

اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی زنان معتاد ترک کرده

آناهیتا صادقی^۱، علی اسماعیلی^۲، اعظم مقدم^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۳۱

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی زنان معتاد ترک کرده انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون، با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش زنان و دختران معتاد ترک کرده در کمپ بانوان تهران بودند. با روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر از بین افراد مستقر در کمپ با توجه به معیارهای ورود و خروج انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) به صورت تصادفی گمارش شدند. گروه آزمایش تحت آموزش مهارت‌های زندگی قرار گرفتند. مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کواریانس نشان داد آموزش مهارت‌های زندگی در ارتقا نمرات در خرده‌مقیاس‌های سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط موثر بوده است. **نتیجه‌گیری:** آموزش مهارت‌های زندگی به خصوص مهارت‌های مدیریت هیجان، مدیریت استرس، حل مسئله، و ارتباط مؤثر می‌تواند باعث ارتقاء سطح کیفیت زندگی شود و گام مؤثری در بازتوانی و عدم عود مجدد معتادان ترک کرده باشد.

کلیدواژه‌ها: مهارت‌های زندگی، کیفیت زندگی، زنان، معتاد

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ورامین-پیشوا

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی ورزشی، دانشگاه علامه طباطبائی، پست الکترونیکی: ali.esmaeili@atu.ac.ir

۳. دکتری سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی

مقدمه

مواد مخدر قسمتی از فرهنگ بشر و شیوه پزشکی برای هزار سال شده است. اعتیاد به مواد مخدر یا سوء مصرف دارو به عنوان یک بیماری اراده آزاد و یک بیماری جسمی، روانی و اجتماعی (کلونیدی، کورت‌رایت، وانگ و کرینر^۱، ۲۰۱۵؛ والکاو^۲، ۲۰۱۵) به یک مشکل جهانی تبدیل شده و هیچ جامعه‌ای از پیامدهای منفی آن در امان نیست (فاینلی و اس لنز^۳، ۱۳۹۱). مصرف مواد مخدر نه تنها بر روی مصرف کننده بلکه بر روی خانواده، دوستان، جامعه و کار فرد نیز تأثیرات منفی بسیاری دارد. مصرف مواد مخدر با گستره وسیعی از پدیده‌های اجتماعی منفی از قبیل خانواده‌های از هم پاشیده، فعالیت‌های تبهکارانه، فساد و جنایت همراه است. مراکز و اداره‌های پلیس، سالیانه میلیاردها دلار برای مبارزه با مواد مخدر و جرم‌های مرتبط با آن هزینه می‌کنند و سالیانه هزار نفر به جرم مصرف مواد مخدر به زندان محکوم می‌شوند (کیتلسون، رگون و هالی^۴، ۱۳۹۳).

کیفیت زندگی^۵ یک مفهوم چند بعدی است که سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی یک شخص را در برمی‌گیرد. امروزه کیفیت زندگی در نقطه مقابل کمیت قرار گرفته و با توجه به ابعاد گسترده سلامتی، تعریف می‌شود و منظور از آن سال‌هایی از عمر است که همراه با رضایت، شادمانی و لذت‌بخشی است (سلیگمن^۶، ۲۰۰۷). سازمان بهداشت جهانی^۷ معتقد است: کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های‌شان می‌باشد. این مقوله کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان استوار است (بنومی، پاتریک، باشنل و مارتین^۸، ۲۰۰۰). در حالت کلی می‌توان مجموعه‌ای از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی که به وسیله شخص یا گروهی از افراد درک می‌شود مانند شادی، رضایت، افتخار، سلامتی،

1. Kolodny, Courtwright, Hwang, & Kreiner
2. Volkow
3. Finley, & Lenz
4. Kittelson, Ragon, & Holly

5. quality of life
6. Seligman
7. world health organization
8. Bonomi, Patrick, Bashnell, & Martin

موقعیت اقتصادی، فرصت‌های آموزشی و غیره را تعریف مناسبی از کیفیت زندگی دانست (کینگ، پراوت و فیلیپس^۱، ۲۰۰۶).

مطالعات متعدد نشان داده‌اند سوء مصرف الکل، مواد مخدر به طور جدی بر سلامتی جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و زندگی روزمره فرد اثرگذار بوده و تأثیر منفی و زیانباری بر کیفیت زندگی و سلامت دارد (همپتون^۲، ۲۰۰۹). به طور مثال یافته مطالعه اسمیت و لارسن^۳ (۲۰۰۳) نشان می‌دهد جنبه‌های جسمانی و روانی کیفیت زندگی افراد معتاد پایین است و یافته مطالعه پریو^۴ و همکاران (۲۰۰۷) نشان می‌دهد هرچه سطح مصرف و شدت وابستگی به مواد بالاتر باشد کیفیت زندگی فرد معتاد ضعیف‌تر است. به همین دلیل تلاش برای تأمین سلامتی افراد معتاد به منظور افزایش کیفیت زندگی آن‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (همپتون، ۲۰۰۹) و بررسی تبعات اجتماعی و فردی این مسئله از جمله تأثیر سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی افراد لازم و ضروری به نظر می‌رسد (رادان، ۱۳۹۴). بسیاری از مشکلات و مصائب زندگی امروزه اجتناب‌ناپذیر بوده و همه افراد همواره با آن دست به گریبان هستند. بنابراین ایجاد و تقویت مهارت‌ها و توانمندی‌هایی که در موقعیت دشوار ضامن سلامت روانی باشد، ضروری است (کارتیز^۵ و همکاران، ۲۰۱۶). توانایی انجام رفتارهای سازگارانه و مثبت به گونه‌ای که فرد بتواند با چالش‌های زندگی روزمره کنار بیاید یکی از اصولی‌ترین اقداماتی است که باید افراد بیاموزند (کرونین^۶ و همکاران، ۲۰۱۷). یادگیری و انجام مهارت‌های لازم برای زندگی موفق شامل مهارت‌هایی چون حل مسئله، ارتباط اجتماعی و مدیریت استرس و هیجانات منفی به بروز رفتار سازگارانه و مثبت که افراد را قادر می‌سازد تا به‌طور مؤثر با نیازها و چالش‌های روزمره برخورد نمایند و رضایت و شادی بیشتری را در زندگی خود تجربه کنند منجر می‌شود (ولاسکو^۷ و همکاران، ۲۰۱۷). سازمان بهداشت جهانی در برنامه مهارت‌های زندگی که در سال ۱۹۹۷ معرفی نمود، ده مهارت را به عنوان مهارت‌های اصلی زندگی

1. King, Proutt, & Philips
2. Hampton
3. Smith, & Larson
4. Préau

5. Curtis
6. Cronin
7. Velasco

معرفی نموده که شامل: مهارت تصمیم‌گیری^۱، حل مسئله^۲، تفکر خلاق^۳، تفکر نقاد^۴، ارتباط مؤثر^۵، مهارت روابط بین فردی، خودآگاهی^۶، همدلی^۷، مقابله با هیجانات، مقابله با استرس (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۷) می‌باشد.

این در حالی است که آموزش مهارت‌های زندگی در افراد معتاد از اهمیتی ویژه‌ای برخوردار است؛ چرا که افراد وابسته به مواد دچار آسیب‌های کارکردی هستند. همچنین به دلیل اعتیاد و بیماری خود، در معرض معضلات و مشکلات ناشی از اعتیاد خود قرار دارند که زمینه‌ساز سطح پایین کیفیت زندگی، مصرف بیشتر مواد و خطر عود در آن‌هاست. تنها از طریق بهره‌مندی از چنین مهارت‌هایی توان مقابله سالم و مناسب با مشکلات و دشواری‌های پیش رو را دارا می‌باشند (بوتوین و گریفین^۸، ۲۰۱۵). این بیماران عموماً دارای مهارت‌های سطح پایینی برای مقابله با مسائل زندگی و چالش‌های موجود اجتماعی هستند و به دلیل عدم دانش و مهارت لازم و همچنین کثرت مسائل و دشواری‌های زندگی، نمی‌توانند در موقعیت‌های مختلف و دشوار زندگی تصمیمات مناسب و مؤثر یا راهکار سازشی مطلوبی را انتخاب کنند.

به عنوان یکی از عوامل اساسی پیشگیری از اعتیاد و آسیب‌های اجتماعی، آگاه‌سازی و آموزش مهارت‌های زندگی کمک می‌کند که در جهت پیشگیری و سلامت اولیه و بازتوانی افراد معتاد گامی مهم برداشته شود (ویکالد، توماسیک، سیلبریسین و اسپس^۹، ۲۰۱۶) و از این طریق سطح کیفیت زندگی آن‌ها نیز ارتقا یابد. مطالعات متعدد حاکی از اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی به عنوان یک مداخله مؤثر بر روی جمعیت سالم و بالینی بوده‌اند. به طور مثال در پژوهش محمودی، زهراکار و شعبانی (۱۳۹۲)، بر روی دانشجویان مشخص شد که آموزش مهارت‌های زندگی بر ابعاد مختلف سلامت روانی و سلامت جسمانی تأثیر قابل توجهی داشته است. در مطالعه استیگر و همکاران به تأثیر مثبت آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش علائم تهدیدکننده سلامت همچون اضطراب و

1. decision making
2. Problem solving
3. creative thinking
4. critical thinking
5. effective communication

6. self-awareness
7. empathy
8. Botvin, & Griffin
9. Weichold, Tomasik, Silbereisen, & Spaeth

پرخاشگری اشاره شده است (استیگر، مان، مایکلز و کوپر^۱، ۲۰۰۹). پژوهش رضاپور، میرصالح، فلاح و صابری (۱۳۹۵)، نشان داد آموزش مهارت‌های زندگی در افزایش کیفیت زندگی زنان بی‌سرپرست مؤثر بود. همچنین در پژوهشی دیگر مشخص شد که آموزش مهارت‌های زندگی در بهبود روابط بین فردی و سلامت فیزیکی معتادان تحت درمان متادون مؤثر بوده است (بیگی و همکاران، ۱۳۹۲). بوتوین و گریفین (۲۰۱۵) هم از تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش مصرف مواد خیر می‌دهند. افزایش آمار اعتیاد در جامعه و معضلات ناشی از آن و نیاز افراد معتاد به مداخلات لازم برای رهایی از دام اعتیاد و مشکلات ناشی از آن و همچنین پیشگیری از عود مجدد واقعیتی انکار ناپذیر است. عمده مطالعات مربوط به آموزش مهارت‌های زندگی بر روی افراد غیر معتاد بوده و مطالعات انجام شده در خصوص تأثیر آموزش این نوع از مهارت‌ها بر روی کیفیت زندگی افراد معتاد و ترک کرده و به خصوص زنان معتاد ترک کرده محدود است. این در حالی است که زنان نخستین قربانیان بسیاری از آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی می‌باشند (احمدی، ۲۰۰۱) و در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به مشکلات روانی هستند (شایگان، ۱۳۹۰) و توجه به حوزه زنان و ترک اعتیاد آن‌ها از اهمیت زیادی برخوردار است. همچنین از مشکلات اصلی در درمان اعتیاد، عود مزمن و مکرر و مصرف مجدد است (جلیلی، سید فاطمی و پیروی، ۲۰۱۴). با توجه به این که تا به حال مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی زنان معتادان ترک کرده نپرداخته؛ پژوهش حاضر برای بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی زنان معتاد ترک کرده انجام گرفت.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش به صورت نیمه‌آزمایشی شامل زنان و دختران ترک کرده مواد مخدر در یکی از کمپ‌های بانوان شهر تهران که در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ در این کمپ حضور داشتند و به صورت داوطلبانه در پژوهش شرکت کردند، اجرا شد. از بین بانوان مستقر در کمپ با

توجه به معیارهای ورود و خروج پژوهش، از طریق نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۶ نفر انتخاب و با جایگزینی تصادفی ساده تعداد ۱۸ شرکت‌کننده در هر یک از گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند. طی مطالعه سه نفر از افراد گروه مداخله به دلیل عدم حضور در جلسات و سه نفر از افراد گروه گواه به دلیل عدم حضور جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ها از مطالعه حذف شدند و در نهایت در هر گروه ۱۵ نفر حضور داشت. معیارهای ورود به تحقیق: حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، دامنه سنی ۴۰-۲۰ سال، زمان بهبودی از مواد مخدر ۲ ماه تا ۵ سال. معیارهای خروج تحقیق: داشتن مشکلات روان‌شناختی بالینی و جسمی خاص (با مراجعه به پرونده‌های روان‌شناختی و جسمانی جامعه آماری). ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، رضایت کتبی شرکت‌کنندگان مبنی بر شرکت در تحقیق بود. همچنین از اطلاعات خصوصی و شخصی شرکت‌کنندگان محافظت شد.

ابزار

۱- پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (فرم ۲۶ سؤالی هنجار ایرانی ۱۳۸۵): این پرسش‌نامه ابزاری خودگزارشی است که توسط سازمان بهداشت جهانی به منظور ارزیابی کیفیت زندگی افراد طراحی شده است. افراد می‌بایستی در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای به هر سؤال پاسخ دهند. نسخه اصلی یک پرسشنامه ۱۰۰ سؤالی است. دارای ۴ حیطه و ۲۴ عامل است. به علت طولانی بودن نسخه اصلی و دشواری تکمیل آن، سازمان بهداشت جهانی نسخه کوتاه این آزمون را نیز ارائه کرد. نسخه کوتاه آن دارای ۲۶ سؤال است. فرم ایرانی در سال ۱۳۸۵ توسط نجات و همکاران از روی ترجمه فرم اصلی اقتباس و هنجار شد. در این پرسش‌نامه کیفیت زندگی دارای ۴ خرده‌مقیاس در حیطه‌های: سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط است.

در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده‌مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است. در ایران نصیری (۱۳۸۵) برای اعتبار مقیاس از سه روش بازآزمایی با فاصله سه هفته‌ای، تنصیفی و آلفای

کروناخ استفاده کرد که به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۷ و ۰/۸۴ گزارش شد. نصیری (۱۳۸۵) به منظور تعیین روایی مقیاس از روش روایی هم‌زمان استفاده کرد و رابطه نمره کل آزمون و خرده‌مقیاس‌های آن را با نمره کل و خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت عمومی از طریق ضریب همبستگی سنجید. در پژوهش نجات و همکاران (۱۳۸۵) برای تعیین روایی از همبستگی نمره کلی هر بعد با تک‌تک سؤال‌های تشکیل دهنده آن بعد استفاده شد. دامنه ضریب‌های همبستگی به دست آمده از ۰/۴۵ تا ۰/۸۳ بود و همه ضریب‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. هر سؤال نیز بیشترین همبستگی را با بعد مربوط به خود داشت. ضریب آلفای کروناخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر در کیفیت زندگی کل ۰/۷۹ و در خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب سلامت جسمانی ۰/۷۱، سلامت روان ۰/۷۴، روابط اجتماعی ۰/۷۶، سلامت محیط ۰/۷۰، گزارش شد.

روش اجرا

بعد از انتخاب نمونه و گروه‌بندی‌های تصادفی، پرسش‌نامه کیفیت زندگی در اختیار همه شرکت‌کنندگان (گروه آزمایش و گواه) قرار گرفت. سپس مداخله آزمایشی (آموزش مهارت‌های زندگی) که طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و دو جلسه در هر هفته، برای (۱۵) نفر گروه آزمایش به اجرا درآمد و گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. در هر جلسه آموزش علاوه بر آموزش مهارت‌ها و تکنیک‌ها به صورت فعال، افراد تمرین و بحث و مشارکت در مباحث داشتند. همچنین پس از اتمام هر دوره فعالیت‌ها و تمرین‌هایی به آنان داده می‌شد و در هر جلسه ابتدا تجاربی که افراد از انجام تمرین‌ها داشتند بیان می‌کردند و جمع‌بندی می‌شد، سپس موضوع مربوط به آن جلسه آموزش داده می‌شد. پس از اتمام ۱۰ جلسه مداخله آموزشی، پس از آزمون روی هر دو گروه اجرا شد. جلسات آموزش مهارت‌های زندگی به طور خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش مهارت‌های زندگی به تفکیک جلسات

جلسه‌ها	موضوع	محتوا
اول	خودآگاهی	شناخت خصوصیات مثبت، توانایی‌ها و استعدادهای خود، شناخت خصوصیات منفی و نقاط ضعف خود، شناخت ویژگی‌های ظاهری و جسمانی شناخت افکار و باورها و ارزش‌های خود. با تمرین گروهی و ارائه مثال‌های عینی.
دوم	ارتباط مؤثر	تعریف ارتباط مؤثر، مؤلفه‌های برقراری ارتباط مؤثر، لزوم برقراری ارتباط، موانع انتقال صحیح پیام، آشنایی با انواع ارتباط (کلامی، غیرکلامی)، آشنایی با موانع برقراری ارتباط، عوامل مؤثر برقراری ارتباط. با ارائه مثال‌های عینی متناسب و تمرین اعضاء گروه.
سوم	روابط بین فردی	مراحل ارتباط بین فردی، آشنایی با انواع سبک‌های ارتباطی، با مثال‌های عینی و تمرین.
پنجم	مدیریت هیجان	تعریف هیجان، آشنایی با انواع هیجان، تعریف خشم، تأثیرات فیزیولوژیکی خشم بر روی بدن، آشنایی با شیوه‌های ابراز خشم، راه‌کارهای مدیریت خشم، با ارائه مثال‌های ملموس و مشارکت در فعالیت‌های گروهی.
ششم	مدیریت استرس	تعریف استرس، آشنایی با پیامدهای استرس، عوامل ایجاد استرس، آشنایی با شیوه‌های مواجهه با استرس، روش‌های مدیریت استرس، با مثال‌های عینی و تمرین عملی گروه.
هفتم	تصمیم‌گیری	تعریف تصمیم‌گیری، آشنایی با انواع تصمیم‌گیری، با تمرین و مشارکت گروه.
هشتم	حل مسأله	تعریف حل مسئله، مراحل حل مسئله، با ارائه مثال‌های عینی و تمرین عملی گروه.
نهم	تفکر خلاق	اجزاء تفکر خلاق، موانع خلاقیت، با تمرین‌های گروهی و مشارکت افراد.
دهم	تفکر نقاد	تعریف تفکر نقاد، روش‌های افزایش تفکر انتقادی، با ارائه مثال‌های عینی و فعالیت‌های گروهی.

۱۴۶

146

سال سیزدهم، شماره ۵۳، پاییز ۱۳۹۸
Vol. 13, No. 53, Autumn 2019

یافته‌ها

بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به دو گروه آزمایش و گواه که هر یک ۱۵ نفر شرکت‌کننده داشتند؛ میانگین سنی افراد گروه آزمایش ۳۱/۳۳ و گروه گواه ۳۰/۲۸ سال بود که تفاوت معناداری نداشت ($t=0/09, p> 0/05$). آماره‌های توصیفی مولفه‌های کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی مؤلفه‌های کیفیت زندگی به تفکیک نوع آزمون و گروه

متغیرها	نوع آزمون	گروه آزمایش		گروه گواه
		انحراف استاندارد	میانگین	
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۲۸/۲۱	۴/۱۱	۲۱/۳۴
	پس آزمون	۳۵/۶۵	۱۰/۹۳	۲۰/۸۰
سلامت جسمی	پیش آزمون	۸/۴۴	۱/۲۷	۷/۷۶
	پس آزمون	۹/۷۹	۲/۷۴	۵/۲۸
سلامت روان	پیش آزمون	۷/۹۳	۱/۸۵	۶/۶۵
	پس آزمون	۱۰/۱۰	۲/۶۲	۶/۹۳
روابط اجتماعی	پیش آزمون	۱۳/۳۴	۶/۸۵	۱۴/۰۳
	پس آزمون	۱۸/۸۸	۹/۶۳	۹/۵۶
سلامت محیط	پیش آزمون	۶/۴۵	۱/۳۷	۵/۳۴
	پس آزمون	۶/۷۱	۲/۱۹	۴/۷۳

برای بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی از آزمون آماری تحلیل کواریانس چندمتغیری^۱ استفاده شد. قبل از استفاده از آزمون، مفروضه‌های آن یعنی نرمال بودن داده‌ها و همگنی ماتریس‌های واریانس کواریانس به ترتیب با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف و آزمون باکس بررسی شد. برای داده‌های حاصل از آموزش مهارت‌های زندگی، نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف حاکی از نرمال بودن داده‌ها ($p > 0/05$) و نتایج آزمون باکس بیانگر برقراری همگنی ماتریس‌های واریانس کواریانس ($M=1/51, p > 0/05$) بود. همچنین آزمون همگنی شیب‌های خط رگرسیون نشان داد که اثر تعاملی میان گروه و نمره‌های پیش آزمون بر نمرات پس آزمون معنادار نمی‌باشد که این عدم معناداری بیانگر برقراری مفروضه همگنی شیب رگرسیون است ($p > 0/05$). همچنین با توجه به رابطه معنادار بین متغیر همپراش و متغیر وابسته، مفروضه خطی بودن نیز رعایت شد ($p > 0/05$). بنابراین مانعی برای انجام تحلیل کواریانس چندمتغیری وجود نداشت. نتایج این آزمون نشان داد بین دو گروه در ترکیب مؤلفه‌های کیفیت زندگی

تفاوت وجود دارد ($F=3/44, P<0/05$, $\eta^2=0/60$) = لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح جدول ۳ استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌های کیفیت زندگی

ضریب اتا	معناداری	آماره F	میانگین مجذورات	مولفه‌ها
۰/۳۴	۰/۰۰۲	۱۲/۵۳	۶۵۵۸/۰۲	سلامت جسمی
۰/۲۴	۰/۰۱	۷/۵۸	۲۳۹۱/۹۶	سلامت روان
۰/۱۶	۰/۰۴	۴/۶۴	۱۶۵۶/۹۲	سلامت محیط
۰/۲۷	۰/۰۰۶	۸/۹۶	۵۵۴۷/۱۹	روابط اجتماعی

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، آموزش در تمام مولفه‌ها موثر بوده است. با توجه به آمار توصیفی می‌توان گفت آموزش باعث ارتقای تمام مولفه‌های کیفیت زندگی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی موجب بهبود نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در کیفیت زندگی شده است (رضاپور و همکاران، ۱۳۹۵؛ محمودی، زهراکار و شعبانی، ۱۳۹۲؛ رایین، چان و توماس^۱، ۲۰۰۳؛ درسکلر، بارمن و مالر-کولنبرگ^۲، ۲۰۱۲؛ کرونین و همکاران، ۲۰۱۷؛ بوتوین و گریفین، ۲۰۱۵؛ ویکولد، توماسک، سلبریزن و اسپیس^۳، ۲۰۱۶؛ بیگی و همکاران، ۱۳۹۲). در تبیین چنین یافته‌ای می‌توان بیان داشت که آموزش صحیح و مداوم مهارت‌های زندگی شامل مهارت مقابله با استرس، تصمیم‌گیری و حل مسئله، ارتباط بین فردی و خودآگاهی با تغییرات مثبت و مؤثر فردی و بین فردی موجب بهبود کیفیت زندگی می‌شود. آموزش مهارت‌های زندگی با پیامدهای مثبتی همچون افزایش حرمت خود، افزایش تاب‌آوری در مقابل تغییرات (ویچروسکی^۴، ۲۰۰۰)، خودآگاهی (فلوک، گلدبرگ، پینبرگ و دیویدسون^۵، ۲۰۱۵)،

1. Rubin, Chan, & Thomas
2. Drexler, Borrmann, & Müller-Kohlenberg
3. Weichold, Tomasik, Silbereisen, & Spaeth

4. Wichroski
5. Flook, Goldberg, Pinger, & Davidson

خود کنترلی (پیسک و همکاران^۱، ۲۰۱۶)، مهارت‌های مقابله و توانایی حل مسئله (سور، استراگ-اپل، دیویز و کیکیتی^۲، ۲۰۱۷)، امید به زندگی (بوتوین و گریفین، ۲۰۱۵)، افزایش مهارت‌های ارتباطی (تناب، سوزوکامو، تی سوجی و ایزومی^۳، ۲۰۱۲)، تنظیم هیجان و مدیریت خشم (نیکلز، ماهادو، بریانت و بوتوین^۴، ۲۰۰۸) همراه است و روشن است که هر یک از این ساز و کارها با رفع موانع و ضعف‌های شخصیتی، هیجانی و رفتاری در یک فرد معتاد، وی را در رشد فردی، کاهش وابستگی به مواد، بهبود روابط بین فردی، سلامت جسمی و روانی و در نهایت کیفیت زندگی بهتر یاری می‌رسانند.

یکی از مواردی که در بهبود سلامت روان فرد تأثیر گذار است، شناسایی هیجان‌ها و عواطف مثبت و منفی خود فرد و دیگران و استفاده صحیح آن است. افراد، به دلیل عدم آشنایی با مهارت‌های زندگی، ناتوانی در به کار بردن تکنیک‌های ارتباطی مؤثر، عدم استفاده از راهکارهای مقابله‌ای مؤثر وابسته به موقعیت، دچار مشکلات عاطفی و ارتباطی می‌شوند و ضعف در روابط خود را با روی آوردن به مواد جبران می‌کنند. با آموزش مهارت‌های زندگی این امر امکان‌پذیر می‌شود و به فرد کمک می‌کند تا بین هیجان‌ها و عواطف مثبت و منفی خود توازن برقرار کند و با آگاهی کافی از مهارت‌های زندگی و در نتیجه به کار بردن آن‌ها در زندگی روزمره، تعارض‌های خود را با همسالان به نحو سازنده‌ای حل نماید. بر تکانه‌ها و هیجانان منفی و استرس غلبه کند و محبوبیت بین فردی بیشتری یابد که این امر بهداشت روانی بهتر را به دنبال دارد (نجفی و همکاران، ۱۳۹۱). آموزش مهارت‌های زندگی به شناخت هیجانان به خصوص خشم و مدیریت آن کمک شایانی می‌کند و این خود به حفظ روابط اجتماعی و روابط میان فردی افراد معتاد در حال بهبودی کمک خواهد کرد و افراد با آگاه شدن و شناخت هیجانان خود و با تکنیک‌های یاد گرفته شده در مهارت‌های زندگی قادر خواهند بود خشم و سایر هیجانان خود را مدیریت کرده و در برابر مسائل و مشکلات خود تصمیمات هیجانی نگیرند و مواد مخدر را به عنوان راهکاری هیجانی در برابر مشکلات انتخاب نکنند.

1. Pesce
2. Suor, Sturge-Apple, Davies, & Cicchetti

3. Tanabe, Suzukamo, Tsuji, & Izumi
4. Nichols, Mahadeo, Bryant, & Botvin

از سوی دیگر ناسازگاری با اجتماع، زمینه‌ساز بروز آسیب‌های مختلف از جمله اعتیاد است. افرادی که سابقه مصرف مواد مخدر در زندگی دارند، معمولاً با اطرافیان خود رابطه اندکی داشته و از داشتن یک زبان مشترک برای تبادل اندیشه و بیان احساسات با اطرافیان خود محروم هستند. این افراد قدرت تبادل مفاهیم با دیگران و به دست آوردن تجربه مشترک را از دست داده، از این رو دچار انزوای اجتماعی شده و کیفیت زندگی آن‌ها نیز به شدت کاهش می‌یابد (رادان، ۱۳۹۴). از جمله تکنیک‌هایی که در آموزش مهارت‌های زندگی مورد توجه قرار می‌گیرد، ارتقای مهارت ارتباط مؤثر بین فردی است. روابط بین فردی مؤثر به عنوان یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی به داشتن روابط بین فردی مناسب، اقتدار در برخورد با دیگران، اعتماد به نفس، توانایی مقابله مؤثر و منطقی با خواسته‌های غیرمنطقی دیگران، توانایی انجام مطلوب امور زندگی، رضایت از خود و دیگران و برخورداری از حمایت اجتماعی اشاره دارد (کرونین و همکاران، ۲۰۱۷). از طرفی برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و روابط صمیمانه با دیگران منجر به کاهش احتمال عود مجدد بعد از ترک مواد مخدر می‌شود. داشتن روابط اجتماعی سبب افزایش سیستم ایمنی بدن می‌شود و این در افزایش سلامت جسمانی افراد در حال ترک نقش به سزایی دارد. برای مثال نشان داده شده است که افراد با حمایت اجتماعی قوی‌تر به احتمال کمتر سیگار مصرف می‌کنند (وانانن، کووانن، کیویماکی، پنتی و واترا، ۲۰۰۸)، بیشتر به فعالیت جسمی می‌پردازند (لی و هان، ۲۰۱۵) و استقبال بهتری از رژیم درمانی نشان می‌دهند (شورر، کودرای، اسواتون، متلین و شرانک، ۲۰۱۲). لازم به ذکر است که در مطالعه حاضر، برخی از شرکت‌کنندگان تحت آموزش مهارت‌های زندگی با میل خود سیگار را کنار گذاشتند، در حالی که در مراکز ترک اعتیاد استفاده از سیگار بلامانع است. همچنین آموزش مهارت‌های زندگی منجر به تقویت سازگاری و تاب‌آوری افراد می‌شود و به فرد کمک می‌کند تا طی دو فرایند منطبق کردن خود با شرایط و تغییر شرایط برای منطبق ساختن آن با نیازهای خود به سازگاری بیشتر، تاب‌آوری و خود

کنترلی دست یابد. آگاهی و به کارگیری مهارت‌های زندگی با ایجاد تغییرات شناختی و رفتاری به افزایش مقاومت فرد در برابر فشارهای درونی و بیرونی کمک کرده و در نتیجه به کاهش علائم مرضی همچون اضطراب و بی‌خوابی و افزایش هیجانات و احساسات مثبت منتهی می‌شود. مهارت‌های زندگی انسان را آماده مقابله با مشکلات می‌کند و موجب مقاوم‌تر شدن شخصیت افراد، افزایش بینش نسبت به زندگی و رویدادهای آن، افزایش مهارت در اداره زندگی و برقراری ارتباط با محیط و اطرافیان می‌شود. در نتیجه فرد با آگاهی همه جانبه به مقابله مؤثر با مشکلات غیرقابل اجتناب زندگی می‌پردازد و زمینه لازم برای حفظ و تأمین سلامت روانی وی فراهم می‌شود (پیسک و همکاران، ۲۰۱۶؛ ویچروسکی، ۲۰۰۰).

پژوهش حاضر با هدف توان‌بخشی و ارتقاء سطح کیفیت زندگی زنان معتاد ترک کرده در کمپ بانوان تهران انجام شد. فشردگی مطالب آموزشی و ارائه آن در زمان محدود و جامعه آماری این پژوهش که جامعه در دسترس در کمپ بانوان بود. به دلیل این که تنها کمپ اقامتی و بهبودی میان مدت بانوان در تهران بود و دسترسی به بانوان معتاد ترک کرده در سایر مراکز ترک اعتیاد امکان‌پذیر نبود از محدودیت‌های تحقیق به شمار می‌روند و با توجه به این محدودیت، تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش باید با احتیاط صورت پذیرد.

با توجه به یافته‌های پژوهش و اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی زنان معتاد ترک کرده پیشنهاد می‌شود این آموزش‌ها توسط سازمان‌ها و مکان‌های مراجعه یا نگهداری زنان معتاد ترک کرده جهت بهبود کیفیت زندگی آنان و پیشگیری مجدد از بازگشت به مواد مخدر اجرا شود. پیشنهاد می‌شود برای تعمیم‌پذیری بیشتر یافته‌های به دست آمده پژوهش‌های آتی، در کمپ‌های دیگر و به تفکیک گروه‌های سنی، وضعیت اقتصادی، وضعیت فرهنگی، انجام شود. در این پژوهش، آموزش مهارت‌های زندگی دو بار در هفته اجرا شد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی آموزش مهارت‌های زندگی هفته‌ای یک بار اجرا شود.

در کل، با توجه به این که در حوزه زنان در بحث اعتیاد اطلاعات کمی وجود دارد به نظر می‌رسد که آموزش مهارت‌های زندگی به افراد آسیب دیده از جمله معتادان در حال بهبودی از مواد مخدر باعث افزایش خودآگاهی و شناخت بیشتر از هیجانات مثبت و منفی خود، مدیریت خشم، شناخت استرس و مدیریت آن، تقویت استفاده مؤثر از راهکارهای مقابله‌ای برای حل مشکلات، ارتقاء روابط بین فردی شده و ارتقاء سطح کیفیت زندگی افراد را به دنبال دارد.

منابع

- بیگی، علی؛ شیرازی، محمود و پسندیده، مهدی (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کیفیت زندگی و سبک‌های مقابله‌ای معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۶)، ۹۵-۱۰۹.
- رادان، فاطمه (۱۳۹۴). بررسی تأثیر سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی معتادان به مواد مخدر در شهر تهران. *مجله مدیریت فرهنگی*، ۹(۲۹)، ۶۰-۴۹.
- رضاپور میر صالح، یاسر؛ فلاح، محسن و صابری، مصطفی (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر آموزش مهارت‌های زندگی بر کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار. *فصلنامه زن و جامعه*، ۷(۱)، ۸۱-۹۹.
- شایگان، اسحاق (۱۳۹۰). تأثیر اعتیاد زنان باردار بر جنین و نقش پلیس زن در درمان آنان. *مجله جامعه‌شناسی و علوم اجتماعی پلیس زن*، ۵(۱۴)، ۴۲-۳۰.
- فاینلی، جی آر و لنز، بی اس (۱۳۹۱). *راهنمای جامع گروه‌درمانی در اعتیاد*. مترجمان: فرانک نوبخت، فاطمه مرادی، و شبنم میربیگی، انتشارات دانژه.
- کیتلسون، مارک جی؛ رگون، بروس و هالی، جان (۱۳۹۳). *آشنایی با واقعیت‌های مواد مخدر*. تهران: سروش، ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- محمودی، مریم؛ زهراکار، کیانوش و شعبانی، حسن (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کیفیت زندگی دانشجویان. *مجله روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایران*، ۱۰(۳۷)، ۷۱-۷۹.

نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکوئی نائینی، کوروش؛ محمد، کاظم؛ و مجدزاده، رضا (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت. فصلنامه

دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴(۴)، ۱۲-۱.

نجفی، محمود؛ بیگدلی، ایمان‌الله، دهشیری، غلامرضا؛ رحیمیان بوگر، اسحق و طباطبایی، موسی (۱۳۹۱). نقش مهارت‌های زندگی در پیش‌بینی سلامت روان دانش‌آموزان. *مجله فرهنگ*

مشاوره و روان‌درمانی، ۳(۱۱)، ۱۱۶-۱۰۱.

نصیری، حبیب‌الله (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و تهیه نسخه ایرانی آن. سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. تهران:

دانشگاه علم و صنعت.

References

- Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bashnell, D. M. & Martin, M. (2000). Validation of the united states version of the world health organization quality of life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiol*, 53(1), 19-23.
- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2015). Preventing tobacco, alcohol, and drug abuse through Life Skills Training. *Handbook of drug abuse prevention research, intervention strategies, and practice*. Washington DC: American Psychological Association.
- Cronin, L. D., Allen, J., Ellison, P., Marchant, D., Levy, A., & Harwood, C. (2017). The importance of life skills for sports degree students: How they contribute to students' academic performance, health-related quality of life and flourishing. *BASES-FEPSAC Conference*.
- Curtis, J., Watkins, A., Rosenbaum, S., Teasdale, S., Kalucy, M., Samaras, K., & Ward, P. B. (2016). Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(3), 267-276.
- Drexler, S., Borrmann, B., & Müller-Kohlenberg, H. (2012). Learning life skills strengthening basic competencies and health-related quality of life of socially disadvantaged elementary school children through the mentoring program "Balu und Du" ("Baloo and you"). *Journal of Public Health*, 20(2), 141-149.
- Flook, L., Goldberg, S. B., Pinger, L., & Davidson, R. J. (2015). Promoting prosocial behavior and self-regulatory skills in preschool children through a mindfulness-based kindness curriculum. *Developmental Psychology*, 51(1), 44-50.
- Hampton, N. Z. (2009). Quality of life of people with HIV substance abuse disorder in Thailand: An exploratory study statistical data included. *Journal of Rehabilitation*, 13(3), 603- 613.

- Jalili, A., Seyedfatemi, N., & Peyrovi, H. (2014). Relapse Model among Iranian Drug Users: A Qualitative Study. *International Journal of Community Based Nursing Midwifery*, 3(1), 2-11.
- King, A., Proutt, A., & Philips, A. (2006). Comparative effects of two physical functioning and quality of life outcomes in older adults. *Biological Sciences and Medical Sciences*, 137(70), 825-832.
- Kolodny, A., Courtwright, D. T., Hwang, C. S., & Kreiner, P. (2015). The prescription opioid and heroin crisis: a public health approach to an epidemic of addiction. *Annual Review of Public Health*, 36, 559-574.
- Lee, K., & Han, S. (2015). Factors affecting the health-related quality of life among male elders. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 7(6), 65-74.
- Nichols, T. R., Mahadeo, M., Bryant, K., & Botvin, G. J. (2008). Examining anger as a predictor of drug use among multiethnic middle school students. *Journal of School Health*, 78(9), 480-486.
- Pesce, C., Marchetti, R., Forte, R., Crova, C., Scatigna, M., Goudas, M., & Danish, S. J. (2016). Youth life skills training: Exploring outcomes and mediating mechanisms of a group-randomized trial in physical education. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 5(3), 232-238.
- Préau, M., Protopopescu, C., Spire, B., Sobel, A., Dellamonica, P., Moatti, J. P. (2007). Health related quality of life among both current and former injection drug users who are HIV-infected. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(2-3), 175-182.
- Rubin, S. E., Chan, F., & Thomas, D. L. (2003). Assessing changes in life skills and quality of life resulting from rehabilitation services. *Journal of Rehabilitation*, 69(3), 4-10.
- Scheurer, D., Choudhry, N., Swanton, K. A., Matlin, O., & Shrank, W. (2012). Association between different types of social support and medication adherence. *The American journal of Managed Care*, 18(12), e461-7.
- Seligman, M. E. P. (2007). *What you can change and what you can't* (2nd ed.). New York.
- Smith, K. W., & Larson, M. J. (2003). Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(2), 323-335.
- Steger, M. F., Mann, J. R., Michels, P., & Cooper, T. C. (2009). Meaning in life, anxiety, depression, and general health among smoking cessation patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(4), 353-358.
- Suor, J. H., Sturge-Apple, M. L., Davies, P. T., & Cicchetti, D. (2017). A life history approach to delineating how harsh environments and hawk temperament traits differentially shape children's problem-solving skills. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(8), 902-909.
- Tanabe, M., Suzukamo, Y., Tsuji, I., & Izumi, S. I. (2012). Communication training improves sense of performance expectancy of public health nurses

- engaged in long-term elderly prevention care program. *ISRN Nursing*. DOI: 10.5402/2012/430560.
- Väänänen, A., Kouvonen, A., Kivimäki, M., Pentti, J., & Vahtera, J. (2008). Social support, network heterogeneity, and smoking behavior in women: the 10-town study. *American Journal of Health Promotion*, 22(4), 246-255.
- Velasco, V., Griffin, K. W., Botvin, G. J., Celata, C., & Lombardia, G. L. (2017). Preventing adolescent substance use through an evidence-based program: effects of the Italian adaptation of life skills training. *Prevention Science*, 18(4), 394-405.
- Weichold, K., Tomasik, M. J., Silbereisen, R. K., & Spaeth, M. (2016). The effectiveness of the life skills program ipsoy for the prevention of adolescent tobacco use: The mediating role of yielding to peer pressure. *The Journal of Early Adolescence*, 36(7), 881-908.
- Wichroski, M. A. (2000). Facilitation self-esteem and social supports in a family life skills program. *Journal of Women and Social Work*, 15, 217-277.
- World Health Organization (1997). Life Skills Education for children and adolescents in schools. Introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programs. *World Health Organization*, 93, 2-7.