

## تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر سازگاری اجتماعی، تاب آوری و سلامت عمومی خانواده های معتمدان شهر تهران

فرزانه جوادی \*

دکتر داوود حسین زاده \*\*

### چکیده

هدف از این پژوهش، تعیین تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر سازگاری اجتماعی، تاب آوری<sup>۱</sup> و سلامت عمومی در خانواده های معتمدان شهر تهران بود. در این مطالعه تجربی، ۱۰۰ نفر از خانواده بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی و باز توانی اعتیاد تحت نظارت اداره بهزیستی شهر تهران به روش نمونه گیری در دسترس، انتخاب شدند و سپس به پرسشنامه های تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، سلامت عمومی گلدبرگ و ویلیامز (۱۹۸۹) و سازگاری اجتماعی پی کل و ویسمن (۱۹۹۹)، پاسخ دادند. پس از اجرای پرسشنامه ها، آزمودنی ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. آزمودنی های گروه آزمایش، به مدت ۱۰ جلسه تحت آموزش مهارت های زندگی قرار گرفتند، در حالی که افراد گروه کنترل، در لیست انتظار ماندند. پس از پایان آموزش، میزان سازگاری اجتماعی، تاب آوری و سلامت عمومی هر دو گروه، دوباره مورد ارزیابی قرار گرفت. یافته ها، با روش تحلیل کوواریانس چند متغیره (Mancova) تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که آموزش مهارت های زندگی، تنها بر سه مؤلفه سلامت عمومی (اضطراب و بیخوابی، ناکنش وری اجتماعی و افسردگی) تأثیر گذار بود. به طوری که تقریباً ۳۳/۶ درصد از واریانس "ناکنش وری اجتماعی"، ۲۰/۶ درصد از تغییرات "اضطراب و بیخوابی" و ۲۱/۴ درصد از واریانس "افسردگی" آزمودنی ها از طریق انتساب به گروه ها قابل تبیین بود. در حالی که، آموزش های مذکور، بر مؤلفه نشانه های جسمی مؤثر نبود. همچنین، آموزش مهارت های زندگی موجب بهبودی همه ابعاد سازگاری اجتماعی (حوزه کاری، فعالیت های اجتماعی، اوقات فراغت، روابط با خانواده گسترده، نقش های همسری، نقش های والدی و عضو واحد خانواده) شد، به نحوی که بالاترین تأثیر، مربوط به مؤلفه روابط با خانواده گسترده بود. علاوه بر این، نتایج نشان داد که، آموزش مهارت های زندگی می تواند به میزان ۱۵/۶ درصد بر افزایش تاب آوری خانواده های معتمدان مؤثر باشد. با توجه به یافته ها می توان اظهار داشت؛ آموزش مهارت های زندگی بر سلامت عمومی، سازگاری اجتماعی و تاب آوری در گروه هدف تأثیر گذار بوده و بدین ترتیب می توان از آن به عنوان یک روش اثربخش استفاده نمود.

واژگان کلیدی: مهارت های زندگی، تاب آوری، سلامت عمومی، سازگاری اجتماعی

### مقدمه

سوء مصرف دارو<sup>۲</sup> و وابستگی به مواد<sup>۳</sup>، از مشکلات بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی مهم در بسیاری از کشورها است (جهرمی، مگری و اختیاری، ۲۰۰۹). جهان در سه دهه اخیر با آمارهای تکان دهنده در خصوص شیوع سوء مصرف مواد در سطح جامعه و به ویژه در بین جوانان و نوجوانان مواجه شده است (دایمی، سهرابی و مقیمی بارفروش، ۲۰۰۹). معاون کاهش تقاضا و توسعه مشارکت های مردمی ستاد مبارزه با مواد مخدر، در مصاحبه ای اعلام داشت که بر اساس گزارش سال ۲۰۱۲ سازمان ملل متحد، تعداد معتمدان در جهان، بین ۲۱۰ تا ۳۰۰ میلیون نفر اعلام شده است (خبرگزاری ایسنا، ۱۳۹۲). از آثار مخرب سوء مصرف مواد می توان به پر خاشگرگی و حالات عصبی فرد، عدم رضایت از روابط زناشویی (هومیش، لئونارد و کرنیلیوس، ۲۰۰۸)، کاهش میزان سلامت عمومی<sup>۴</sup>، اضطراب<sup>۵</sup> و افسردگی<sup>۶</sup> نام برد (درواهی، ۱۳۸۹). همچنین، فرزندان و خانواده افراد معتمد<sup>۷</sup>، از انواع تنش ها و استرس ها رنج برده و در مواجهه با تنش های زندگی و استفاده از راهبردهای مقابله ای<sup>۸</sup>، دچار مشکلاتی هستند که می تواند بر روی سلامت عمومی و کیفیت زندگی آنها تأثیر بگذارد. پژوهش ها نشان می دهند؛ اختلالات مزمن مانند ایدز و سوء مصرف مواد به تنهایی یا با هم، منجر به اختلال در زندگی مبتلایان و خانواده های آنان شده و با کاهش سلامت عمومی، سلامت روانی و جسمانی آنها را تهدید می کند (پریو و اسپیر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷؛ بیزارلی و همکاران، ۱۳۸۲؛ شاو و اجهاگن<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۳؛ نقل از عفتی دیوشلی و همکاران، ۱۳۹۱).

یکی از راه های مقابله با عوارض منفی اعتیاد در خانواده ها، آموزش مهارت های زندگی است. اصطلاح مهارت های زندگی، به گروه بزرگی از مهارت های روانی اجتماعی و میان فردی گفته می شود که به افراد کمک می کند تا تصمیمات خود را آگاهانه اتخاذ کنند، ارتباط مؤثر برقرار نمایند، مهارت های مقابله ای و مدیریت شخصی خود را گسترش داده و زندگی سالم و باروری داشته باشند (یونیسف، ۲۰۰۳).

در حالت خاص، مهارت های زندگی؛ گروهی از مهارت های روانی و مهارت های بین فردی هستند که افراد را در تصمیم گیری آگاهانه، حل مسائل، تفکر انتقادی، تفکر خلاق، ارتباط مؤثر، ایجاد روابط سالم و همدردی با دیگران و مدیریت و کنار آمدن با زندگی خود با یک شیوه سالم و مولد، کمک می کنند. مهارت های زندگی ممکن است در باره فعالیت های شخصی و یا فعالیت های مربوط به دیگران باشد، همچنین،

1. resilience  
2. substance abuse  
3. substance dependence  
4. general health  
5. anxiety  
6. depressive  
7. addict  
8. coping style  
9. Speyer  
10. Oyjhagein

\* کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، معاون پیشگیری اداره بهزیستی شهرستان تهران.  
\*\* استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساوه، گروه روانشناسی.

جدول ۱: برنامه آموزشی مهارت‌های زندگی

شماره جلسه	سرفصل آموزشی	شرح مختصر هر جلسه
۱	مهارت تصمیم‌گیری	آموزش مهارت تصمیم‌گیری و اهمیت آن با روش بحث و تبادل نظر گروهی و ارائه مثال‌های عینی
۲	مهارت حل مسئله	آموزش تعریف دقیق مشکلی که فرد با آن رو به رو است، شناسایی و بررسی راه حل‌های موجود و برگزیدن و اجرای راه‌حل مناسب و ارزیابی فرایند حل مسئله با بحث گروهی و مثال‌های عینی و تمرین
۳	مهارت تفکر خلاق	توضیح توانایی تفکر خلاق به عنوان یک مهارت سازنده و پایه برای نیل به سایر مهارت‌های مرتبط با سبک اندیشیدن، با روش بحث گروهی و ارائه مثال‌های عینی
۴	مهارت تفکر نقاد	آموزش تحلیل عینی اطلاعات موجود با توجه به تجارب شخصی و شناسایی آثار نفوذی ارزش‌های اجتماعی، همسالان و رسانه‌های گروهی بر رفتار فردی، با ارائه مثال‌های برگرفته از تجارب گروه
۵	مهارت توانایی برقراری ارتباط مؤثر	آموزش ابراز احساسات، نیازها و نقطه نظرهای فردی به صورت کلامی و غیرکلامی با مثال‌های عینی متناسب با تجارب افراد گروه
۶	مهارت ایجاد حفظ روابط بین فردی	آموزش تعامل مثبت با افراد، به ویژه اعضای خانواده، در زندگی روزمره
۷	خودآگاهی	آموزش شناخت نقاط ضعف و قوت خود با تمرین‌ها و مثال‌های ملموس
۸	مهارت همدلی کردن	آموزش درک احساس دیگران، پذیرش تفاوت‌های فردی و بهبود روابط خود با دیگران
۹	مهارت کنترل هیجان	آموزش نحوه اداره هیجان‌های شدید و مشکل‌آفرین نظیر خشم
۱۰	مهارت مقابله با استرس	آموزش مقابله با فشارها و تنش‌ها با ارائه مثال‌های عینی و کار عملی گروهی

## ابزار گردآوری داده‌ها

پرسشنامه اطلاعات شخصی (دموگرافیک):

این پرسشنامه حاوی اطلاعات فردی شرکت‌کنندگان است.

پرسشنامه سلامت عمومی:

این پرسشنامه دارای ۲۸ سؤال چهار گزینه‌ای و ۴ زیر مقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بیخوابی، ناکنش‌وری اجتماعی و افسردگی است. بشارت (۱۳۸۸)، روایی آن را از دو روش روایی همزمان و همبستگی خرده مقیاس‌های این آزمون با نمره کل به دست آورد. ضریب همبستگی حاصله، بین خرده مقیاس‌های آزمون با نمره کل، بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بوده است (بشارت، ۱۳۸۸). پایایی پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف، ۸۱ درصد گزارش شده است (سید احمدی، کیوانلو، کوشان و محمدی رئوف، ۱۳۸۹). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز توسط آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برابر با ۷۴ درصد به دست آمد.

پرسشنامه سازگاری اجتماعی:

در این پژوهش از پرسشنامه سازگاری فردی - اجتماعی پی‌کل و ویسمن (۱۹۹۹)، استفاده شد. پرسشنامه مذکور، مقیاسی پنج گزینه‌ای است که ۵۴ گویه دارد. ۵ زیر مقیاس آن عبارتند از: ۱- حوزه کاری، ۲- فعالیت‌های اجتماعی، اوقات فراغت، ۳- روابط خانواده گسترده، ۴- نقش‌های همسری

ممکن است از آنها به منظور تغییر محیط به محیطی سالم استفاده شود (یونیسف، ۲۰۰۳). سلامت روانی؛ مفهومی است که چگونگی تفکر، احساس و عملکرد ما را در مواجهه با موقعیت‌های زندگی نشان می‌دهد و به درک ما از خود و زندگی‌مان بستگی دارد. هم‌چنین، بسته به میزان برخورداری از سلامت روانی، عملکرد ما در کنترل استرس، برقراری ارتباط با دیگران، ارزیابی‌ها و انتخاب‌هایمان متفاوت است (احمدوند، ۱۳۸۲).

به نظر می‌رسد؛ بهبود در سلامت روان می‌تواند، پیش‌بین مؤثری در سازگاری فردی و اجتماعی و تاب‌آوری افراد در جامعه باشد. هم‌چنین، سازگاری فردی و اجتماعی، به عنوان چالش برانگیزترین مشخصه‌های سلامت روان، از مباحث عمده‌ای است که روانشناسان و جامعه‌شناسان در دهه‌های اخیر توجه خاصی به آن، مبذول داشته‌اند (اتکینسون و همکاران، ترجمه: براهنی و همکاران، ۱۳۸۵).

نتایج پژوهش‌های انجام شده در زمینه رفتار سازمانی مثبت‌گرا حاکی از آن است که ظرفیت‌های روانشناختی از قبیل: امیدواری، تاب‌آوری خوشبینی و خودکارآمدی<sup>۱</sup>، در کنار هم، عاملی را با عنوان سرمایه روانشناختی<sup>۲</sup> تشکیل می‌دهند. به عبارت دیگر، برخی متغیرهای روانشناختی مثل امیدواری، تاب‌آوری، خوشبینی و خودکارآمدی در مجموع، یک منبع یا عامل نهفته جدیدی را تشکیل می‌دهند که در هر یک از این متغیرها نمایان است (آوی و همکاران، ۲۰۰۶). بدین ترتیب، تاب‌آوری پدیده‌ای است که از پاسخ‌های انطباقی طبیعی انسان حاصل می‌شود و علیرغم رویارویی فرد با تهدیدهای جدی، وی را در دستیابی به موفقیت و غلبه بر تهدیدها توانمند می‌سازد. تاب‌آوری؛ صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست بلکه فرد تاب‌آور، مشارکت‌کننده فعال و سازنده محیط پیرامونی خود است. تاب‌آوری، قابلیت فرد در برابر برقراری تعادل زیستی- روانی- معنوی در مقابل شرایط مخاطره‌آمیز است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳).

ممکن است، خانواده فرد مبتلا به سوء مصرف دارو و وابستگی به مواد، دچار تغییراتی در سازگاری اجتماعی، تاب‌آوری و سلامت عمومی شود. بنابراین، سؤال پژوهش حاضر این است که آیا آموزش مهارت‌های زندگی بر خانواده‌های دارای افراد دچار اعتیاد (سوء مصرف و یا وابستگی به مواد)، بر سازگاری اجتماعی، تاب‌آوری و سلامت عمومی آنها تأثیر دارد؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر، آزمایشی است. جامعه آماری این پژوهش را خانواده‌های کلیه بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد تحت نظارت سازمان بهزیستی در شهر تهران تشکیل می‌دهند. روش نمونه‌گیری در دسترس بوده و نمونه مورد پژوهش از جامعه خانواده‌های بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز بهبودی اقامتی میان مدت شهر تهران انتخاب شدند. حجم نمونه ۱۰۰ نفر بود که در دو گروه آزمایش (۵۰ نفر) و کنترل (۵۰ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، مهارت‌های زندگی را به شرح ذیل دریافت نمودند.

1. self - efficacy  
2. psychological capital

و ۵- نقش های والدی. پرسشنامه دارای روایی محتوایی و همزمان ۰/۸۷ است (بی کل و ویسمن، ۱۹۹۹؛ نقل از علوی قیصری، ۱۳۹۳). در این پژوهش، همسانی درونی پرسشنامه توسط آلفای کرونباخ برابر با ۷۹ درصد محاسبه گردید.

#### پرسشنامه تاب آوری:

این مقیاس دارای ۲۵ سؤال ۵ گزینه ای است. حسینی و حسینی چاری (۱۳۹۲)، در پژوهش خود، پایایی مقیاس تاب آوری خانواده را با دو شاخص پایایی سنجی، ضریب آلفای کرونباخ و ضریب تنصیف تأیید کرده اند. در نتیجه، بر اساس شواهد پژوهش حاضر، مقیاس تاب آوری ابزاری مناسب و دارای شواهد روانسنجی مطلوب برای سنجش تاب آوری خانواده در جامعه ایرانی، محسوب می شود. در پژوهش حاضر نیز، اعتبار پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۷۸ درصد برآورد گردید.

#### یافته ها

##### اطلاعات جمعیت شناختی

بر اساس داده های به دست آمده، در متغیر تحصیلات؛ ۲۴ درصد خانواده ها بالاتر از دیپلم، ۴۸ درصد دیپلم و ۲۸ درصد زیر دیپلم بودند.

در متغیر سن؛ گستره سنی خانواده های شرکت کننده بین ۱۹ تا ۶۹ سال قرار داشت. میانگین سنی برابر با ۴۳/۵ برآورد گردید.

**فرضیه اول:** آموزش مهارت های زندگی بر ابعاد سلامت عمومی (نشانه های جسمی، اضطراب و بیخوابی، ناکنش وری اجتماعی و افسردگی) خانواده های افراد سوء مصرف کننده مواد تأثیر دارد.

فرضیه اول با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره (Mancova) مورد آزمون قرار گرفت.

##### همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس

اساسی ترین مفروضه Mancova همگنی ماتریس کوواریانس است که از طریق آزمون M باکس بررسی می شود. این آزمون نشان داد که، مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس برقرار است:

$$(P = 0/52, df2 = 45915/5, df1 = 10, F = 0/92, Box s M = 9/6)$$

##### همگنی واریانس های خطا

به منظور بررسی همگنی واریانس های خطا، از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر نشان داده شده است:

جدول ۲: خلاصه آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس خطاها در سلامت عمومی

متغیرها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
نشانه های جسمی	۰/۱۳	۱	۹۸	۰/۷۲
اضطراب و بیخوابی	۰/۰۰۹	۱	۹۸	۰/۹۲
ناکنش وری اجتماعی	۰/۴۰	۱	۹۸	۰/۵۳
افسردگی	۲/۸	۱	۹۸	۰/۱

جدول ۳: خلاصه آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر سلامت عمومی

اثرات	لامبادای ویلکز	F	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	حجم اثر	توان آزمون
گروه	۰/۵۰	۲۳/۲	۴	۹۱	۰/۰۱	۰/۵۰۵	۱

همان گونه که اطلاعات جدول شماره ۳ نشان می دهد؛ با کنترل اثر پیش آزمون، شاخص لامبادای ویلکز در سطح ۰/۰۱ معنادار است (۰/۵۰ = Wilks Lambda, F = ۲۳/۲, P = ۰/۰۱,  $\eta^2 = ۰/۵۰۵$ ). به عبارت دیگر، می توان ادعا نمود که حداقل در یکی از مؤلفه های مربوط به "سلامت عمومی"، تفاوت معناداری بین گروه ها وجود دارد، بنابراین، به منظور آگاهی از این که تفاوت بین گروه ها مربوط به کدام یک از مؤلفه ها است، از تحلیل تک متغیری با تصحیح خطای نوع اول به شیوه بونفرونی استفاده گردید. در این شیوه، برای کنترل خطای نوع اول، سطح معناداری آزمون فرضیه ها، برابر با ۰/۰۱۲۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۴: تحلیل کوواریانس یک راهه بین آزمودنی جهت بررسی تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر مؤلفه های سلامت عمومی

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	نشانه های جسمی	۱/۵	۱	۱/۵	۰/۱۸۸	۰/۳۵	۰/۰۰۹
	اضطراب و بیخوابی	۱۲۵/۲	۱	۱۲۵/۲	۲۵/۶	۰/۰۱	۰/۲۱۴
	ناکنش وری اجتماعی	۲۴۱/۴	۱	۲۴۱/۴	۴۷/۶	۰/۰۱	۰/۳۳۶
	افسردگی	۶۰/۱	۱	۶۰/۱	۲۴/۴	۰/۰۱	۰/۲۰۶
خطا	نشانه های جسمی	۱۶۱/۸	۹۴	۱/۷			
	اضطراب و بیخوابی	۴۵۹/۶	۹۴	۴/۹			
	ناکنش وری اجتماعی	۴۷۶/۹	۹۴	۵/۰۷			
	افسردگی	۲۳۱/۳	۹۴	۲/۵			
کل	نشانه های جسمی	۴۱۶۳	۱۰۰				
	اضطراب و بیخوابی	۵۴۱۰	۱۰۰				
	ناکنش وری اجتماعی	۵۱۱۳	۱۰۰				
	افسردگی	۱۹۵۸	۱۰۰				

بر اساس مندرجات جدول شماره ۴؛ با احتساب آلفای تعیین شده بونفرونی (۰/۰۱۲۵) در مؤلفه های "اضطراب و بیخوابی"، "ناکنش وری اجتماعی"

نتیجه حاصله بدین معنی است که دست کم در ترکیب یکی از میانگین‌ها، تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد. از این رو، به منظور اطلاع از این که پراش در کدام یک از متغیرهای وابسته، منجر به معناداری لامبادای ویلکز شده است، از تحلیل تک متغیری با تصحیح خطای نوع اول به شیوه بونفرونی، استفاده گردید.

جدول ۷: تحلیل کوواریانس یک راهه بین آزمودنی جهت بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر مؤلفه‌های سازگاری اجتماعی

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	حوزه کاری	۶۲۳/۷	۱	۶۲۳/۷	۶۶/۸	۰/۰۰۱	۰/۴۲۱
	فعالیت‌های اجتماعی اوقات فراغت	۷۳۳/۵	۱	۷۳۳/۵	۵۵/۷	۰/۰۰۱	۰/۳۷۷
	روابط با خانواده گسترده	۶۰۹/۰۳	۱	۶۰۹/۰۳	۷۷/۲	۰/۰۰۱	۰/۴۵۶
	نقش‌های همسری	۳۸۴/۸	۱	۳۸۴/۸	۴۳/۸	۰/۰۰۱	۰/۳۲۳
	نقش‌های والدی	۲۴۵/۶	۱	۲۴۵/۶	۳۵/۲	۰/۰۰۱	۰/۲۷۷
	عضو واحد خانواده	۳۳۱/۳	۱	۳۳۱/۳	۴۶/۳	۰/۰۰۱	۰/۳۳۵
خطا	حوزه کاری	۸۵۹	۹۲	۹/۳			
	فعالیت‌های اجتماعی اوقات فراغت	۱۲۱۱	۹۲	۱۳/۲			
	روابط با خانواده گسترده	۷۲۵/۸	۹۲	۷/۹			
	نقش‌های همسری	۸۰۷/۶	۹۲	۸/۸			
	نقش‌های والدی	۶۴۱/۹	۹۲	۷			
	عضو واحد خانواده	۶۵۸/۴	۹۲	۷/۲			
کل	حوزه کاری	۳۱۴۵۶۴	۱۰۰				
	فعالیت‌های اجتماعی اوقات فراغت	۱۵۶۲۹۳	۱۰۰				
	روابط با خانواده گسترده	۹۳۳۵۱	۱۰۰				
	نقش‌های همسری	۱۱۶۳۱۱	۱۰۰				
	نقش‌های والدی	۲۲۵۱۵	۱۰۰				
عضو واحد خانواده	۲۴۵۶۶	۱۰۰					

نتایج جدول شماره ۷ حاکی از آن است که حتی با احتساب آلفای تعیین شده بونفرونی (۰/۰۰۸) در هر شش مؤلفه، تفاوت معناداری بین گروه‌ها

و " افسردگی"، تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد، بنابراین، می‌توان ادعا کرد که آموزش مهارت‌های زندگی بر " اضطراب و بیخوابی"، " ناکنش‌وری اجتماعی" و " افسردگی" خانواده‌های معتادان شهر تهران مؤثر است، درحالی که از نظر " نشانه‌های جسمی"، تفاوتی بین گروه‌ها وجود نداشت.

اندازه اثر نیز حاکی از آن است که تقریباً ۳۳/۶ درصد از واریانس " ناکنش‌وری اجتماعی" و ۲۱/۴ درصد از واریانس " افسردگی" آزمودنی‌ها، از طریق انتساب به گروه‌ها قابل تبیین است. این رقم در خصوص مؤلفه " اضطراب و بیخوابی" به ۲۰/۶ درصد می‌رسد.

فرضیه دوم: آموزش مهارت‌های زندگی بر ابعاد سازگاری اجتماعی (حوزه کاری، فعالیت‌های اجتماعی، اوقات فراغت، روابط با خانواده گسترده، نقش‌های همسری، نقش‌های والدی و عضو واحد خانواده) افراد سوءمصرف کننده مواد تأثیر دارد. برای آزمون فرضیه دوم نیز، از تحلیل کوواریانس چند متغیره (Mancova) استفاده شد. بررسی مفروضه‌های استفاده از این آزمون:

### همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس

آزمون M باکس نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس برقرار است (Box's M=۷/۳, F=۰/۳۲, df=۲۱, F=۰/۳۲, df=۳۵۳۲۳/۵, P=۰/۹۹۰)

### همگنی واریانس‌های خطا

جدول ۵: خلاصه آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس خطاها در مؤلفه‌های سازگاری اجتماعی

مقیاس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
حوزه کاری	۰/۰۰۸	۱	۹۸	۰/۹۳
فعالیت‌های اجتماعی اوقات فراغت	۳/۴	۱	۹۸	۰/۰۷
روابط با خانواده گسترده	۰/۲۲	۱	۹۸	۰/۶۴
نقش‌های همسری	۲/۱	۱	۹۸	۰/۱۵
نقش‌های والدی	۳/۶	۱	۹۸	۰/۰۶
عضو واحد خانواده	۳/۷	۱	۹۸	۰/۰۶

طبق جدول شماره ۵؛ آزمون لوین، همگنی واریانس خطاها در هر شش مؤلفه سازگاری اجتماعی را مورد تأیید قرار داد.

جدول ۶: خلاصه آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سازگاری اجتماعی

اثرات	لامبادای ویلکز	F	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	حجم اثر	توان آزمون
گروه	۰/۲۰	۵۸/۴	۶	۸۷	۰/۰۱	۰/۸۰۱	۱

بر اساس اطلاعات جدول شماره ۶؛ شاخص لامبادای ویلکز در سطح ۰/۰۱ معنادار است (Wilks Lambda = ۰/۲۰, F= ۵۸/۴, P= ۰/۰۱,  $\eta^2 = ۰/۸۰۱$ ).

را ارتقاء می‌بخشد؛ همسو است. البته نتایج این پژوهش، حاصل فرض مستقیم اثر آموزش مهارت‌های زندگی بر روی سلامت عمومی است و تفاوت ناشی از داده‌های آن با ویچروسکی، به خاطر تفاوت در محدوده تعریف نظری داده‌ها می‌باشد. ویچروسکی متمرکز بر سازه‌های جزئی‌تری در سلامت روان مثل عزت نفس و انعطاف‌پذیری است و این پژوهش، به شکل کلی‌تری این مفهوم را تعریف و مورد بررسی قرار داده است. از این‌رو، تفاوت نتایج، بیشتر حاکی از تفاوت در سازه‌های تعریف شده در دو پژوهش می‌باشد. همچنین، تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی در ارتقای میزان عزت نفس، سازگاری اجتماعی، ارتباط بین فردی، افزایش حل مسئله و راهبردهای مقابله‌ای و افزایش میزان سلامت روان به تأیید رسیده است (رزنبرگ، ۱۹۹۰؛ الیاس و همکاران، ۱۹۹۱؛ گیلبرت، اورلیک، اسپیراک، شرر و مکنبل و همکاران، ۱۹۹۰؛ نقل از سپاه منصور، ۱۳۸۶). طبق این نتایج نیز، فرضیه پژوهش مبنی بر این که آموزش مهارت‌های زندگی بر ابعاد سلامت عمومی، همچون افسردگی و ناکش‌وری‌های اجتماعی اثر دارد، مورد تأیید قرار می‌گیرد.

در مورد تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر ابعاد سازگاری اجتماعی (حوزه کاری، فعالیت‌های اجتماعی اوقات فراغت، روابط با خانواده گسترده، نقش‌های همسری، نقش‌های والدی و عضو واحد خانواده) خانواده‌های افراد سوءمصرف‌کننده مواد، نتایج پژوهش این فرضیه را تأیید نموده است و این فرض با یافته‌های نوری پوریا ولی (۱۳۹۳)، مبنی بر این که آموزش مهارت‌های زندگی تأثیر مثبتی بر ارتقاء عزت نفس و رضایت زناشویی مردان در حال ترک از وابستگی و سوء مصرف مواد داشته است؛ همسو است. پژوهش نوری پوریا ولی، مؤید این نکته است که آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند بهبود کارکرد خانواده را در پی داشته باشد. در پژوهش حاضر نیز، اعضای خانواده مورد بررسی قرار گرفتند ولی در پژوهش پوریا ولی، رضایت زناشویی بررسی شد.

محمدی فر و همکاران (۱۳۸۹)، نیز نشان دادند که آموزش مهارت‌های زندگی بر تمام خرده‌مقیاس‌های کارکرد خانواده مؤثر بوده است. بر طبق یافته‌های این پژوهش نیز، خرده‌مقیاس‌های سازگاری اجتماعی که کارکرد خانواده و نقش‌های همسری در آن بود، تغییر یافت.

بوتوین و کانتور (۲۰۰۰)، پژوهشی در زمینه آموزش مهارت‌های زندگی و بهبود کیفیت زندگی افراد معتاد انجام دادند که نتایج نشان داد؛ آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کیفیت زندگی و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای افراد معتاد و خانواده‌های آنان نقش مثبتی ایفاء می‌کند و همچنین، آموزش مهارت‌های زندگی موجب بهبود مهارت‌های ارتباطی، تصمیم‌گیری، مدیریت استرس و کاهش اضطراب در این افراد می‌گردد. پژوهش‌های یالسین و کاراهان (۲۰۰۷) و بوتوین و کانتور (۲۰۰۰)، در تأیید فرض پژوهش مبنی بر اثر گذاری مهارت‌های زندگی در سازه‌های سازگاری اجتماعی، نقش دارند.

در مورد بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر تاب‌آوری خانواده‌های افراد سوءمصرف‌کننده مواد، نتایج پژوهش، فرض صفر در سطح ۰/۰۱ را

وجود دارد. از این‌رو، می‌توان فرضیه صفر را رد و ادعا نمود که آموزش مهارت‌های زندگی، موجب افزایش سازگاری اجتماعی خانواده‌های افراد سوءمصرف‌کننده مواد شده است.

بالاترین اندازه اثر نیز متعلق به "روابط با خانواده گسترده" است (۰/۴۵۶)، یعنی حدود ۴۵/۶ درصد از واریانس "روابط با خانواده گسترده" آزمودنی‌ها وابسته به "آموزش مهارت‌های زندگی" است. سازگاری در "حوزه کاری" با اندازه اثر ۰/۴۲۱، دومین رتبه را به خود اختصاص داده است، اندازه اثر مؤلفه "نقش والدی" برابر با ۰/۲۷۷ برآورد شده است. این رقم در مورد مؤلفه‌های "فعالیت‌های اجتماعی اوقات فراغت"، "نقش‌های همسری" و "عضو واحد خانواده"، به ترتیب ۳۷/۷، ۳/۳۲ و ۳۳/۵ درصد می‌رسد. فرضیه سوم: آموزش مهارت‌های زندگی بر تاب‌آوری خانواده‌های افراد سوءمصرف‌کننده مواد تأثیر دارد.

فرضیه سوم پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره (ANCOVA) مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۸: خلاصه آزمون آنکوا برای عامل بین گروهی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
corrected model	۲۱۹۹۹/۲	۲	۱۰۹۹۹/۶	۵۲۵/۱	۰/۰۱	۰/۹۱۵
intercept	۲۰۴/۲	۱	۲۰۴/۲	۹/۸	۰/۰۱	۰/۰۹۱
همپراش	۲۱۱۴۰/۸	۱	۲۱۱۴۰/۸	۱۰۰۹/۳	۰/۰۱	۰/۹۱۲
گروه	۳۷۴/۸	۱	۳۷۴/۸	۱۷/۹	۰/۰۱	۰/۱۵۶
خطا	۲۰۳۱/۷	۹۷	۲۰/۹			
کل	۲۸۹۱۵۳	۱۰۰				

بر اساس ارقام به دست آمده از جدول شماره ۸؛ با کنترل اثر پیش‌آزمون، اثر معناداری عامل بین آزمودنی‌های گروه در سطح ۰/۰۱ معنادار است ( $F(1/97) = 17/9, P = 0/01$ ). به طوری که اطلاعات جدول‌های ۴ و ۳ نیز نشان می‌دهد، نمرات "تاب‌آوری" آزمودنی‌های گروه آزمایش پس از مداخله، به طور معناداری افزایش داشته است، بنابراین، می‌توان فرض صفر را در سطح ۰/۰۱ رد کرده و با ۹۹ درصد اطمینان پذیرفت که آموزش مهارت‌های زندگی بر "تاب‌آوری" خانواده‌های معتادان مؤثر است. اندازه اثر نیز، بیانگر آن است که حدود ۱۵/۶ درصد از تغییرات تاب‌آوری آزمودنی‌ها توسط گروه‌ها، قابل تبیین است.

## بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت عمومی و سازگاری اجتماعی و تاب‌آوری خانواده‌های دارای افراد سوء مصرف‌کننده مواد مؤثر بود.

یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش ویچروسکی (۲۰۰۰)، که نشان داده است؛ آموزش مهارت‌های زندگی، موجب افزایش عزت نفس و انعطاف‌پذیری در مقابل تغییرات شده و نگرش‌های مثبت در جهت احساس خودکفایتی

با مواد مخدر کشور، بابک دین پرست.  
 - درروهی، محمدعلی. (۱۳۸۴). بررسی مقایسه میانگین نمره اضطراب و افسردگی قبل و بعد از سم زدایی معتادان مراجعه کننده به کلینیک ترک اعتیاد بیمارستان بهارن. پایان نامه دکترای پزشکی، چاپ نشده، دانشگاه علوم پزشکی تهران.  
 - سپاه منصور، مزگان. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر انگیزه پیشرفت، خود احترامی و سازگاری اجتماعی. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۲، ۹۳-۸۵.  
 - سید احمدی، محمد؛ کیوانلو، فهیمه؛ کوشان، محسن و محمدی رئوف، مصطفی. (۱۳۸۹). مقایسه سلامت روانی دانشجویان ورزشکار و غیر ورزشکار. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲، ۱۲۲-۱۱۶.  
 - عفتی دیوشلی، مرضیه؛ کافی ماسوله، موسی و دل آذر، ربابه. (۱۳۹۱). رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۲۲، ۶۶-۵۷.  
 - علوی قیری، زهرا. (۱۳۹۳). رابطه بین مهارت های زندگی با سازگاری اجتماعی و عزت نفس در دانشجویان دختر دوره راهنمایی شهر قیر و کارزین. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت.  
 - کیامرثی، آذر؛ نجاریان، بهمن و مهرابی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۷۷). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش سرسختی روانشناختی، مجله انجمن روانشناسی، ۷، ۲۸۴-۲۷۱.  
 - محمد خانی، پروانه. (۱۳۸۸). بررسی ابعاد مشکلات شخصی - ارتباطی زنان دارای همسر معتاد: چشم اندازی به برنامه توانبخشی همسران مبتلا به اعتیاد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۹، ۴۸-۲۹.  
 - محمدی فر، محمدعلی؛ طالبی، ابوالفضل و طباطبایی، سید موسی. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر عملکرد خانواده در زنان دارای همسر معتاد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۶، ۳۹-۲۵.  
 - نوری پوریا ولی، ع. (۱۳۹۳). بررسی آموزش مهارت های زندگی در مؤلفه های تاب آوری و رضایت از زندگی. فصلنامه علوم اجتماعی، ۳، ۲۱-۲۳.

- Avey, B. et al. (2006). The implications of positive psychological capital on employee absenteeism, *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 13,2-12.  
 - Botvin, G.J. & Kantor, L.W. (2000). preventing alcohol and tobacco use through life skills training. *Journal of the National Institute on Alcohol Abuse And Alcoholism*. Alcohol research & health, 24, 250- 257.  
 - Conner, K. M. & Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner- Davidson resilience scale (CD- RISC). *Journal of Depression and Anxiety* 18, 76-82.  
 - Daemi, H .R., Sohrabi, F. & Moghimi barforoosh, S ,F. (2009). Investigation of the effect of assertive skills training on Attitude toward drug abuse in Tehran and Allame Tabatabaie University students. *Quarterly Journal of Drug Abuse*, 9(3):67-96.  
 - Homish, G. G., Leonard, K. E. & Cornelious, J. R. (2008). Illicit drug use and marital satisfatuin. *Addictive Behaviors*, 33, 279-291.  
 Kumpfer, K.L. (1999). Factor and processes contributing to resilience: The resilience framework. In: M.D.Glantz & J.L. Johnson (Eds), *Resilience and development* (pp.179-224). New York: Kluwer Academic publishers.  
 - Jahromi, L., Mokri, A. & Ekhtyari, H. (2009). Cardiovascular complication of opioid abuse. *Journal of Addiction*, 7(1),69-78.  
 - Schilling, E., Baucom, D.H., Burmet, Ch. K., Sandin, A. & Roglandm, L. (2003). Altering The course of marriage: The effect of (PREP) communication skills acquisition on couples risk of becoming maritally distressed, *Journal of Family Psychology*, 17, 41-53.  
 - Unicef. (2003). Wich skills are life skills? Available at: www. Life skill-based education  
 - Wichroski , M, A. (2000). Facilitatng self esteem and social supports in a Family life skills program. *Journal of women and social work*, 15 (2), 271- 277.  
 - Yalcin, B.M. & Karahan, T.E. (2007). Effects of couple communication program on marital adjustment of the American board of family, medicine. *Journal of the American Board*, 20, 36-44.

رد کرده و با ۹۹ درصد اطمینان می توان پذیرفت که آموزش مهارت های زندگی بر " تاب آوری " خانواده معتادان مؤثر است. این نتایج با پژوهش محمدخانی ( ۱۳۸۸ )، که به بررسی آسیب های اجتماعی و روانی زنان دارای همسر معتاد پرداخته، همخوانی دارد. همچنین، یافته های پژوهش حاضر با یافته های کیامرثی، نجاریان و مهرابی زاده هنرمند (۱۳۷۷)، در پژوهشی با عنوان رابطه تاب آوری و سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی، همسو است. داده ها نشان می دهد که تاب آوری به واسطه کاهش مشکلات هیجانی، رضایتمندی از زندگی را در پی دارد و موجب افزایش سلامت روان می شود.

همچنین، کامپفر (۱۹۹۹)، معتقد است؛ تاب آوری، یا بازگشت به تعادل پایه است و یا رسیدن به تعادل در سطح بالاتر (در شرایط تهدید کننده) و قاعدتاً باید موجبات سازگاری موفق در زندگی را فراهم آورد. آن چنان که در یک پژوهش طولی؛ اسکیلینگ، باکام، بارمت، سندین، و راگلند (۲۰۰۳)، مهارت های ارتباطی ۳۹ زن و ۳۸ مرد را مطابق با برنامه پیشگیری و ارتقاء رابطه مورد بررسی قرار دادند؛ یافته ها کاهش ارتباطات منفی در مردان و افزایش ارتباطات مثبت و کاهش خطر در آشفتگی های ناگهانی را نشان دادند و در زنان نیز افزایش در ارتباط، مثبت گزارش شد. نتایج، مبین این نکته بود که حل مسئله، خطر استرس های ناگهانی زنان و مردان را کاهش می دهد، این داده ها با فرض پژوهش حاضر همسو هستند.

به طور کلی باید گفت که، وجود فردی معتاد و یا مبتلا به سوء مصرف مواد، تعادل خانواده را بر هم زده و خانواده را به استفاده از مکانیزم هایی که بتواند با آثار منفی این پدیده مقابله نماید، وادار می سازد. این مقابله می تواند مقابله ای منفی، ناسازگارانه و نامطلوب باشد که عوارض منفی بیشتری را بر خانواده و فرد مبتلا وارد می نماید. مقابله مناسب، نیازمند آموزش است تا در پی آن، سازگاری و سلامت روانی اعضای خانواده تأمین گردد. آموزش مهارت های زندگی که اساسی ترین ابعاد مورد نیاز زندگی را در بر می گیرد، به این خانواده ها کمک می کند تا با واقع بینی با مشکل اعتیاد فرد معتاد برخورد نموده و با به کار بستن راهکارهای مناسب آموخته شده، به حفظ و یا ارتقاء سلامت روان خود کمک نمایند. بدون تردید، افزایش مهارت های اعضای خانواده، در روند درمان فرد معتاد نیز تأثیر به سزایی دارد. از این رو، آموزش خانواده های افراد معتاد یا مبتلا به سوء مصرف، می بایست به طور جدی در برنامه مراکز ترک اعتیاد قرار گیرد.

## منابع:

- انکینسون، ریتا ال و همکاران. (۱۳۸۵). زمینه روانشناسی. ترجمه: محمد نقی براهنی و همکاران، تهران: انتشارات رشد.  
 - بشارت، محمد علی. (۱۳۸۸). پایایی و روایی فرم ۲۸ سؤالی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی. *مجله علمی پزشکی قانونی*، دوره پانزدهم، ۲(۵۴)، ۹۱-۷۸.  
 - احمد وند، محمد علی. (۱۳۸۲). بهداشت روانی. تهران: انتشارات پیام نور.  
 - حسینی، فریده؛ حسین چاری، مسعود. (۱۳۹۲). بررسی شواهد مرتبط با روایی و پایایی مقیاس تاب آوری خانواده. *مجله مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۹، ۲۰۸-۱۸۱.  
 - خیرگزاری ایسنا. (۱۳۹۲). مصاحبه با معاون کاهش تقاضا و توسعه مشارکت های مردمی ستاد مبارزه