

اثربخشی آموزش گروهی حل مسئله بر تاب‌آوری، رضایت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای خانواده افراد مبتلا به سوء مصرف مواد

Efficacy of group training of problem solving on resiliency, life satisfaction and coping strategy of families of substance abuse disorder

Mohamad Hosein Mahdi
Department of Psychology,
Najafabad Branch, Islamic Azad
University, Najafabad, Iran.

محمدحسین مهدی

گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه
آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

Sayed Abbas Haghayegh
(Corresponding Author)
Department of Psychology,
Najafabad Branch, Islamic Azad
University, Najafabad, Iran.
abbas_haghayegh@yahoo.com

سیدعباس حقایق (نویسنده مسئول)

گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه
آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

*این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد
روانشناسی بالینی است.

Abstract

The aim of this research was the efficacy of group problem solving training on resiliency, life satisfaction, stress coping strategy, in families of substance abuse disorder. The research method was semi experimental with Pre and Post – Test method with control group. The consisted 32 person selected from refer to Baharan Methadone Maintenance Therapy Center in Esfahan on Autumn 2014 And of their families were invited to participate in research and randomly divided two groups, Experimental (16 person) and Control(16 person) group. Pre-test stage was conducted from two group with resiliency, life

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی حل مسئله بر تاب‌آوری، رضایت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای خانواده افراد مبتلا به سوء مصرف مواد انجام شد. طرح پژوهش از نوع شبه آزمایشی به صورت پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از کلیه افراد مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد بهاران اصفهان تعداد ۳۲ نفر انتخاب و از هر کدام، یک نفر از اعضای خانواده آنان جهت شرکت در پژوهش دعوت و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۶ نفر) و گواه

satisfaction, stress coping strategy questionnaires. The experimental group received seven 90 minute Group Problem Solving Training. Then Post-Test filled out from two group again. The Results showed Group Problem Solving training is effective to decrease avoidance coping skill and emotional coping skills and increase problem-oriented coping strategies and life satisfaction ($p < .05$) and had was no significant difference in the level of resiliency. The results of the present study indicate that long-term programs designed to teach problem-solving skills to individuals with substance abuse can be recover psychological parameter.

Key words: Problem Solving, Resiliency, Life satisfaction, Coping Strategies

دریافت: دی ۹۴ پذیرش: خرداد ۹۶

(۱۶ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش گروهی حل مسئله دریافت کرد و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. همه آزمودنی‌ها در ابتدا و انتهای پژوهش پرسشنامه‌های (تاب‌آوری کنونور دیوید سون و رضایت زندگی دینر و لارسن گریفن و مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا اندلر و پارکر) را تکمیل کردند. داده‌های جمع‌آوری‌شده با نرم‌افزار spss.16 و با روش تحلیل کوواریانس (به‌منظور کنترل نمرات پیش‌آزمون) مورد تحلیل آماری قرار گرفتند. نتایج نشان داد آموزش گروهی حل مسئله بر رضایت از زندگی ($p < 0/01$) و سبک‌های مقابله‌ای ($p < 0/01$) تاثیر مثبت داشته است؛ اما تاثیر آموزش حل مسئله بر تاب‌آوری معنادار نبود ($p > 0/05$). آموزش گروهی حل مسئله مداخله مؤثری در بهبود رضایت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای خانواده سوءمصرف کنندگان مواد مخدر است. واژه‌های کلیدی: حل مسئله، تاب‌آوری، رضایت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای

مقدمه

اعتیاد نوعی آسیب اجتماعی است که ریشه در محرومیت‌های مزمن و طرد شدگی افراد و گروه‌های خاص در جوامع مختلف دارد و هزینه‌های زیادی را به جوامع تحمیل می‌کند و یکی از مهم‌ترین مشکلات عصر حاضر است که گستره‌ای جهانی پیدا کرده، پا از مرزهای بهداشتی درمانی فراتر نهاده و به یک مشکل روانی، اجتماعی و خانوادگی

تبدیل شده است (مامی، احدی، نادری و عنایتی، ۱۳۹۱). در تعریف اختلالات سوءمصرف مواد^۱ در DSM-5^۲ جمعاً یازده معیار وجود دارد که عبارت‌اند از: ۱- مصرف مداوم مواد بدون آنکه بتوان آن را متوقف کرد (توضیح: مصرف مواد مخدر حالت تکانشی و ناخواسته است) ۲- تحمل^۳ ۳- علائم ترک ۴- تلف کردن وقت جهت تهیه، مصرف و ریکاوری ۵- ادامه مصرف علی‌رغم محدودیت‌ها ۶- افت دائمی و پایدار شخصیت اجتماعی، شغلی و خانوادگی ۷- کاهش دیگر فعالیت‌های روزمره ۸- تداوم مصرف به نحوی که منجر به اختلال در انجام وظایف اصلی فرد بشود ۹- تداوم مصرف به شکلی که سبب رفتارهای خطرناک او شود (مثلاً در حین رانندگی) ۱۰- تداوم مصرف علی‌رغم مشکلات اجتماعی حاصله ۱۱- وسوسه مصرف. کسی که دو یا بیش از دو فقره از این معیارها را در طول یک سال داشته باشد مبتلا به سوءمصرف مواد شناخته می‌شود انجمن روانپزشکی آمریکا^۴، ۲۰۱۳). یکی از معضلاتی که تاثیر عمیق و شگرفی بر زندگی دارد، اعتیاد است. تاثیر اعتیاد نه تنها منحصر به دوران نوجوانی و جوانی است، بلکه کل دوران زندگی را دربرگرفته و دیگران از جمله خانواده و جامعه را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد و تبدیل به معضلی فراگیر می‌شود (حسینی، ۱۳۹۱). اعتیاد نه تنها موجب مشکلات جسمانی می‌شود، بلکه با تاثیر بر جنبه‌های مختلف سلامت جسمانی، تبعات اجتماعی متعددی را برای مصرف‌کنندگان و اطرافیان آنها ایجاد می‌کند (لی موال و کوپ^۵، ۲۰۰۷).

متغیرهای روانی- اجتماعی گسترده‌ای در وضعیت روان‌شناختی خانواده و روند درمانی مؤثرند. یکی از این متغیرها تاب‌آوری است. تاب‌آوری^۶ توانایی فرد در برقراری

¹ Substance Use Disorders

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 5 th Edition

³ Tolerance

⁴ American Psychiatric Association

⁵ LeMoal, Koob

⁶ Resilient

تعادل زیستی - روانی در شرایط خطرناک است. افراد تاب آور، نسبت به موقعیت، آگاه و هشیارند، احساسات و هیجان‌های خود را می‌شناسند؛ بنابراین از علت این احساسات نیز باخبرند و هیجان‌های خود را به شیوه سالم مدیریت می‌کنند. در واقع تاب‌آوری به این مسئله می‌پردازد که فرد علیرغم قرار گرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل خطر می‌تواند توانش اجتماعی خود را بهبود دهد و بر مشکلات غلبه و به موفقیت نائل شود (کانرو دیویدسون^۱، ۲۰۰۳). پژوهش‌های اخیر در مورد تاب‌آوری عوامل مختلفی را نشان می‌دهد که از افراد در مقابل تاثیرات منفی موقعیت‌های زندگی محافظت می‌کند. اخیراً، تاب‌آوری به عنوان یک مفهوم مهم در روان‌شناسی سلامت پدیدار شده و پژوهشگران به بیان و شفاف‌سازی این که چگونه افراد به صورت مطلوب به اتفاقات و شرایط دشوار پاسخ می‌دهند، می‌پردازند (بنت، آدن، بروم، میتکل و رکیدن^۲، ۲۰۱۰). نتایج پژوهش مومنی، مولایی پاره و محبی (۱۳۹۲) نشان داد بین تاب‌آوری و گرایش به اعتیاد رابطه معکوس وجود دارد. محمدی، آقاجانی و زهتاب (۱۳۹۰) نیز نشان دادند افرادی که احتمال سوء مصرف مواد در آن‌ها بالا بوده میزان تاب‌آوری در آنان پایین بوده است. همچنین در پژوهش گلدشتاین، فالکنر و وکرلی^۳ (۲۰۱۳) تاب‌آوری با وابستگی به نیکوتین و افسردگی رابطه منفی معنادار داشت.

از دیگر متغیرهای کلیدی در زندگی هر شخص که در این پژوهش در خانواده افراد وابسته به مواد بررسی شد، داشتن احساس رضایت از زندگی^۴ است. رضایت از زندگی بیانگر نگرش مثبت فرد نسبت به جهانی است که در آن زندگی می‌کند و در واقع همان احساس خشنودی است که در پی دستیابی به آن زمان نه چندان کوتاه را سپری می‌نماید (محسنی و صالحی، ۱۳۸۲). رضایت از زندگی فلسفه‌ای است که شخص آگاهانه برای زندگی خویش انتخاب کرده و ناخودآگاه آن را در ذهن دارد. رضایت با

¹ Connor & Davidson

² Bennett, Aden, Broome, Mitchell & Rigdon

³ Goldstein, Faulkner & Wekerle

⁴ Life Satisfaction

نیاز دارای ارتباطی فراگیر و متقابل است، به گونه ای که در توصیف رضایت نمی توان و نباید مبحث نیاز را نادیده گرفت. هم نیاز و هم رضایت طی زمان دگرگونی می یابند و در یک جامعه تابع عوامل بسیاری می باشند. عدم همخوانی بین اهداف، تمایلات و نیازها که غالباً به دلیل وجود مسائل و مشکلات خاص پدید می آیند، در بروز نارضایت مؤثر هستند (میرخان، ۱۳۹۳). در سال های اخیر، پژوهش های بسیاری در مورد کیفیت زندگی افراد از دو دیدگاه عینی و فاعلی انجام شده است. دیدگاه عینی به شرایط بیرونی، مانند میزان درآمد، کیفیت مسکن و... توجه می کند در مقابل دیدگاه فاعلی بر تفاوت افراد در مورد رضایت از زندگی با توجه به کل زندگی تأکید می ورزد. مفهوم رضایت تجربه درونی است که حضور مثبت هیجان ها و نبود احساسات منفی را دربرمی گیرد (زولینگ، والوا، هیونیر و درین، ۲۰۰۵).

از سوی دیگر، افراد در موقعیت های مختلف از راهبردهای مقابله ای متفاوتی استفاده می کنند و کارایی یا عدم کارایی این راهبردها نقش مهمی در سلامت جسم و روان افراد دارد. راهبردهای مقابله ای^۲ مجموعه ای از تلاش های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش زا به کار می رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می شود. دو راهبرد اصلی مقابله عبارت اند از: راهبرد مقابله ای هیجان مدار^۳ که شامل کوشش هایی جهت تنظیم پیامدهای هیجانی واقعه تنش زا است و تعادل عاطفی و هیجانی را از طریق کنترل هیجانات حاصله از موقعیت تنش زا حفظ می کنند و راهبرد مقابله ای مسأله مدار^۴ شامل اقدامات سازنده فرد در رابطه با شرایط تنش زا است و سعی دارد تا منبع تنیدگی را حذف کرده یا تغییر دهد. راهبردهای مقابله ای اغلب به عنوان واسطه بین استرس و بیماری شناخته شده اند (غضنفری و قدم پور، ۱۳۸۷). در پژوهش آروالو، پرادو و آمارو^۵ (۲۰۰۸) استرس به طور قابل توجهی با اعتیاد به مواد

¹ Zullig, Valois, Huebner & Drane

² Coping Strategies

³ Emotional Coping Strategy

⁴ Problem solving Coping Strategy

⁵ Arevalo, Prado & Amaro

مخدر مربوط بود. بنابراین پاسخ مناسب به استرس و شرایط تنش‌زا تا حدود زیادی می‌تواند از تاثیر عوامل استرس‌زا بر سلامت بکاهد. بررسی‌ها نشان داده‌اند چنانچه افراد به راهبردهای مقابله‌ای کارآمد مجهز نباشند و توانایی کمی برای درک هیجان‌های خود و دیگران داشته باشند، در برخورد با استرس‌ها و بحران‌ها توان کمتری خواهند داشت و مشکلات رفتاری بیشتری را به صورت پرخاشگری، افسردگی و اضطراب نشان خواهند داد (نقل از مولایی یساولی و عبدی، ۱۳۹۴) اما برنامه‌ها و مداخله‌های درمانی گسترده‌ای جهت ارتقا کارکرد افراد وابسته به مواد و خانواده‌های آنان استفاده شده است که در پژوهش حاضر آموزش حل مسئله جهت ارتقاء تاب‌آوری، رضایت از زندگی و سبک‌های مقابله‌ای اعضای خانواده در افراد وابسته به مواد بررسی شده است.

آموزش مهارت حل مسئله اشاره به یک فرآیند شناختی رفتاری دارد که تنوعی از پاسخ‌های بدیل و بالقوه را برای مقابله با شرایط مشکل‌ساز فراهم می‌کند و امکان انتخاب بهترین و مؤثرترین پاسخ‌های بدیل را افزایش می‌دهد (جلیز و کنالی، ۲۰۰۸). از سوی دیگر علت اعتیاد بعضی از افراد، ناتوانی آنها در رویارویی با سختی‌ها و مشکلات زندگی است: عدم آشنایی با روشهای مقابله‌ای مناسب موجب شکنندگی و در نتیجه، پناه بردن آنها به اعتیاد می‌شود؛ بنابراین، آموزش برخی مهارت‌ها قدرت دفاعی افراد را در برابر مشکلات افزایش می‌دهد و مانع از گرایش آنها به اعتیاد می‌شود (محمدی، شقاقی و زارع، ۱۳۸۷). مهارت حل مسئله یک راهبرد مقابله‌ای عمومی است که مهارت‌های مقابله‌ای و صلاحیت‌های رفتاری را حفظ و تسهیل می‌کند. آموزش مهارت حل مسئله، ارائه منظم آموزش مهارت‌های شناختی و رفتاری است که به فرد کمک می‌کند تا مؤثرترین راه حل مشکل را شناسایی کرده و به طریقی مؤثر با مشکلات روزمره و مشکلاتی که در آینده پیش می‌آیند، برخورد نماید (غریبی و بهاری زر، ۱۳۹۴). آگاهی از مهارت‌های حل مسئله ممکن است بر چگونگی حس فرد نسبت به توانایی‌های شخصی خود در یک وضعیت خاص و خودکارآمدی تأثیر بگذارد (لطیفی،

¹ Gellis, Kenaley

امیری و ملک پور و مولوی، ۱۳۸۸). بین اعتیاد و حل مساله رابطه منفی وجود دارد. یافته ها نشان می دهد افرادی که درگیر اعتیاد هستند از توانایی حل مساله پایین تری برخوردارند (پارکر، تیلور، استریروک و شل^۱، ۲۰۰۸). نقص در حل مساله را با اختلالات مختلف در کارکرد شناختی از جمله اعتیاد، افسردگی، تعارض های زناشویی و ضعف در مهارت های فرزندپروری مرتبط دانسته اند (هرسن و بلاک، ترجمه ماهر و ایزدی، ۱۳۸۴). آموزش مهارت حل مسئله را از بسیاری از جهات می توان به مثابه فرآیند کمک به افراد برای رشد آن ها و در نتیجه افزایش احتمال مقابله مؤثر در طیف وسیعی از موقعیت ها دانست. طی این فرآیند افراد منابع مقابله مؤثر با وقایع فشارزای زندگی را کشف، خلق یا شناسایی می کنند این آموزش ها معمولاً از طریق الگوها به خصوص خانواده انتقال داده می شوند (مسعودی، اخوان بهبهانی، نصرتی نژاد و موسوی خطاط، ۱۳۹۱). پژوهش بال^۲ (۲۰۰۵) نشان داد که راهبردهای مقابله ای ضعیف و شیوه های حل مسئله نامناسب و غیر سازنده پیش بینی کننده رفتارهای پرخطر می باشد. در پژوهش غفاری و رفیعی (۱۳۸۹) اثربخشی آموزش خانواده با استفاده از تئوری سیستمی بوئن بر تمایز یافتگی و کارکرد خانواده های دارای فرزند معتاد انجام شد که نتیجه آن نشان داد خانواده درمانی موجب افزایش تمایز یافتگی و بهبود کارکرد افراد معتاد و اعضای خانواده آن ها می شود. در پژوهش اشرفی و حدادی (۱۳۹۳) اثربخشی آموزش مهارت خودآگاهی بر انگیزش پیشرفت تحصیلی و پرخاشگری دانش آموزان به این نتیجه رسیدند که اثربخشی آموزش مهارت خودآگاهی بر کاهش پرخاشگری و افزایش انگیزش پیشرفت تحصیلی آنان مؤثر است. نتایج پژوهش بوناد - آنتیگناس، کرسل، دابویس و دراوت^۳ (۲۰۰۷) نیز که بر روی ۶۰ زن مبتلا به سرطان سینه انجام شد، اثربخشی آموزش راهبردهای مقابله در افزایش مهارت حل مسئله و حمایت اجتماعی را نشان داد.

^۱Parker, Taylor, Easterbrook, Schell

^۲ Ball

^۳ Hartmann, Bonnaud- Antignanc, Cercle, Dabouis & Dravet

بیشتر پژوهش‌های مداخله‌ای در کشور بر فرد بیمار تمرکز دارد و آن‌هایی که در سطح خانواده‌ها انجام می‌شوند، از نوع رویکردهای خانواده‌درمانی بوده است و کمتر از روش‌هایی که راهکارهای عینی و عملیاتی ارائه کند استفاده شده است؛ لذا این پژوهش برای پاسخ به این سؤال که آیا آموزش گروهی مهارت حل مسئله بر تاب‌آوری، رضایت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای در خانواده افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در شهر اصفهان مؤثر است؟

روش پژوهش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش را اعضای خانواده افراد مبتلا به سوء مصرف مواد که به مرکز ترک اعتیاد بهاران اصفهان در فاصله زمانی آبان تا آذر سال ۱۳۹۳ مراجعه کرده و دارای پرونده بودند را تشکیل می‌دادند. از این جامعه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۲ نفر به عنوان نمونه اولیه انتخاب شد. به این صورت که با آن‌ها برای معرفی کردن یکی از اعضای خانواده برای شرکت در پژوهش تماس تلفنی برقرار شد و در صورت عدم تمایل یا عدم شرایط احراز شرکت در پژوهش از نفر بعدی به همین روش انتخاب و جایگزین می‌گردید. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: (۱) داوطلبانه و با رضایت شخصی در این پژوهش شرکت کنند (۲) دامنه سنی بین ۳۰ تا ۶۰ سال باشد، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی به بالا باشد. ملاک‌های خروج پژوهش نیز عبارت بودند از: (۱) ابتلا به اختلالات حاد روان‌پزشکی (اسکیزوفرنی و افسردگی دوقطبی) بر اساس مصاحبه کوتاه تشخیصی (۲) هم‌زمان تحت مداخله روان‌شناختی دیگری نباشند (۳) بیش از ۳ جلسه غیبت نداشته باشند. رعایت گردید و پس از انتخاب نهایی به صورت گمارش تصادفی به دو گروه آزمایش ۱۶ نفری و گواه ۱۶ نفری تقسیم شدند.

ابزار

الف) مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۱: این مقیاس توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است. سازندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسش‌نامه به‌خوبی می‌تواند افراد تاب‌آور را از غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی جدا کند و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به‌کاربرده شود (محمدی، ۱۳۸۴). این مقیاس شامل ۲۵ سؤال است و دارای دامنه ۵ درجه‌ای لیکرتی از صفر تا چهار شامل هرگز، بندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه است. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس، صفر و حداکثر نمره وی صد است. همسانی درونی، پایایی باز آزمایی و روایی همگرا و واگرایی این مقیاس کافی گزارش شده‌اند و نتایج تحلیل عامل اکتشافی، وجود ۵ عامل شایستگی/استحکام شخصی، اعتماد به‌خبر، تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف/تحمل عواطف منفی، روابط ایمن، مهارت و معنویت را برای مقیاس تاب‌آوری تأیید کرده است؛ اما چون روایی و پایایی این مقیاس‌ها هنوز به‌طور قطع تأیید نشده در حال حاضر فقط نمره کمی تاب‌آوری برای هدف‌های پژوهشی معتبر محسوب می‌شود (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). پایایی و روایی فرم فارسی تاب‌آوری نیز در مطالعات مقدماتی نمونه‌های بهنجار و بیمار مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (بشارت و حبیب‌نژاد، ۱۳۸۴). این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. در پژوهش (سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۶)، ضریب آلفای کرونباخ 0.87 برای پایایی این آزمون به‌دست آمده است.

ب) پرسشنامه رضایت از زندگی^۲: به منظور سنجش رضایت از زندگی از این مقیاس (داینر، امونس، لارسن و گرین^۳، ۱۹۸۴) استفاده خواهد شد. این مقیاس دارای ۵ گویه است و هر گویه نیز دارای گزینه‌هایی با درجات ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم)

¹ Connor-Davidson Resilience Scale

² Satisfaction with Life Scale

³ Diener, Emmons, Larsen, & Griffin

می‌باشد. برای مثال یک گویه مقیاس عبارت است از: "شرایطی که در آن زندگی می‌کنم عالی است". مجموعه نمرات این مقیاس نشانگر میزان رضایت از زندگی است. این مقیاس به طور گسترده‌ای در پژوهش‌های مختلف برای سنجش رضایت کلی از زندگی مورد استفاده قرار گرفته و نتایج پژوهش‌ها نشانگر ویژگی‌های روانسنجی قابل قبول مقیاس می‌باشد (نقل از میرخان، ۱۳۹۳). پایایی مقیاس رضایت از زندگی توسط بیابانی، کوچکی و گودرزی (۱۳۸۶) در جامعه آماری متشکل از ۱۰۹ نفر از دانشجویان مورد بررسی قرار گرفت. به گزارش آنان اعتبار این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و با روش بازآزمایی ۰/۶۹ به دست آمد. به گفته کاشدان برای سنجش بهزیستی فاعلی، آزمون‌هایی مانند مقیاس شادی فاعلی و مقیاس رضایت از زندگی از مناسب‌ترین مقیاس‌ها می‌باشند؛ چراکه کوتاه و فارغ از فشار زمانی هستند، مبتنی بر نظریه اند و ویژگی‌های روان‌سنجی خوبی دارند. در مقابل، پرسشنامه شادی آکسفورد طولانی‌تر است، دارای سازه‌های زائد است و فاقد توجیه نظری برای محتوای پراکنده‌ای که می‌سنجد. اعتبار مقیاس رضایت از زندگی بوسیله روش آماری آلفای کرونباخ محاسبه و ضریب اعتبار برابر با ۰/۸۳ به دست آمده است. در پژوهشی که توسط تقریبی، شریفی، سوکی و تقریبی (۱۳۹۱) به منظور بررسی ویژگی‌های روانسنجی فرم کوتاه پرسشنامه رضایت از زندگی در دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی کاشان انجام گرفت، پایایی پرسشنامه با استفاده از شیوه پایداری و ثبات داخلی و روایی نیز از طریق اعتبار همزمان و اعتبار سازه به کار برده شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات دانشجویان در پرسشنامه رضایت از زندگی ۱۸/۶ بود و ضریب ثبات داخلی ابزار بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۰ محاسبه شد و پایایی آن نیز توسط روش همبستگی با کل مقیاس و آزمون مجدد تایید گردید. همبستگی ابزار با مقیاس تک‌سوالی رضایت از زندگی و فرم کوتاه کیفیت رضایت و لذت از زندگی به ترتیب ۰/۷۰ و ۰/۷۸ ($P < ۰/۰۰۰۱$) به دست آمد. نتایج تحلیل عامل کلی در مقیاس نیز حاکی از وجود یک عامل کلی در مقیاس بود که این عامل دارای ارزش ویژه ۲۴/۳ بوده و قادر به پیش‌بینی از ۰/۶۴ کل واریانس بود. اعتبار مقیاس

رضایت از زندگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ $0/83$ و با روش بازآزمایی $0/69$ به دست آمد. رویی سازه مقیاس رضایت از زندگی از طریق رویی همگرا با استفاده از فهرست شادکامی آکسفورد OHI (آرگایل^۱، ۲۰۰۱) و فهرست افسردگی بک^۲ BDI (بک و همکاران، ۱۹۶۱؛ نقل از میرخان) برآورد شد. این مقیاس (SWLS) همبستگی مثبت با فهرست شادکامی آکسفورد^۳ (OHI) و همبستگی منفی با فهرست افسردگی بک (BDI) نشان داد. براساس نتایج پژوهش‌های صورت گرفته، مقیاس رضایت از زندگی (SWLS) یک مقیاس مفید در پژوهش‌های روان‌شناختی ایرانی است (میرخان، ۱۳۹۳).

ج) پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های تنیدگی زا^۴ (CISS): این پرسشنامه توسط اندلر و پارکر (۱۹۹۰) تهیه شده است. این آزمون شامل ۴۸ ماده است که پاسخ‌ها به روش لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) مشخص شده است. پرسشنامه CISS سه زمینه‌ی اصلی رفتارهای مقابله‌ای را دربرمی‌گیرد:

۱- مقابله مسئله مدار یا برخورد فعال با مسئله در جهت مدیریت و حل آن. ۲- مقابله هیجان مدار یا تمرکز بر پاسخ‌های هیجانی به مسئله. ۳- مقابله اجتنابی یا فرار از مسئله.

با توجه به اینکه پاسخ‌دهی به صورت ۵ درجه لیکرت است حداکثر نمره برای هر ماده ۵ و حداقل ۱ است. آزمودنی بایستی به همه سوالات پاسخ دهد. اگر آزمودنی تعداد ۵ سؤال یا کمتر از ۵ سؤال را جواب نداده باشد در زمان نمره‌گذاری پژوهشگر می‌تواند به این سوالات گزینه ۳ را علامت بزند، اما در غیر این صورت یعنی اگر بیش از ۵ سؤال بدون پاسخ باشد آن پرسشنامه نمره‌گذاری نمی‌شود. دامنه تغییرات سه نوع رفتار رویارویی به این شکل است که نمره هر یک از رفتارهای رویارویی سه‌گانه یعنی مسئله

¹ Argyle

² Beck Depression Inventory

³ Oxford Happiness List

⁴ Coping Inventory for Stressful Situations

مدار، هیجان مدار و اجتنابی از ۱۶ تا ۸۰ است. به عبارتی شیوه رویارویی غالب فرد با توجه به نمره‌ای که در آزمون کسب می‌کند مشخص می‌شود. یعنی هرکدام از رفتارها نمره بالاتری را کسب کند، آن رفتار به‌عنوان شیوه رویارویی فرد در نظر گرفته می‌شود (اندلر و پارکر ۱۹۹۰). در مطالعه شکری و همکاران (۱۳۸۸) ضرایب آلفای کرونباخ سبک‌های مقابله مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی در بین دانشجویان ایرانی به ترتیب برابر با ۰/۷۴، ۰/۷۰، ۰/۷۳ در بین دانشجویان سوئدی به ترتیب برابر با ۰/۶۹، ۰/۷۷، ۰/۶۸ و در کل برابر با ۰/۷۲، ۰/۷۱، ۰/۷۴ به دست آمد. کشاورز و مهرابی (۱۳۸۸) نیز ضریب همسانی درونی برابر با ۰/۹۴. برای این ابزار به دست آورده‌اند.

د) پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: از برگه اطلاعات جمعیت شناختی جهت بررسی فاکتورهایی مانند سن، جنسیت، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، تعداد دفعات مراجعه برای درمان عضو خانواده و سایر پارامترهای لازمه در امر استفاده گردید.

روش اجرا

جهت انجام پژوهش حاضر، در ابتدا و پس از گنجاندن تصادفی شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش و گواه، از ۲ گروه پیش‌آزمون گرفته شد. سپس برای گروه آزمایش هفته‌ای یک جلسه مهارت حل مسئله به روش دروزیلا و گلد فراید به شرح جلسات جدول ۱ از آبان تا آذر ۱۳۹۳ سه‌شنبه‌ها ساعت ۹ تا ۱۱/۳۰ در مرکز ترک اعتیاد بهاران اصفهان اعمال شد که در این مدت برای گروه گواه هیچ برنامه آموزشی اجرا نگردید. پس از پایان جلسات مرحله پس‌آزمون به‌صورت همزمان برای ۲ گروه انجام شد. به علت سهولت ارتباط با خانواده این بیماران، ریزشی در روند مداخله مشاهده نشد. تجزیه و تحلیل داده‌های خام حاصل از این پژوهش توسط نرم‌افزار spss.16 در دو بخش توصیفی و استنباطی با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کواریانس (به‌منظور کنترل نمرات پیش‌آزمون) صورت گرفت.

جدول ۱: خلاصه شرح جلسات حل مسئله

جلسه	موضوع	اهداف و خلاصه جلسه
۱	معارفه، بیان منطق درمان، انتظار از درمان، آشنایی با اهمیت و ضرورت آموزش حل مسئله	در این جلسه ضمن آشنایی اعضای گروه و مشاور، توضیح کاملی پیرامون جلسات و عناوین آن و روند کار در این دوران داده شد. اعضا (خانواده افراد مبتلابه سوء مصرف مواد) در مورد قوانین گروهی و تعهدات لازم توجیه شدند. سپس در مورد اهمیت و ضرورت آموزش حل مسئله توضیحاتی ارائه شد.
۲	ارائه‌ی تعاریفی از مهارت حل مسئله و ویژگی‌های افراد فاقد توان حل مسئله	جلسه با مروری بر جلسه قبل و نکات ارائه شده و سؤالات اعضا شروع شد و در ادامه به تعاریفی از مهارت‌های حل مسئله و ویژگی افراد فاقد حل مسئله پرداخته شد
۳	معرفی خودآگاهی هیجانی در مهارت حل مسئله	جلسه با مروری بر جلسه قبل و نکات ارائه شده و سؤالات اعضا شروع شد و در ادامه توضیحاتی در مورد خودآگاهی هیجانی ارائه شد.
۴	تولید راه‌حل‌های بدیل	جلسه با مروری بر جلسه قبل و نکات ارائه شده و سؤالات اعضا شروع شد و در ادامه آموزش تعریف دقیق مسئله. آموزش بارش فکری درباره‌ی مسئله
۵	آموزش ارزیابی راه‌حل‌ها و فعالیت	جلسه با مروری بر جلسه قبل و نکات ارائه شده و سؤالات اعضا شروع شد و در ادامه آموزش ارزیابی راه‌حل‌ها و دادن فعالیت جهت تعیین طیفی از راه‌حل‌های محتمل و امکان انتخاب مؤثرترین پاسخ از میان پاسخ‌ها.
۶	تصمیم‌گیری	جلسه با مروری بر جلسه قبل و نکات ارائه شده و سؤالات اعضا شروع شد و در ادامه آموزش انتخاب، اجرا و بازبینی گزینه‌ها و انتخاب بهترین راه‌حل، پیش‌بینی

پیامدهای احتمالی هر اقدام، توجه به سودمندی این پیامدها.		
۷	بازبینی و رفع ابهام مرور کلی مهارت حل مسئله و ارزشیابی	جلسه با مروری بر جلسه قبل و نکات ارائه‌شده و سؤالات اعضا شروع شد و در ادامه حصول اطمینان از رفع تمامی ابهامات افراد و کسب مهارت در به‌کارگیری این روش. بررسی رسیدن به انتظارات مطرح‌شده در جلسه اول

یافته‌ها

شرکت کنندگان شامل ۳۲ نفر از اعضای خانواده افراد مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد بهاران اصفهان بودند. میانگین سن شرکت کنندگان ۳۷/۱۸ و انحراف استاندارد ۳/۸۸۲ است. نتایج مربوط به آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول زیر ارائه‌شده است.

جدول ۲ اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان

متغیر	گروه	فراوانی	درصد
تحصیلات	زیردیپلم	۶	۱۸/۸
	دیپلم	۲۰	۶۲/۵
	فوق دیپلم	۴۴	۱۲/۵
	کارشناسی	۲۲	۶/۳
اشتغال	بیکار	۱۳	۴۰/۶
	شاغل	۱۹	۶۹/۴
نسبت با بیمار	همسر	۲۲	۶۸/۸
	مادر	۵	۱۵/۶
	دختر	۳	۹/۴

۶/۳	۲	برادر	وضعیت تاهل
۹/۴	۳	مجرد	
۹۰/۶	۲۹	متاهل	

جدول ۲ اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان را نشان می دهد. همانطور که مشاهده می گردد از نظر تحصیلات ۱۸/۸ درصد زیردیپلم؛ ۶۲/۵ درصد دیپلم و ۱۲/۵ فوق دیپلم و ۶/۳ از شرکت کنندگان دارای مدرک کارشناسی بودند. از نظر وضعیت اشتغال ۴۰/۶ درصد بیکار و ۵۹/۴ درصد شاغل بودند. از نظر نسبت با بیمار ۶۸/۸ همسر، ۱۵/۶ مادر، ۹/۴ دختر و ۳/۶ هم فرزند پسر فرد وابسته به مواد بودند و در نهایت در ارتباط با وضعیت تاهل، ۰۹/۴۰ مجرد و ۹۰/۶۰ متاهل بودند.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

گروه	متغیر وابسته	تاب آوری		رضایت از زندگی		مسئله مدار		هیجان مدار		اجتنابی	
		شاخص آماری	انحراف معیار	شاخص آماری	انحراف معیار	شاخص آماری	انحراف معیار	شاخص آماری	انحراف معیار	شاخص آماری	انحراف معیار
آزمایش	پیش آزمون	۶۱/۳۸	۲۳/۵۳	۱۸/۸۸	۷/۱۲	۳/۳۲	۰/۹۰	۲/۷۹	۰/۶۶	۴/۱۲	۰/۶۲
	پس آزمون	۶۶/۵۶	۱۷/۰۴	۲۲/۶۹	۴/۴۲	۳/۷۱	۰/۴۶	۲/۴۶	۰/۳۶	۲/۷۰	۰/۵۶

گواه	
پیش‌آزمون	۴۹/۲۵
پس‌آزمون	۵۲/۶۵
۰/۶۳	۰/۴۵
۳/۳۰	۳/۷۸
۰/۵۳	۰/۴۷
۳/۰۶	۳/۰۵
۰/۵۱	۰/۵۶
۳/۳۰	۳/۲۹
۷/۵۳	۶/۴۵
۱۹/۸۰	۲۰/۲۰
۲۱/۰۱	۱۷/۰۴

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین‌های پس‌آزمون (تاب‌آوری، رضایت زندگی، مقابله مسئله مدار) گروه آزمایش نسبت به خود و گروه گواه افزایش و میانگین‌های پس‌آزمون (مقابله هیجان مدار و مقابله اجتنابی) گروه آزمایش نسبت به خود و گروه گواه کاهش داشته است. در ادامه برای مشخص کردن تأثیر متغیر مستقل (آموزش گروهی مهارت حل مسئله) بر متغیرهای وابسته (تاب‌آوری، رضایت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای) از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

قبل از انجام هر تحلیلی، بررسی پیش‌فرض‌های آن اهمیت دارد؛ لذا قبل از انجام تحلیل کوواریانس، تساوی واریانس‌ها با آزمون لوین بررسی و تأیید شدند ($p > 0/05$) و نتایج آزمون شاپیرو به‌غیر از دو متغیر (مهارت مقابله‌ای مسئله مدار و اجتناب) پیش‌فرض نرمال بودن در مورد سایر متغیرها تأیید شد ($p > 0/05$)؛ لذا استفاده از تحلیل کوواریانس بلامانع بود.

در تحلیل‌های کوواریانس عضویت گروهی متغیر مستقل و پیش‌آزمون و سن و جنس و تحصیلات و سطح اقتصادی اجتماعی کنترل شدند.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر نمرات پس آزمون

متغیر مستقل	شاخص آماری	درجه آزادی	مجدورات	مجموع	مجدورات	میانگین	ضریب F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
تاب آوری	پیش آزمون	۱	۸۶۴/۰۸۹	۸۶۴/۰۸۹	۸۶۴/۰۸۹	۱۶۲/۶۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱	
	عضویت گروهی	۱	۸۹/۶۴۷	۸۹/۶۴۷	۸۹/۶۴۷	۱/۶۸۶	۰/۲۰۴	۰/۰۵۵	۰/۲۴	
رضایت زندگی	پیش آزمون	۱	۸۳۲/۶۵۱	۸۳۲/۶۵۱	۸۳۲/۶۵۱	۲۱۲/۵۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱	
	عضویت گروهی	۱	۵۲/۶۲۴	۵۲/۶۲۴	۵۲/۶۲۴	۱۳/۴۳۶	۰/۰۰۱	۰/۳۱۷	۰/۹۴۳	
مقابله مسئله مدار	پیش آزمون	۱	۴/۱۰۲	۴/۱۰۲	۴/۱۰۲	۳۱/۹۹۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵	۱	
	عضویت گروهی	۱	۱/۲۷۶	۱/۲۷۶	۱/۲۷۶	۹/۹۵۰	۰/۰۰۴	۰/۲۵۵	۰/۸۶۲	
مقابله هیجان مدار	پیش آزمون	۱	۴/۴۶۳	۴/۴۶۳	۴/۴۶۳	۹۴/۶۴۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶۵	۱	
	عضویت گروهی	۱	۱/۱۲۳	۱/۱۲۳	۱/۱۲۳	۲۳/۸۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۵۱	۰/۹۹۷	

مقابله	پیش‌آزمون	1	۵/۳۳۵	۵/۳۳۵	۵۳/۷۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵۰	-
اجتنابی	مجموعه	1	۱/۵۹۳	۱/۵۹۳	۱۶/۰۶۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵۷	۰/۹۷۲

در نتایج جدول ۴ با توجه به ارزش F محاسبه‌شده ($۱/۶۸۶$) و سطح معناداری ($۰/۲۰۴$) برای تاب‌آوری این اختلاف معنادار نیست. البته افزایش میانگین تاب‌آوری در گروه آزمایش بیش از گروه کنترل صورت گرفته است اما اختلاف حاصل از این تفاوت میانگین‌ها از لحاظ آماری معنادار نیست. در تحلیل نمرات میانگین پس‌آزمون رضایت از زندگی دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($p=۰/۰۰۱$). اندازه اثر مداخله درمانی $۰/۳۱$ است که نشان می‌دهد ۳۱% از واریانس‌های دو گروه ناشی از عضویت گروهی است. توان آماری $۰/۹۴۳$ است که حاکی از کفایت نمونه و دقت قابل قبول آزمون است؛ بنابراین نتیجه‌گیری می‌شود که نمرات رضایت از زندگی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است. در تحلیل نمرات میانگین پس‌آزمون مقابل مسئله مدار دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($p=۰/۰۰۴$). اندازه اثر مداخله درمانی $۰/۲۵$ است که نشان می‌دهد ۲۵% از واریانس‌های دو گروه ناشی از عضویت گروهی است. توان آماری $۰/۸۶۲$ است که حاکی از کفایت نمونه و دقت قابل قبول آزمون است؛ بنابراین نتیجه‌گیری می‌شود که نمرات راهبرد مقابل مسئله مدار گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است. در تحلیل نمرات میانگین مقابل هیجان مدار پس‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($p=۰/۰۰۱$). اندازه اثر مداخله درمانی $۰/۴۵$ است که نشان می‌دهد ۴۵% از واریانس‌های دو گروه ناشی از عضویت گروهی است. توان آماری $۰/۹۹۲$ است که حاکی از کفایت نمونه و دقت قابل قبول آزمون است؛ بنابراین نتیجه‌گیری می‌شود که نمرات راهبرد مقابل هیجان مدار گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است. در تحلیل نمرات

میانگین پس‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/001$). اندازه اثر مداخله درمانی نزدیک ۳۶٪ است که نشان می‌دهد ۳۶٪ از واریانس‌های دو گروه ناشی از عضویت گروهی است. توان آماری ۹۷۲٪ است که حاکی از کفایت نمونه و دقت قابل قبول آزمون است؛ بنابراین نتیجه‌گیری می‌شود که نمرات راهبرد مقابله اجتنابی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش گروهی حل مسئله بر تاب‌آوری، رضایت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای خانواده افراد مبتلابه سوء مصرف مواد انجام شده است. نتایج تجزیه و تحلیل آماری نشان داد آموزش گروهی حل مسئله بر تاب‌آوری شرکت‌کنندگان تاثیر معنی‌دار نداشته است. تحقیقات مشابه که نشان‌دهنده تأثیر آموزش مهارت حل مسئله گروهی بر تاب‌آوری باشد، یافت نشد. در این ارتباط می‌توان گفت، تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است و توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی - روانی، در شرایط خطرناک است که یکی از این شرایط پرخطر سوء مصرف مواد است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). در تبیین این یافته می‌توان گفت که مهارت حل مسئله یکی از مؤلفه‌های لازم اما نه کافی جهت افزایش تاب‌آوری هست و لذا نبود شرایط دیگر از جمله پذیرش، افزایش شادکامی و بهزیستی و تعداد محدود آزمودنی‌ها به‌نوبه‌ی خود می‌توانسته نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد. از طرف دیگر می‌توان این مسئله را مدنظر قرارداد که آموزش مهارت حل مسئله که نوعی مهارت شناختی و رفتاری است به‌تنهایی نمی‌تواند باعث افزایش نمره تاب‌آوری شود. بنابراین لزوم اجرای مداخله‌های دیگر در این امر مطرح هست.

همچنین با توجه به تحلیل کوواریانس صورت گرفته، نتایج نشان داد که تفاوت معناداری در نمرات رضایت از زندگی خانواده‌های افراد مبتلابه سوء مصرف مواد در دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد؛ به این معنا که آموزش گروهی حل مسئله باعث

افزایش سطح رضایت از زندگی خانواده‌های افراد مبتلا به سوءمصرف مواد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهش‌های انجام‌شده توسط جعفری (۱۳۸۲)، جهانگیری (۱۳۸۳)، حجازی (۱۳۸۴)، سیبزی، کوهن، فرسکو و بالانچ^۱ (۲۰۰۲)، وینسنت، ویس و گرای^۲ (۲۰۰۶)، جانسون و همکاران^۳ (۲۰۰۵) مطابقت دارد. در این ارتباط می‌توان گفت، همراه با شروع قرن جدید، جوامع با معضلات اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی بسیاری مواجه می‌باشند. نتایج تحقیقات حاکی از آن است که کفایت‌های عاطفی، توان تحمل‌تندگی و حل مشکلات روزانه را افزایش می‌دهد و این مهارت‌های شخصی می‌تواند فرد را در مقابله با فشارهای ناگهانی محیطی، موفق سازد (محرابیان، ۲۰۰۰). در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت از طریق آموزش مهارت حل مسئله، افراد یاد می‌گیرند که چگونه با به‌کارگیری مهارت حل خلاق مسائل مشکلات و تعارضات بین فردی خود را حل کنند. همچنین در حل تعارضات درون‌گروهی و خانوادگی موفق باشند و بدین ترتیب به شکل اثربخش‌تری بتوانند بر مشکلات زندگی خود فائق آمده و با یکدیگر رابطه بهتری برقرار کنند. همچنین فوننی که در مهارت حل خلاق مسئله آموخته می‌شوند فرد را قادر می‌کنند که در شناسایی و حل مشکلات روزمره زندگی به نحو موفقیت‌آمیزی عمل کند و فشارها و استرس‌های وارده از جانب آن‌ها را کم کند و در نتیجه سطح رضایتمندی خود را بالا ببرد.

در ادامه و بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده از تحلیل کواریانس، نتایج نشان داد آموزش گروهی حل مسئله برافزایش راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار و کاهش دو راهبرد دیگر (هیجان‌مدار و اجتنابی) تاثیر مثبت داشته است. یافته به دست آمده با نتایج پژوهش نتایج مطالعه‌ی هارتمن، بوناد، سرکل، دابویس و دراوت^۴ (۲۰۰۷)، دریر، الیوت، فلتچر

¹ Sayers, Kohen, Fresco & Ballanch

² Vincent, Wises & Gray

³ Jahnson et all

⁴ Hartmann, Bonnaud, Cercle, Dabouis & Dravet

و سوانسون^۱ (۲۰۰۵)؛ جافی و دزوریلا^۲ (۲۰۰۶)، تلچ و تلچ^۳ (۲۰۰۷) همخوان بود. در تبیین این یافته می توان گفت افرادی که در موقعیت های تنیدگی زا، از راهبرد مقابله ای مسئله مدارسود می جویند؛ در واقع فعالیت های منظم و دسته بندی شده را برای بازسازی دوباره مسئله از نظر شناختی (ذهنی) به کار می گیرند که در نتیجه آن به نوعی راهبرد و راهکار جهت حل مسئله خود دست می یابند. همین امر موجب کاهش فشار روانی و افزایش سلامت روان می گردد. یکی از جنبه های مهم در آموزش روش حل مسئله تغییر انتظارات و نگرش های افراد است که به افزایش مقابله های مسئله مدار و کاهش مقابله های هیجان مدار منجر می گردد. همچنین این مسئله به افزایش حس خودکارآمدی و اعتماد به توانایی های شخصی جهت مقابله مناسب با شرایط استرس زا منجر می شود. در پژوهش حاضر و طبق یافته های به دست آمده آزمودنی ها در ابتدا به هنگام برخورد با مشکلات بیشتر به صورت مستقیم و آنی (هیجانی) و بدون توجه به پیامد، عمل می کردند اما در اثر اجرای درمان، با مشکلات به صورت منطقی برخورد نمودند. قبل از مداخله از مشکلات فاصله می گرفتند، مثلاً طوری رفتار می کردند که هیچ اتفاقی رخ نداده و مشکلی در زندگی ندارند اما حین مداخله متوجه شدند که نباید از کنار مشکلات به وجود آمده به راحتی بگذرند بلکه باید مشکلات را بپذیرند و برای حل آن اقدام نمایند. قبل از مداخله بر رفتارهایشان چندان کنترل نداشتند، اما حین مداخله یاد گرفتند که دنبال خط مشی های روشن باشند و سعی کردند بخش های روشن مسائل را ببینند و بر احساساتشان کنترل داشته باشند و بیشتر بر حل مشکل تمرکز نمایند تا عوامل پیرامونی و هیجانی مسائل. لذا می توان گفت آموزش حل مساله راهکاری بسیار قوی و مطلوب جهت تغییر سبک های مقابله ای منفی به سبک های مقابله ای مثبت می باشد.

در مجموع می توان نتیجه گرفت که به طور معنادار نمره رضایت زندگی و راهبرد مقابله ای مسئله مدار افزایش و نمره مقابله هیجان مدار و اجتنابی که از راهبردهای

¹ Dreer, Elliot, Fletcher & Swanson

² Jaffee & Dzurila

³ Telch

غیرمنطقی است کاهش یافته است. افزایش نمره تاب‌آوری نیز رخ داده است که از نظر آماری معنادار نیست؛ بنابراین آموزش گروهی حل مسئله می‌تواند در بهبود رضایتمندی از زندگی و برخورد منطقی با استرس‌ها و فراگیری حل مسائل و مشکلات اعضاء خانواده افراد وابسته به مواد سودمند باشد.

در انجام پژوهش حاضر محدودیت‌هایی شامل نمونه‌گیری محدود به یک مرکز و همچنین محدود به یک شهر و همچنین یکسان نبودن جنسیت آزمودنی‌ها، احتیاط در تعمیم دادن نتایج با توجه به حجم کم نمونه وجود داشت. همچنین با توجه به حساسیت افراد نسبت به اعتیاد، ممکن است برخی شرکت کنندگان دچار خود سانسوری شده و پاسخ صحیحی به سوالات پرسشنامه‌ها نداده باشند که این مساله می‌تواند نتایج حاصل از داده‌ها را منحرف کند با توجه به نتایج به دست آمده، پیشنهاد می‌گردد، پژوهشگران علاقمند در این حیطه، در پژوهش‌های آتی، جامعه آماری را از شهرهای مختلف و غیر از اصفهان انتخاب نمایند و تعداد نمونه‌ها افزایش یابد. همچنین، اثربخشی سایر مهارت‌های در تاب‌آوری، رضایت از زندگی و سبک‌های مقابله‌ای اعضای خانواده افراد معنادار نیز بررسی و با یافته‌های این پژوهش مقایسه گردد.

تقدیر و تشکر

در پایان نویسنده مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی استان اصفهان و مسئول مرکز ترک اعتیاد بهاران آقای دکتر امیر علائی به عمل می‌آورد.

منابع

- اشرفی، سحر و حدادی، معصومه. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت خودآگاهی بر انگیزش پیشرفت تحصیلی و پرخاشگری دانش‌آموزان، توسعه آموزش جندی شاپور، ۵، ۲۵-۲۰.
- بشارت، محمد علی و حبیب‌نژاد، محمد. (۱۳۸۴). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خشم چند بعدی، مجله روانشناسی معاصر، ۲۲، ۳.

بیانی، علی اصغر؛ کوچکی عاشورپ، محمد و گودرزی، حسین. (۱۳۸۶). اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی. *فصلنامه روانشناسان ایرانی*. ۱۱۳، ۲۵۹-۲۶۵.

تقریبی، زهرا؛ شریفی، خدیجه؛ سوکی، زهرا؛ تقریبی، لیلا. (۱۳۹۱). *روانسنجی فرم کوتاه پرسشنامه رضایت از زندگی در دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی کاشان*، ۶، ۱.

۸۹-۹۸

جعفری، الهام. (۱۳۸۲). تأثیر آموزش مهارت حل مسئله به روش مشاوره گروهی بر کاهش اضطراب دانشجویان. *پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره*، دانشگاه علامه طباطبایی.

جهانگیری، پانته آ. (۱۳۸۳). بررسی میزان اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله به شیوه گروهی بر افزایش عزت نفس و سلامت روان نوجوانان تحت پوشش مراکز شیانه روزی بهزیستی تهران. *پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره*، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.

حجازی، سارا. (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی آموزش گروهی حل مسئله بر میزان سازگاری اجتماع بیماران زن مبتلا به اختلال دوقطبی. *پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی*، دانشگاه اصفهان.

حسینی المدنی، سید علی. (۱۳۹۱). تاب آوری، سبکهای هویتی و صفات شخصیتی در افراد معتاد(مصرف کنندگان مواد محرک، مصرف کنندگان مواد افیونی، افراد بهبودیافته) و افراد غیر معتاد. *رساله دکتری روانشناسی*. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.

سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). تاب آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*. ۱۳، ۳(۵۰)، ۲۹۵-۲۹۰.

شکری، امید؛ کدیور، پروین؛ زین آبادی، حسن رضا؛ غنایی، زیبا؛ نقش، زهرا؛ طرخان، رضا. علی. (۱۳۸۸). روابط بین روان رنجورخویی، سبکهای مقابله، تنشگرهای تحصیلی، واکنش ها به تنشگرهای تحصیلی و بهزیستی روانی دانشجویان. *مجله روانشناس*.

۱، ۱۳، ۵۳-۳۶.

کشاورز، امیر؛ مهرابی، حسینعلی. (۱۳۸۸). پیش‌بینی‌کننده‌های روانشناختی رضایت از زندگی. *روانشناسی تحولی*، ۶، ۲۲، ۱۵۹-۱۶۸.

لطیفی، زهره؛ امیری، شعله، ملک‌پور، مختار و مولوی، حسین. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش حل مسئله شناختی اجتماعی بر بهبود روابط بین فردی تغییر رفتارهای اجتماعی و ادراک خودکارآمدی دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری. *تازه‌های علوم شناختی*. ۱۱، ۳؛ ۴۳، ۸۴-۷۰.

غضنفری، فیروزه؛ قدم‌پور، عزت‌الله؛ (۱۳۸۷) بررسی رابطه راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روانی در ساکنین شهر خرم‌آباد، *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، سال ۱۰، ۳۷، ۲۵-۱۰.

غفاری، فاطمه و رفیعی، حسن. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش خانواده با استفاده از تئوری سیستمی بوئن بر تمایز یافتگی و کارکرد خانواده‌های دارای فرزند معتاد. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*. ۶، ۲۳۹-۲۲۷.

غریبی حسن، و بهاریزر، کیفسان. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله بر خودتنظیمی تحصیلی و اضطراب ریاضی دانش‌آموزان. *نشریه علمی-پژوهشی آموزش و ارزشیابی*. ۸، ۳۲، ۶۱-۷۸.

مامی، شهرام؛ احدی، حسن؛ نادری، فرح و عنایتی میرصلاح‌الدین. (۱۳۹۱). رابطه تاب‌آوری با گرایش به اعتیاد از طریق نقش میانجی سلامت روانشناختی در دانش‌آموزان دختر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*. ۲۱، ۱۶، ۲۴۸-۲۵۶.

محسنی، منوچهر؛ صالحی، پرویز. (۱۳۸۲). *رضایت اجتماعی در ایران*، تهران: انتشارات آرون.

محمدی، ابوالفضل؛ آقاجانی، میترا و زهتاب، غلامحسین. (۱۳۹۰). ارتباط اعتیاد، تاب‌آوری و مولفه‌های هیجانی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*. ۱۷، ۲(۶۵)، ۱۴۲-۱۳۶.

محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض سوء مصرف مواد مخدر. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۱، ۳، ۲.

محمدی منوچهر، شفاقی‌فرهاد، و زارع، حسین. (۱۳۸۷). نقش آموزش مهارت‌های زندگی بر دانش و نگرش نسبت به مواد مخدر و عزت‌نفس دانش‌آموزان. *بیک‌نور*؛ ۸ (۱): ۸۳-۶۶.

مسعودی، علی؛ اخوان بهبهانی، احمد؛ نصرتی نژاد، فاطمه و موسوی خطاط، محمد. (۱۳۹۱). بررسی افسردگی در دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد. *مجله مطالعات ناتوانی خاورمیانه*. ۱(۱). ۶-۴۲.

مولایی یساولی، هادی و عبدی، منصور. (۱۳۹۴). مقایسه تا باوری و راهبردهای مقابله با فشار روانی در افراد وابسته به مواد و عادی. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*. ۴، ۱، ۲۹-۲۴.

مومنی، خدامراد؛ مولایی پاره، علی و محبی، زینب. (۱۳۹۲). رابطه سبک های دلبستگی و تاب آوری با استعداد اعتیاد دانشجویان. *فصلنامه علمی تخصصی دانش انتظامی کرمانشاه*. ۱۲، ۴، ۱۱-۲۰.

میرخان، ایرج. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین نگرش مذهبی، شادکامی و هوش هیجانی با رضایت از زندگی معلمان زن شهرستان ارومیه. *پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه گیلان*.

هرسن، مایکل و بلاک آلن اس. (۱۳۸۴). *فرهنگ شیوه‌های رفتاردرمانی*. ترجمه فرهاد ماهر و سیروس ایزدی. تهران: انتشارات رشد.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition (DSM-5)*. (2013), ISBN-13:9780890425558. 311-359

Argyle, M. (2001). *The Psychology of Happiness*. (Rev. ed), East Sussex, Great Britain: Routledge.

Arevalo, S., Prado, G., & Amaro, H. (2008). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and Program Planning*, 31(1), 113-123.

Ball, SA. (2005). Personality traits, problems, and disorders: Clinical applications to substance use disorders. *Journal of Research in Personality*, 39(1), 84-102.

Bennett, J., Aden, CA., Broome, K., Mitchell, K., & Rigdon, WD. (2010). Team resilience for young restaurant workers: research-to-practice adaptation and assessment. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15, 223-236.

Connor, KM & Davidson, JR. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18(1), 76-82.

- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R & Griffin, S. (1985). *The satisfaction with life scale*. *Journal of Personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Dreer, LE., Elliott, RF., Donald C., Swanson, M., (2005). Social Problem Solving Abilities and Psychological Adjustment of Persons in Low Vision Rehabilitations, *Rehabilitation Psychology*, 50(3), 232-238.
- Endler, NS., & Parker, JD. (1990). Multidimensional assessment of coping: A Critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Gellis, ZD., Kenaley, B. (2008) Problem-solving therapy for depression in adults: a systematic review. *Research on Social Work Practice*; 18(2):117-31.
- Goldstein, AL., Faulkner, B., & Wekerle, C. (2013). The relationship among internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare. *Child Abuse & Neglect*, 37(1), 22–32.
- Hartmann, A., Bonnaud-Antignac, A., Cercle, A., Dabouis, G & Dravet, F., (2007). Coping and Changing with Cancer: Patients and Close Partners Point of View, *Journal of Clinical Psychology*, 13, 169-183.
- Jaffee, WB. & D'Zurilla, T., (2006). Adolescent Problem Solving, Parent Problem Solving and Externalizing Behavior in Adolescents, *Behavior Therapy*, 34, 295-311.
- Jahnson, MD., Cohan, LC., Davial, J., Lawrence, E., Rogge, RD., Karney, BR., Sullivan, K. T., & Bradbury, TN. (2005). Problem-solving skills and affective expression as predictors of change in marital satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 15-27.
- LeMoal, M., Koob, GF., 2007. Drug addiction: Pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *Europe Neuropsychology Journal*; 17, 17(6-7), 377-393.
- Mehrabian, A. (2000). Beyond IQ: Broad based measurement of individual success potential or emotional intelligence. *Genetic, Social & General Psychology Monographs*, 126(2), 102-133.
- Parker, JD., Taylor, RN., Easterbrook, JM., Schell, SL. (2008). Wood LM. Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and Individual Difference Journal*; 45, 174-180.
- Sayers, SL., Kohen, CN., Fresco, BM., & Ballanch, AE. (2002). Effect of solving skills training in marital conflict and depression. *Journal of Addictions and Offender Course ing*, 22(2), 88-91.
- Telch, CF. & Telch, MJ. (2007). Group Coping Skills Instruction and Supportive Group Therapy for Cancer Patients: A Comparison of Strategies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 802-808.

Vincent, JP., Wises, RL., & Gray, R. (2006). A behavioral analysis of problem solving in distressed and nondistressed marriage and stranger dyads. *Behavior Therapy*, 6(4), 475-487.



شپوهنگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



شپوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی