصرف شود (فرهنگی و شعراف، ۱۳۸۵).

می‌توان اینگونه قضاوت کرد که هرچه افراد نگرش منفی‌تری نسبت به مصرف مواد داشته باشند، مثلاً، مصرف مواد را لذت‌بخش ندانند (جنبه عاطفی)، به مصرف مواد مبادرت نکنند (جنبه رفتاری) و مصرف مواد را راه حل مناسب برای حل مشکلات خود تلقی نکنند (جنبه شناختی)، بیشتر امکان دارد که از شیوه‌های مقابله‌مسأله‌مدار و مؤثر در برخورد با مصرف مواد، استفاده کنند. بنابراین، فردی که از نگرش منفی نسبت به مواد برخوردار باشد، با شناخت صحیح از مواد و پی آمدهای آن، در برخورد با مشکلات زندگی، از راهبرد مسئله‌مدار استفاده کرده و نسبت به مواد احساس خوبی نخواهد داشت.

پژوهش حاضر در مرحله اجرا با محدودیت‌هایی از جمله؛ همکاری پایین آزمودنی‌ها در تمرین عملی آموزش‌های داده شده و اکتفا به تمرینات ارائه شده در کلاس، کمبود در زمینه بسته‌های آموزشی بر اساس تحقیقات علمی در زمینه حل مسئله در معنادین تحت درمان، یکسان نبودن ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها و عدم وجود شرایط کنترل شده به منظور نظارت دقیق‌تر

^۱. Turkcapar

^۲. Botvin & Griffin

بر انجام تکالیف آموزشی و خودمعرف بودن معتادان همراه بود. در نهایت پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، ضمن توجه به هنجاریابی آزمون‌های معتبر در زمینه حل مسئله، به تهیه بسته‌های آموزشی متناسب با گروه‌های اعتیادی مختلف به ویژه مواد محرک اقدام کرده و همکاری بیشتر مراکز درمانی در جهت ارائه این آموزش‌ها فراهم گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود ضمن انجام مرحله پیگیری طولانی‌تر حداقل ۶ ماهه، به مقایسه این مهارت با سایر مهارت‌های مقابله اقدام گردد.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

- آرگایل مایکل. (۲۰۰۱). *روان‌شناسی شادی*. ترجمه: مسعود گوهری و همکاران (۱۳۸۳). اصفهان، انتشارات جهاد دانشگاهی اصفهان.
- آیزینگ، مایکل. (۱۹۹۸). *روان‌شناسی شادی*، ترجمه محمد فیروز بخت و خلیل بیگی (۱۳۷۵)، تهران، بدر.
- بلاک آلن، اس؛ هرسن، مایکل. (۱۹۹۴). *فرهنگ شیوه‌های رفتار درمانی*. ترجمه فرهاد ماهر، سیروس ایزدی. تهران: انتشارات رشد، ۱۳۷۸.
- بک، آرتی؛ فرد، دیما؛ کوری، افن؛ بروس واس، ل. (۱۹۹۹). *درمان شناختی/اعتیاد به مواد مخدر؛ آموزش مهارت‌های شناختی و عملی برای ترک اعتیاد*، ترجمه محمد علی گودرزی. (۱۳۸۰)، تهران. نشر راهگشا.
- بهرامی احسان. (۱۳۸۳). *اعتیاد و فرآیند پیشگیری*، تهران. انتشارات سمت.
- پور شهباز، عباس و دیگران (۱۳۸۴). روابط ساختاری عوامل روانشناختی خطرزا و حفاظت‌کننده مصرف مواد مخدر در نوجوانان، *فصلنامه علمی- پژوهشی رفاه اجتماعی*. سال پنجم. شماره ۱۹. ۷۳-۸۶.
- تاجری بیوک. (۱۳۹۰). *اعتیاد سبب‌شناسی و درمان*. چاپ اول. نشر اندیشه‌نو.
- تاجری بیوک، احدی حسن و جمهری فرهاد (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری بر نگرش، افسردگی و خلق عمومی معتادین به شیشه. *روشها و مدل‌های روان‌شناختی*. ۵، ۸۵-۱۰۶.
- تاجری بیوک، احدی حسن و جمهری فرهاد (۱۳۹۱). بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر پرهیز، وسوسه، عود و تغییر نگرش معتادین به شیشه. *مطالعات روانشناسی بالینی*. ۲، ۷، ۲۹-۱.
- تاجری بیوک. (۱۳۹۰). بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر درمان معتادین به شیشه. پایان‌نامه دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت. دانشگاه آزاد اسلامی.
- سادوک و سادوک. (۲۰۱۳). *خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری*، ترجمه: فرزین رضایی (۱۳۹۳). تهران. ارجمند.
- سرمد زهره. (۱۳۸۸). *آمار استنباطی: گزیده‌ای از تحلیل‌های آماری تک‌متغیری*. چاپ سوم. تهران. سمت.
- صمیمی اردستانی، سید مهدی. (۱۳۸۷). *حل مشکل*. تهران. نشر قطره.

عابدی احمد و میرزایی پیروش (۱۳۸۵). مقایسه اثربخشی روش شناختی رفتاری فوردایس و روش آموزش مهارت‌های اجتماعی در افزایش شادی دانش‌آموزان دبیرستانهای اصفهان. اندیشه‌های نوین تربیتی. ۱، ۵۲-۷۹.

عسگری امین. (۱۳۸۴). تاثیر نقش‌گذاری روانی (پسیکودرام) بر تغییر نگرش دانش‌آموزان دختر و پسر دبیرستانهای شهر خرم‌آباد نسبت به اعتیاد. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی.

فرهنگی فرهنگ، شعریاف حمیدرضا. (۱۳۸۵). تاثیر روان‌درمانگری گروهی با رویکرد تحلیل رفتار متقابل بر شیوه‌های رویارویی با استرس نوجوانان. مطالعات تربیتی و روانشناختی، ۷(۲): ۶۲-۴۱.

قهراری شهربانو. (۱۳۸۵). کارایی رویکرد شناختی رفتاری در درمان سوء مصرف حشیش. پایان نامه دکترای روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران. انستیتو روان پزشکی تهران. محمدخانی شهرام. (۱۳۸۵). مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر؛ ارزیابی اثر آموزش مهارت‌های زندگی. پایان‌نامه دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

نابدل یونس. (۱۳۸۴). راهنمای پزشکی در درمان وابستگی به مواد افیونی (تریاک و هروئین). تهران، انتشارات ارجمند.

هادی نژاد، حسن. (۱۳۸۵). بررسی پایایی، اعتبار و هنجاریایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در بین دانش‌آموزان نظری مقطع متوسطه استان زنجان در سال تحصیلی ۸۵-۸۴. آموزش و پرورش استان زنجان.

Aieken, W.Dreger,B. (2006). *Predictors of drug and alcohol abuse among adolescences*. Pergamon.316-320

Argyle, M., & Lu, L. (1991). The happiness of extraverts. *Personality and Individual Differences*. 11, 1011-1017.

Bell, C. A., D Zurilla, J. T. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 29, 4, Pages 348° 353

Botvin, G. J. Griffin, K. W. (2004). LIFE SKILL TRAINING: empirical finding and future direction. *Journal of primary prevention*,25,2,218-211.

Brook L. Henry, Arpi Minassian and William Perry. (2010). Effect of methamphetamine dependence on everyday functional ability. *Addictive Behaviors*. 35, 593-598.

Dohertwend .B. P. (1998). *Adversity Stress and Psychopathology*. Oxford: Oxford University Press.

- Elliott, R. T., Berry, W. J., Grant, S. J. (2013). Problem-solving training for family caregivers of women with disabilities: A randomized clinical trial. *Behavior Research and Therapy*. 47, 7, Pages 548° 558.
- Fava, G. (1998). *Well-being therapy (WBT)*. Wwww. Common language psychotherapy. Org
- Frank, A., Green, V., McNeil, W. D. Adolescent substance users: Problem-solving abilities. *Journal of Substance Abuse*. 5, 1, 1993, Pages 85° 92.
- Hills, P., & Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 33, 1071-1082.
- Jenner, L. & McKetin, R. (2004) *Prevalence and patterns of psych stimulant use*. In: Baker, A., Lee, N. K. & Jenner, L., eds. Models of Intervention and Care for Psych stimulant Users, 2nd end. National Drug Strategy Monograph Series no. 51, pp.13° 34. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing.
- Julian, Robert. (2008). *a primer of drug action: a comprehensive guide to the actions, uses, and side effects of psychoactive drugs*. 11th. 33-52.
- Mynor-Wallis, L. M. (2011). *Problem solving treatment for anxiety and depression: A practical guide*. New York: Oxford University Press.
- Parker, J.D., Taylor, R.N., Easterbrook, J. M., Schell, S. L. Wood, L. M. (2008). Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and individual Differences*, 45, 174-180.
- Peterson, C. (2000). *The future of optimism*. American Psychologist. Auburn University.
- Rathi, Neerpal and Rastogi, Renu. (2008). Effect of emotional intelligence on occupational self- efficiency. The ICfia. *Journal of organizational Behavior*, Vol 7, NO 2, PP 46-56.
- Rosen, D., Morse, Q. J., Charles F. Reynolds, F. C. (2011). Adapting problem-solving therapy for depressed older adults in methadone maintenance treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 40, 2, March 2011, Pages 132° 141
- Seligman. Martin. E. P. (2004). *Positive interventions: More evidence of effectiveness authentic happiness newsletters*. Trustee s university of Pennsylvania.
- Tajeri, Biouk. (2013). Effect of Problem Solving Skill Training on Happiness and Coping in Addicts. *International Journal of Advanced Studies in Humanities and Social Science*. Vol 1, 11, 2013: 1958-1964.

- Turkcapar, H., Kose, S. Ince, A., & Myrick, H. (2008). Beliefs as predictors of relapse in alcohol dependence Turkish men. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(6), 848-51.
- Vidrine, I. J., Reitzel, R. L., Figueroa, Y. P., Velasquez, M. M., Mazas, A. C., Cinciripini, M. P., Wetter, W. D. (2011). *Motivation and Problem Solving (MAPS): Motivationally Based Skills Training for Treating Substance Use*. Cognitive and Behavioral Practice. Available online 8 December 2011. In Press, Corrected Proof

