

اثربخشی آموزش امید درمانی بر به کارگیری روش های مقابله مثبت با استرس در زنان دارای همسر معتاد^۱

محدثه منوچهری^۲

محمود گلزاری^۳

عزت‌اله کردمیرزا نیکوزاده^۴

تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۱۷

تاریخ وصول: ۹۳/۱۱/۱۶

چکیده

اعتیاد به عنوان یک پدیده شوم اجتماعی اثرات مخرب فراوانی از جمله استرس بر فرد معتاد و خانواده و به‌ویژه همسر وی دارد. آنچه که سلامت رفتار را با خطر روبرو می‌سازد، شیوه ارزیابی فرد از استرس و روش‌های مقابله با آن می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش امید درمانی بر به‌کارگیری روش‌های مقابله مثبت با استرس در زنان دارای همسر معتاد انجام شده است. مطالعه حاضر از نوع نیمه‌تجربی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون) با گروه کنترل و آزمون پیگیری می‌باشد. پژوهش حاضر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس بر روی ۳۰ زن دارای همسر معتاد در شیراز اجرا شد و این تعداد به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزار پژوهش، چک لیست شیوه‌های مقابله با استرس (کارور، شیر و وینتراپ، ۱۹۸۹) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از ویرایش ۱۷ نرم افزار SPSS، از تحلیل کوواریانس و آزمون t همبسته استفاده شد. نتایج حاصل نشان داد آموزش امید درمانی بر به‌کارگیری روش‌های مقابله مثبت با استرس در سطح معناداری $P < 0/001$ مؤثر است، این نتایج در دوره پیگیری نیز پایدار بودند. با توجه به نتایج حاصل از پژوهش می‌توان از آموزش امید درمانی به‌عنوان یکی از روش‌های کمک به زنان دارای همسر معتاد برای به‌کارگیری روش‌های مقابله مثبت با استرس‌هایشان استفاده کرد.

۱. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی دانشگاه علامه طباطبائی می‌باشد.

۲. کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده

مسئول) manochehrimohadeseh@yahoo.com

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی Mahmoud.golzari@gmail.com

۴. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور - واحد البرز knikoozadeh@yahoo.com

واژگان کلیدی: امید درمانی، روش‌های مقابله با استرس، زنان دارای همسر معتاد

مقدمه

سالیان متمادی است که بشر به شیوه‌های مختلف مواد مخدر را به امید کاستن از آلام خویش و یا تغییر دادن حالت هشیاری خود مورد استفاده قرار می‌دهد (دیویسون، نیل^۱، ۲۰۰۱). پژوهش‌های انجام شده در زمینه گرایش به اعتیاد عوامل متعددی مانند بعضی صفات شخصیتی (آگاتسوما و هیروئی^۲، ۲۰۰۹)، درهم‌ریختگی اجتماعی، فشار همسالان، عوامل خانوادگی، مسائل ژنتیکی، مشکلات هیجانی و مشکلات روانی (حسن شاهی، احمدیان^۳، ۲۰۰۵)، کیفیت‌های مراقبت والدینی (فلاگل، وزکیوز و رویینسون^۴، ۲۰۰۳) وجود ریسک‌فاکتورهای روان‌پزشکی (فرانک، نیف، ویفبانش، گانسیک، هاتزینگر و مایر^۵، ۲۰۰۳) را به عنوان عوامل گرایش به اعتیاد نام برده‌اند. در زمینه اثرات منفی الکل و اعتیاد بر روی خانواده در سراسر جهان پژوهش‌های متعددی انجام شده است (برنارد^۶، ۲۰۰۷؛ برتون-فلیپس^۷، ۲۰۰۷؛ گیرلینگ، هوکا، کاسول و کانوی^۸، ۲۰۰۶؛ سیر-جونز^۹، ۲۰۰۶؛ مرکز ملی اعتیاد و سوء مصرف مواد^{۱۰}، ۲۰۰۵؛ آرفورد، ناترا، کاپلو، اتکینسون، تیورکیو و ولمن^{۱۱}، ۲۰۰۵).

همسران افراد معتاد باید عارضه‌های روانی، اجتماعی و اقتصادی مصرف مواد همسرشان را تحمل کنند. از بین عوارض روانی زنانی که دارای همسر معتاد هستند، به استرس اشاره

-
1. Davison, Neal
 2. Agatsuma, Hiroi
 3. Hasanshahi, Ahmadian
 4. Flagel, Vazques, Robinson
 5. Frank, Neef, Weiffenbunch, Gansicke, Hautzinger, Maier
 6. Barnard
 7. Burton-Phillips
 8. Girling, Huakau, Casswell Conway
 9. Sayer-Jones
 10. National Center on Addiction and Substance Abuse [NCASA]
 11. Orford, Natera, Copello, Atkinson, Tiburcio, Velleman

شده است (کاپلو، تمپلتون و پاول^۱، ۲۰۱۰؛ ولمن^۲، ۲۰۱۰؛ شانکرداس^۳، ۲۰۰۲؛ وطن پرست و همکاران، ۱۳۸۷).

استرس را می‌توان پاسخی در نظر گرفت که فرد برای تطبیق با وضعیت خارجی متفاوت با وضعیت عادی به صورت رفتاری روانی یا جسمانی از خود بروز می‌دهد. در این تعریف، استرس عبارت است از عکس‌العمل‌های فرد در مقابل موقعیت‌های تهدیدکننده در محیط (سعادت‌یار، بیطرف، ۱۳۹۰). تأثیر استرس بر شخص سالم تابع عوامل مختلفی است که عبارتند از: شدت استرس، اثرات خاص آن بر شرایط زندگی، وضعیت جسمی روانی فرد (کوکلی^۴، ۲۰۰۳)، تعداد عوامل استرس‌زایی که همزمان اتفاق می‌افتد (محمدی‌نیا، رضایی، حیدری، شریفی پور و دربان، ۱۳۹۱)، سن و وضعیت سازگاری (وقان^۵، ۲۰۱۰).

بررسی‌ها در زمینه استرس بر این نکته تأکید دارند که آنچه سلامت رفتار را با خطر روبرو می‌سازد خود استرس نیست بلکه شیوه ارزیابی فرد از استرس و روش‌های مقابله و مدیریت استرس می‌باشد (پاتی و اینگرام^۶، ۲۰۰۶).

سبک‌های مقابله‌ای مجموعه‌ای از فعالیت‌ها و فرایندهای رفتاری و شناختی برای ممانعت، مدیریت یا کاهش استرس است. لازاروس و فولکمن^۷ (۱۹۸۴) دو شیوه مقابله عمومی، مقابله متمرکز بر مشکل و مقابله متمرکز بر هیجان را برای مهار استرس مشخص نموده‌اند. مقابله متمرکز بر مشکل، مهارتی است که بر پرداختن به خود مسئله یا موقعیت تمرکز می‌کند مثل ارزیابی مجدد مثبت و مقابله هیجان‌مدار معطوف به ناراحتی هیجانی بوده و به عواطفی که با آن موقعیت مرتبط است می‌پردازد نه کنترل خود موقعیت مثل اجتناب از مشکل.

-
1. Copello, Tempelton, Powell
 2. Velleman
 3. Shankerdass
 4. Kockly
 5. Vaghan
 6. Pottie, Ingram
 7. Lazarus & Folkman

افرادی که از راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند به جای تمرکز بر مشکل و حل آن بیشتر در پی آن هستند تا پیامدهای هیجان منفی عامل استرس‌زا را مهار کنند این افراد تحت تأثیر این راهبرد به جای مقابله از کنار مشکلات رد می‌شوند. راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار در کوتاه‌مدت برای کاهش تنش مؤثر هستند اما در بلندمدت اثرات منفی دارند (اسپیلبرگر و ریهایزر^۱، ۲۰۰۵).

در پژوهش هامیده^۲ (۲۰۱۱) مشخص شد که آموزش مهارت‌های مقابله با استرس مانند قاطعیت و خودباوری موجب کاهش استرس در دانشجویان می‌شود. پژوهش دینز^۳ و لسیک^۴ (۲۰۱۰) نیز نشان داد افرادی دارای مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر، رضایت از زندگی بیشتر و استرس کمتری را گزارش کردند.

مطالعه شکری، مرادی، دانشورپور و علی‌طرخان (۱۳۸۷) نشان داد که دختران در سبک‌های مقابله‌اجتنابی و هیجان‌مدار و پسران در سبک مقابله‌مسأله‌مدار نمره‌های بالاتری کسب کردند. همچنین، نتایج این پژوهش نشان داد که دختران در مقایسه با پسران از نشانه‌های سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند. علاوه بر این نیرومندی رابطه بین سبک‌های مقابله و سلامت روانی در دو جنس متفاوت است و از بین سبک‌های مقابله‌ای، سبک‌های مسأله‌مدار و هیجان‌مدار به همراه متغیر جنس در پیش‌بینی سلامت روانی نقش داشتند. غضنفری و قدم‌پور (۱۳۸۷) نشان دادند هر چه افراد از مقابله‌مسأله‌مدار سالم‌تر استفاده کنند سلامت روان بیشتری را گزارش خواهند کرد.

بدیهی است ناتوانی در مواجهه با استرس نتایج منفی بسیاری از قبیل بیماری‌های جسمی و اختلالات روانی به همراه دارد (فلیپ^۵، ۲۰۰۸؛ اندروز، اینلی، فریدنبرگ^۶، ۲۰۰۴). استرس‌های موجود در زندگی زنان دارای همسر معتاد باعث می‌شود که این زنان به سمت اعتیاد بروند (باکینگهام^۷، ۲۰۰۷) و همچنین باعث می‌شود احساس درماندگی و ناامیدی

-
1. Spielberger, Reheiser
 2. Hamaideh
 3. Deniz
 4. Lsik
 5. Philip
 6. Andrews, Ainley, Frydenbrg
 7. Buckingham

کنند از طرف دیگر چون در این خانواده‌ها پدر خانواده معتاد است مادر مسئولیت زیادی در قبال فرزندان دارد و اگر مادر دچار اختلالات روانی شود، خانواده آن‌ها از هم می‌پاشد و بی‌بندوباری در خانواده شکل می‌گیرد (وطن‌پرست و همکاران، ۱۳۸۷).

نتایج مطالعه‌اشنایدر^۱ و همکاران (۱۹۹۱) نشان داد که بین امید^۲ و دادن پاسخ‌های مقابله‌ای به استرس یک رابطه قوی وجود دارد.

امید مجموعه توانایی‌های فرد برای ایجاد گذرگاه‌هایی به سمت اهداف مطلوب و در ادامه داشتن انگیزه لازم برای استفاده از این مسیرها می‌باشد. امید هنگامی نیرومند است که هدف‌های ارزشمندی را دربرگیرد و با وجود موانع چالش‌انگیز ولی برطرف شدنی، احتمال دستیابی به آن هدف‌ها در گستره زمانی وجود داشته باشد (استورات، ۲۰۰۵، نوابی نژاد، ۱۳۸۶).

هدف امیددرمانی^۳ این است که به درمان‌جویان کمک کند تا هدف‌های روشنی را فرمول‌بندی کنند. گذرگاه‌های متعددی را برای رسیدن به آن‌ها بسازند، خود را برای رسیدن به این اهداف برانگیزانند و موانع را به صورت چالش‌هایی برای غلبه بر آن‌ها از نو چارچوب‌بندی کنند (کار، ۲۰۰۴، پاشاشریفی، نجفی زند و ثنایی، ۱۳۸۵).

ناومی، چیم و ایتامار^۴ (۲۰۱۱) نشان دادند که امیددرمانی تأثیر مثبتی در کنار آمدن با شکست‌ها و موفقیت‌ها دارد. نتایج تحقیقات انتونی، لیزا و برگمن^۵ (۲۰۰۶) نشان داد که بین امید و استرس رابطه منفی وجود دارد. در مطالعه‌ای که توسط وال، هبتر و سولدو^۶ در سال ۲۰۰۶ انجام شد نیز از امید به عنوان یک تعدیل‌کننده در ارتباط بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و بهزیستی نوجوانان مورد توجه قرار گرفت. پترسون^۷ (۲۰۰۰)، اشنایدر (۲۰۰۲)، شیر و کارور^۸ (۲۰۰۰) و تیلور، فلدمن، ساندرز و ایلاردی^۹ (۲۰۰۰) در تحقیقات خود به

-
1. Snyder
 2. hope
 3. hope therapy
 4. Naomi, Chaim, Itamar
 5. Anthony, Lisa, Bergeman
 6. Vall, Huebner, Suldo
 7. Peterson
 8. Scheier, Carver
 9. Taylor, Feldman, Saunders, Illardi

این نتیجه رسیدند که امیدواری به‌طور کلی با میزان آسیب‌شناسی روانی همبستگی منفی دارد.

در پژوهش رئیس‌یان خیرآبادی، گلزاری و برجعلی (۱۳۹۰) مشخص شد که این روش آموزشی در کاهش افسردگی و پیشگیری از عود در زنان وابسته به مواد مؤثر بوده است و نتایج در دوره پیگیری نیز ماندگار بودند. در پژوهش علاء‌الدینی، کجیاف و مولوی (۱۳۸۷) نیز روشن شد که امیددرمانی موجب کاهش افسردگی و افزایش امید در دانشجویان دختر می‌شود. نتایج پژوهش بیجاری، قنبری هاشم‌آبادی، آقامحمدیان شعریاف و همایی (۱۳۸۸) نشان داد که امیددرمانی موجب افزایش امید به زندگی و کاهش افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه می‌شود.

بر اساس مطالعات انجام شده در حیطه اعتیاد کمتر به مسأله خانواده و به ویژه همسران افراد معتاد توجه شده است. در همین تعداد محدود مطالعات در مورد همسران، پژوهش‌ها بیشتر از نوع آماری و رابطه‌ای جهت مشخص کردن مشکلات این زنان بوده است و کمتر مطالعه‌ای برای رفع مشکلات این زنان انجام شده است.

از طرفی دیگر امیددرمانی موضوع جدیدی در حیطه کارهای روانشناسی و ادبیات پژوهشی می‌باشد. در عین حال اثربخشی آموزش امیددرمانی بر روی گروه‌های متعدد و جهت بهبود وضعیت روانی آن‌ها انجام شده است که همه آن‌ها حاکی از تأثیر مثبت این روش آموزشی بر بهبود وضعیت روحی و جسمی افراد مورد پژوهش می‌باشند، اما هنوز این روش درمانی بر روی زنان دارای همسر معتاد اجرا نشده است. بنابراین در این پژوهش به دنبال اجرای این روش درمانی بر روی این زنان هستیم و می‌خواهیم ببینیم که آیا آموزش امیددرمانی بر به‌کارگیری روش‌های مقابله مثبت با استرس زنان دارای همسر معتاد، مؤثر است؟ و آیا این نتایج در یک دوره پیگیری شش هفته‌ای ماندگار است؟

روش پژوهش

شرکت‌کنندگان: جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت است از کلیه زنانی که همسر آن‌ها معتاد بوده و برای ترک اعتیاد به یکی از کلینیک‌ها یا مراکز دولتی و یا خصوصی شهر شیراز مراجعه کرده است. با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر از بین

این زنان انتخاب شد که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. از ملاک‌های ورود به نمونه ۱. دارا بودن همسر معتاد که برای ترک به مرکز درمانی مراجعه کرده و ۲. داشتن سواد خواندن و نوشتن می‌باشد و در صورت غیبت بیش از ۲ جلسه از جلسات گروه، شرکت کننده از نمونه خارج می‌شد.

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و آزمون پیگیری می‌باشد.

ابزار پژوهش: ۱- چک‌لیست شیوه‌های مقابله با استرس^۱ (تجدید نظر شده) -CS-R: این پرسشنامه ابزاری چندبعدی است که شیوه‌های پاسخ‌دهی افراد به استرس را بررسی می‌کند. این چک‌لیست بر اساس مدل لازاروس از استرس و مدل خودنظم‌دهی رفتاری که توسط کارور و شیر و وینتراب^۲ (۱۹۸۹) ارائه شده، تهیه گردیده است.

این چک‌لیست حاوی ۲۸ سؤال است که میزان استفاده از ۱۴ پاسخ مقابله‌ای را مورد سنجش قرار می‌دهد. در این چک‌لیست برای تشخیص میزان استفاده از هر پاسخ مقابله‌ای دو سؤال قرار گرفته است.

۱۴ پاسخ مقابله‌ای در سه راهبرد مقابله‌ای به شرح زیر طبقه‌بندی شده‌اند.

۳ پاسخ مقابله‌ای در زمره‌ی راهبرد مقابله‌ای مسأله‌مدار جا می‌گیرد. شامل: الف) مقابله فعال (گویه ۲ و ۷)، ب) مقابله برنامه‌ریزی (گویه ۱۴ و ۲۵)، ج) جستجوی حمایت اجتماعی کارساز (گویه ۱۰ و ۲۳).

۷ پاسخ مقابله‌ای در گروه راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار قرار می‌گیرد. شامل: الف) مقابله انکار (گویه ۳ و ۸)، ب) جستجوی حمایت اجتماعی و عاطفی (گویه ۵ و ۱۵)، ج) مقابله روی‌آوری به مذهب (گویه ۲۲ و ۲۷)، د) مقابله پذیرش (گویه ۲۰ و ۲۴)، ه) سرزنش خود (گویه ۱۳ و ۲۶)، و) مقابله تفسیر مجدد (گویه ۱۲ و ۱۷)، ز) طنز (گویه ۱۸ و ۲۸).

1. Coping with Stress Inventory- Revise
2. Carver, Schier, Weintrap

۴ پاسخ مقابله‌ای در حیطه راهبردهای مقابله‌ای کمتر مفید و غیر مفید قرار می‌گیرد. شامل: الف) تمرکز بر عاطفه و ابراز آن (گویه ۹ و ۲۱)، ب) عدم درگیری ذهنی (گویه ۱۱ و ۱۹)، ج) عدم درگیری رفتاری (گویه ۶ و ۱۶)، د) استفاده از دارو و دخانیات (گویه ۴ و ۱۱). در این پرسشنامه در مقابل هر گزینه ۴ مقیاس «اصلاً»، «کم»، «متوسط» و «زیاد» وجود دارد. برای نمره‌گذاری به ترتیب از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. برای محاسبه نمره پاسخ مقابله‌ای استفاده شده از جمع نمرات کسب شده در دو سؤال مربوط به آن روش مقابله‌ای استفاده می‌شود به این ترتیب برای هر پاسخ مقابله‌ای نمره‌ای در طیف ۰ تا ۶ به دست می‌آید. برای تعیین نمره هر راهبرد مقابله‌ای نمرات مربوط به پاسخ‌های مقابله‌ای مربوط به هر راهبرد جمع و نتیجه را بر تعداد پاسخ‌های مقابله‌ای تشکیل دهنده‌ی آن راهبرد تقسیم می‌کنند. در پژوهش حاضر با توجه به اینکه به دنبال تأثیر امیدرمانی بر روی راهبردهای مقابله‌ای مثبت هستیم بنابراین فقط از گویه‌های مربوط به خرده‌مقیاس پاسخ‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار (۲، ۷، ۱۰، ۱۴، ۲۳، ۲۵) و پاسخ‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار مثبت (۵، ۱۲، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۴، ۲۶) استفاده شد.

در پژوهش بهروزیان و نعمت‌پور (۱۳۸۶) ضریب پایایی بازآزمون این چک‌لیست ۰/۹۳ گزارش شده است. در پژوهش حاضر جهت محاسبه پایایی چک‌لیست شیوه‌های مقابله با استرس از آلفای کرونباخ استفاده شد و پایایی این چک‌لیست (پاسخ‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار و هیجان‌مدار) در پیش‌آزمون ۰/۸۱، در پس‌آزمون ۰/۸۹ و در آزمون پیگیری ۰/۸۲ به دست آمد.

شیوه اجرای پژوهش: به منظور اجرای این پژوهش با حضور در جلسه آموزش خانواده مرکز اجتماع درمان‌مدار شهر شیراز که برای خانواده‌های بیماران وابسته به مواد برگزار می‌شود و توضیح درمورد برنامه از بین داوطلبانی که شرایط ورود به نمونه را داشتند ۳۰ نفر انتخاب شدند که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای آزمودنی‌های گروه آزمایش برنامه آموزشی امیدرمانی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی ارائه شد. در هر دو گروه آزمایش و کنترل دوبار بار چک‌لیست شیوه‌های مقابله با استرس اجرا شد (پیش‌آزمون، پس‌آزمون) علاوه بر این در گروه آزمایش آزمون پیگیری

نیز یک ماه و نیم پس از اتمام دوره آموزشی اجرا شد. هدف از تشکیل گروه آموزش مهارت‌هایی برای ایجاد انگیزه و رسیدن به اهداف بر اساس نظریه امید درمانی می‌باشد. در هر جلسه ۲۰ دقیقه خلاصه‌ای از مباحث جلسه قبل و بررسی تکالیف خانه ارائه می‌شد؛ ۲۰ دقیقه یک مهارت جدید در مورد امید که در سه حیطه اهداف، گذرگاه‌ها و عامل می‌باشد، آموزش داده می‌شد؛ ۳۰ دقیقه در مورد شیوه‌های به کارگیری این مهارت‌ها در زندگی روزمره صحبت می‌شد و مراجعان تشویق می‌شدند تا مسائل را به صورت عینی و روشن مطرح کرده و با کمک یکدیگر این مسائل را با استفاده از مهارت‌های امید حل کنند. در طول این بخش درمانگر فرایندهای گروهی را ترغیب کرده و همزمان تلاش می‌کرد تا مکالمات در گروه بر عناوین مربوط به امید متمرکز شده و در چارچوب نظریه امید قالب‌بندی شود و ۲۰ دقیقه آخر هر جلسه نیز به جمع‌بندی مطالب جلسه، پاسخ به سؤالات اعضا و ارائه تکلیف برای بین دو جلسه اختصاص داشت.

محتوای جلسات به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول: اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر، درمانگر و ساختار گروه، معرفی برنامه آموزشی و هدف از اجرای آن.

جلسه دوم: تعریف، توضیح و بیان ویژگی‌های هدف، بیان اهمیت هدفمند بودن در زندگی.

جلسه سوم: صحبت در مورد راه‌های رسیدن به هدف، صحبت در مورد احساسات ناشی از رسیدن به هدف یا ناکام ماندن هدف، راهکارهایی برای بیشتر کردن احتمال دستیابی به هدف.

جلسه چهارم: صحبت در مورد راه‌های افزایش نیروی عامل و یا انگیزه رسیدن به اهداف، تعریف انگیزش، حیطه‌های مهم انگیزش و انرژی: انرژی فیزیکی؛ انرژی روانی، صحبت در مورد انرژی روانی.

جلسه پنجم: ادامه بحث در مورد راه‌های افزایش نیروی عامل و یا انگیزه رسیدن به اهداف، صحبت در مورد انرژی فیزیکی به عنوان عاملی در افزایش قدرت اراده؛ توجه به تغذیه، ورزش، صحبت در مورد قدرت راهیابی.

جلسه ششم: صحبت در مورد موانع رسیدن به هدف، صحبت در مورد خود‌گویی‌های منفی به عنوان یکی از موانع، دلیل استفاده از خود‌گویی‌های منفی، بیان استراتژی‌هایی برای تغییر خود‌گویی‌های منفی.

جلسه هفتم: صحبت در مورد لغزش و لغزش مجدد در مسیر رسیدن به هدف، ارائه راهکارهایی برای جلوگیری از لغزش مجدد.

جلسه هشتم: جمع‌بندی جلسات، گرفتن بازخورد از اعضای گروه، اجرای پس‌آزمون و مشخص کردن جلسه پیگیری.

به منظور رعایت اصول اخلاقی قبل از انجام تحقیق در یک جلسه حضوری در مورد هدف از تشکیل گروه، دستاوردها و میزان تأثیرگذاری گروه، وظیفه درمانگر و مسئولیت شرکت‌کنندگان و اختیاری بودن شرکت در جلسات گروه و همچنین برگزاری جلسات برای اعضای گروه گواه صحبت شد.

شیوه تحلیل داده‌ها: جهت تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از این پژوهش علاوه بر استفاده از آماره‌های توصیفی همچون میانگین و انحراف معیار، جهت مقایسه میانگین‌های دو گروه پژوهش (گروه آزمایش و گروه کنترل) در آمار استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و آزمون t همبسته استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

شاخص‌های توصیفی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای روش‌های مقابله مثبت با استرس در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات دو گروه در پاسخ‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار و هیجان‌مدار

متغیر	گروه	ارزیابی	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
		پیش‌آزمون	۱۵	۲۰/۶۰	۵/۷۱
روش‌های مقابله مثبت با استرس	آزمایش	پس‌آزمون	۱۵	۲۶/۴۰	۴/۸۳
		پیگیری	۱۵	۲۶/۵۳	۴/۷۶

۴/۸۷	۲۱/۲۶	۱۵	پیش‌آزمون	کنترل
۵/۴۵	۲۳/۰۶	۱۵	پس‌آزمون	

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات روش‌های مقابله با استرس در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون تفاوت زیادی دارد در صورتی که بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نمی‌شود. در این پژوهش دو فرضیه مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جداول زیر ارائه می‌شود:

فرضیه ۱- امیددرمانی بر به کارگیری روش‌های مقابله مثبت با استرس در زنان دارای همسر معنادار مؤثر است.

با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد، برای بررسی اثربخشی مداخله‌درمانی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. جهت استفاده از تحلیل کوواریانس ابتدا باید پیش‌فرض‌های استفاده از آن را مورد بررسی قرار داد و در صورت تأیید پیش‌فرض‌ها می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد. به همین جهت ابتدا برای مشخص کردن طبیعی بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد و نتایج طبیعی بودن توزیع نمرات را تأیید کردند سپس برای تعیین یکسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که در این مورد نیز نتایج یکسانی واریانس‌ها را نشان دادند. بنابراین با تأیید مفروضه‌های استفاده از تحلیل کوواریانس، می‌توان برای مقایسه نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش با گروه کنترل از تحلیل کوواریانس استفاده کرد که در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس آورده شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین نمرات روش‌های مقابله مثبت با استرس در گروه آزمایش و کنترل

منبع	میانگین	تاریخ	مسطح معناداری	تاریخ	تاریخ	منبع
پیش‌آزمون	۴۸۰/۲۰	۱	۴۹/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴	

گروه	۱۱۰/۸۷	۱	۱۱۰/۸۷	۱۱/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹
خطا	۲۶۴/۳۲	۲۷	۹/۷۹			
کل	۱۹۱۸۰/۰۰	۳۰				

چنانچه در جدول فوق مشاهده می‌شود بین میانگین نمرات پس‌آزمون روش‌های مقابله مثبت با استرس بعد از حذف اثر پیش‌آزمون در سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۰۱ تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه پژوهشی تأیید می‌شود و می‌توان نتیجه گرفت که امیددرمانی به طور معناداری موجب افزایش به کارگیری روش‌های مقابله مثبت با استرس در پس‌آزمون شده است.

فرضیه ۲- امیددرمانی بر به کارگیری روش‌های مقابله مثبت با استرس در زنان دارای همسر معنادار در پیگیری شش هفته‌ای پایدار است.

به منظور مقایسه نمرات پس‌آزمون با نمرات پیش‌آزمون پیگیری در گروه آزمایش نیز از آزمون t همبسته استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳. مقایسه میانگین‌های روش‌های مقابله مثبت با استرس در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

شاخص مرحله	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	درجات آزادی	سطح معناداری
پس‌آزمون	۱۵	۲۶/۴۰	۴/۸۳	۱/۴۶	۱۴	۰/۱۶
پیگیری	۱۵	۲۶/۵۳	۴/۸۷			

همان‌گونه که نتایج جدول نشان می‌دهد میانگین نمرات روش‌های مقابله مثبت با استرس در آزمون پیگیری تغییری نسبت به میانگین نمرات روش‌های مقابله مثبت با استرس در پس‌آزمون نداشته است. به علاوه با توجه به نتایج حاصل از آزمون t (۱/۴۶) و همچنین سطح معنی‌داری این آزمون که برابر ۰/۱۶ می‌باشد، با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات روش‌های مقابله مثبت با استرس در آزمون پیگیری با

پس آزمون معنادار نمی‌باشد. به عبارت دیگر می‌توان گفت که بین میانگین نمرات آزمون پیگیری با پس آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد و این مداخله اثرات پایداری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر که با هدف بررسی اثر بخشی آموزش امید درمانی بر به کارگیری روش‌های مقابله مثبت با استرس در زنان دارای همسر معتاد انجام شده است، نشان داد که آموزش امید درمانی بر به کارگیری روش‌های مقابله مثبت با استرس در زنان دارای همسر معتاد مؤثر است و این اثر در دوره پیگیری نیز ماندگار می‌باشد.

اعتیاد مشکلات جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی فراوانی برای همسران فرد معتاد در پی دارد (وطن پرست و همکاران، ۱۳۸۷). استرس بخش جدایی ناپذیری از زندگی انسان می‌باشد، اما میزان آن در افراد مختلف، متفاوت است. وجود یک فرد بیمار در خانواده موجب می‌شود که افراد خانواده در معرض استرس شدیدتری قرار بگیرند. نتایج پژوهشی که توسط آرفورد، ولمن، کاپلو، تمپلتون و ایبانگا^۱ (۲۰۱۰) انجام شد، نشان داد که زندگی یا داشتن رابطه نزدیک با یک فرد معتاد مثل زندگی با بیماری که دچار مشکلات جسمی است، می‌باشد. آنچه سلامت رفتار را با خطر روبرو می‌سازد خود استرس نیست بلکه شیوه ارزیابی فرد از استرس و روش‌های مقابله و مدیریت استرس می‌باشد (پاتی و اینگرام، ۲۰۰۶). بنابراین به کارگیری شیوه‌های مثبت در مقابله با استرس در سلامت فرد مؤثر می‌باشد.

در تبیین نتایج احتمالی این پژوهش می‌توان گفت که پیامدهایی مانند فقر، زندگی بی‌معنا و ناامیدی که اعتیاد برای همسران این افراد دارد، باعث بی‌توجهی آن‌ها به وضعیت سلامت خود اعم از سلامت جسمانی و روانی می‌شود. همین فشار بیش از حد مشکلات اقتصادی و خانوادگی به فرد اجازه نمی‌دهد که در مورد شیوه‌های مقابله با استرس فکر کند. در طی جلسات امید درمانی به فرد کمک می‌شود تا اهداف خاصی را برای خود در نظر بگیرد و برای رهنمون شدن به سمت آن اهداف برنامه‌ریزی کند. فرد در مسیر رسیدن به اهداف باید موانع و مشکلات را برطرف کند. استرس زیاد نیز می‌تواند به عنوان یکی از موانع رسیدن به

1. Velleman, Copello, Templeton, Ibanga

هدف در نظر گرفته شود. بنابراین در طی جلسات آموزش امیددرمانی به کارگیری روش‌های مقابله مثبت با استرس راهی است برای هموار کردن مسیر رسیدن به اهداف. لازم به ذکر است که افراد به صورت داوطلبانه در این گروه مشارکت کردند، بنابراین نمی‌توان عامل انگیزش را در پیشرفت افراد گروه نادیده گرفت. این پژوهش بر روی دامنه سنی خاصی (۲۵ تا ۴۵ سال) انجام شده است بنابراین تعمیم نتایج به دیگر گروه‌های سنی باید با اطمینان انجام شود. همچنین محدود شدن پژوهش به زنان دارای همسر معتاد باعث می‌شود که تعمیم نتایج به دیگر گروه‌ها مستلزم رعایت احتیاط باشد. با توجه به مؤثر بودن آموزش امیددرمانی پیشنهاد می‌شود که در مراکز ترک اعتیاد از این آموزش به عنوان راه حلی جهت کمک به افراد معتاد و همسران آن‌ها استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی این آموزش بر دیگر مشکلات زنان دارای همسر معتاد و اعضای خانواده او مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- استورات، ویلیام. (۲۰۰۵). *دایره‌المعارف مشاوره*. ترجمه شکوه نوابی نژاد، ۱۳۸۶. تهران: نشر علم.
- بهروزیان ف و نعمت پور س. (۱۳۸۶). بررسی عوامل استرس‌زا، راهبردهای مقابله‌ای و ارتباط آن‌ها با سلامت عمومی ۸۴ دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور - دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۱۳۸۵ اهواز. *مجله علمی پزشکی*. ۶ (۳).
- بیجاری ه، قنبری هاشم آبادی ب، آقامحمدیان شعر باف ح و همایی ف. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امیددرمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی*. ۱۰ (۱).
- رئیس‌یان خیرآبادی، ا. گلزاری م و برجعلی ا. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش امیددرمانی بر کاهش افسردگی و پیشگیری از عود در زنان درمانجوی وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*. ۵ (۱۷).

سعادت یار ف و بیطرف ف. (۱۳۹۰). مروری بر علل و پیامدهای استرس با توجه به عامل جنسیت در نیروهای پلیس. *توسعه انسانی*. (۳۸). صص ۱۰۹-۱۳۲.

شکری، ا. مرادی ع، دانشورپور ز و علی طرخان ر. (۱۳۸۷). نقش تفاوت‌های جنسیتی در سبک‌های مقابله با استرس و سلامت روانی. *دوفصلنامه روانشناسی معاصر*. سال سوم. شماره ۱.

علاءالدینی، ز. کجیاف م ب و مولوی ح. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی امیددرمانی گروهی بر میزان امید و سلامت روانی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*. ۱ (۴).

غضنفری ف و قدم پور ع. (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روانی در ساکنین شهر خرم آباد، *فصلنامه اصول بهداشت روانی*. شماره ۳۷. صص ۴۷-۵۴.

کار، آلن. (۲۰۰۴). *روانشناسی مثبت: علم شادمانی و نیرومندی‌های انسان*. (ترجمه: حسن پاشاشریفی، جعفر نجفی زند و باقر ثنایی، ۱۳۸۵). تهران: سخن.

محمدی نیا، ن. رضایی، م ع. حیدری خ. شریفی پور، ح. و دربان، ف. (۱۳۹۱). بررسی منابع استرس‌زا و شیوه‌های مقابله با آن در دانشجویان علوم پزشکی. *فصلنامه افق پرستاری*. (۱) ۱.

وطن پرست، ا. خزائلی پارسا، ف. قازاریان، م. محرم خانی، ف. فتحعلی لواسانی، ف، جلال م. یعقوبی، آ. و موسوی شندی، پ. (۱۳۸۷). *بسته آموزشی پیشگیری از مصرف مواد ویژه همسران سوء مصرف کنندگان مواد*. به سفارش دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد تهران.

- Agatsuma, & Hiroi , N. (2009). Genetic busis of drug Dependence and combrbid behavioral traits. *Nihon shinkei seishin*, 24(3), 137- 145.
- Andrews, M. Ainley, M. & Frydenberg, E. (2004). Adolescent Engagement with Problem Solving Tasks. The role of Coping Style, Self- Efficacy and Emotions. AARE. *International Conference*.
- Anthony, D. O. Lisa, E. & Bergeman, C. S. (2006). Hope as a Source of Resilience in Later Adulthood, Originally published in *Personality and Individual Differences*, 41: 7 .
- Barnard, M. (2007). *Drug addiction and families*. London and Philadelphia: Kingsley.

- Buckingham, S. (2007). *Gender responsive therapy for adolescent girls who abuse substances. Understanding loss of voice and social relational aggression*. Master of art. University of Maryland.
- Burton-Phillips, E. (2007). *Mum, can you lend me twenty quid? What drugs did to my family*. London: Piatkus Books.
- Carver, CS. Scheier, MF. Weintrub, JK. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*; 56:267-83.
- Copello, A. Tempelton, L. & Powell, J. (2010). The impact of addiction on the family: Estimates of prevalence and costs. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(1), 63-74.
- Davison, G C. & Neal, J.M. (2001). *Abnormal psychology*. New York: John Wiley & sons.
- Deniz, M. E, Lsik, E. (2010). Positive and Negative Affect Life Satisfaction and Coping with Stress by Attachment Styles in Turkish Students, *Psychological Rep*; 107 (2): 480-490.
- Felagel, S. B. Vazques, D. M. & Robinson, T. E. (2003). Manipulation During the second week of life increase susceptibility to cocaine self-Administration in female rats *Neuropsychopharmacology* (28), 1741-1751.
- Frank, p. Neef, D. Weiffenbunch, O. Gansicke, M. Hautzinger, M. & Maier, W. (2003). Psychiatric Comorbidity in Risk Groups of opioid Addiction. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 71(1), 37-44.
- Girling, M. Huakau, J. Casswell, S. & Conway, K. (2006). *Families and heavy drinking: Impact on children's well-being. [Systematic Review]*. Centre for Social and Health Outcomes Research and Evaluation and Te Ropu Whariki, Massey University.
- Hamaideh, S. H. (2011). Stressors and Reactions to Stressors Among University Students, *International Journal Sco Psychiatry*; 57 (1): 69-80.
- Hassan Shahi, M. & Ahmadian, K. (2005). Study of mental health drugs, mental battalion dependent patients. *Journal of Mental Health Principles*, 3(23-24), 131-139.
- Kockly, R. (2003). *Strees and fatigue in Mental Health Nursing - 5th Ed*. Fontain Fletcher-Fondations of Neurology- Pearson Education. London: Taylor and Francis.
- Lazarus, R. S. Folkman, S. 1984. *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing, New York.
- Naomi, Z. Chaim, A. B. & Itamar, O. (2011). The effect of positive music and dispositional hope on state hope and affect, *Psychology of Music*, 39, 13-17.
- National Center on Addiction and Substance Abuse (NCASA). (2005). *Family matters: Substance abuse and the American family: A CASA White Paper*. CASA at Columbia University.

- Orford, J. Natera, G. Copello, A. Atkinson, C. Tiburcio, M. Velleman, R. & et al. (2005). *Coping with alcohol and drug problems: The experiences of family members in three contrasting cultures*. Published by Routledge.
- Orford, J. Velleman, R. Copello, A. Templeton, L. & Ibanga, A. (2010). The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(S1), 44-62.
- Peterson, C. (2000). *The Future of Optimism*, *American Psychologist*, 55, 45-55.
- Philip, B. A. (2008). Comparative longitudinal study of stress in student nurses in five countries: Albania, Brunei, the Czech Republic, Malta and Wales. *Nurse Education Today*, 28(2), 134-45.
- Pottie, C. G. & Ingram, K. M. (2006). Coping responses used by parents of children with autism. Poster presented at the 114th *American Psychological Association Convention, New Orleans, LA*.
- Sayer-Jones, M. (2006). *In my life*. Canberra: Commonwealth of Australia. Published by Australian Government Department of Health and Aging.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (2000). Optimism. In G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of stress*, San Diego: Academic Press; 3: 99-102.
- Shankerdass, M. K. (2002) Women and Drug Abuse: The Problem in India. *United nations international druge control programme*.
- Snyder, C. R. (2002), *Hope therapy: Rainbows in the Mind*, *Psychological Inquiry*; 13, 249- 275.
- Snyder, C. R. Harris, C. Anderson, J. R. Holleran, S. A. Irving, L. M. Sigmon, S. T. Yoshinobu, L. Gibb, J. Langelle, C. & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differencesmeasure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.
- Spielberger, C.D. & Reheiser, E.C. (2005) *Occupational stress and health*. In *New Perspectives in Occupational Health Psychology* (Antoniou, A.G. &Cooper, C.L., eds). Edward Elgar, Cheltenham, Great Britain, pp. 451-454.
- Taylor, J.D. Feldman, D.B. Saunders, R.S. & Illardi, S.S. (2000). Hope Theory and Cognitive Behavioral Therapies. In C.R. Snyder (Ed.) *Handbook of Hope Theory, Measures, and Application* (pp. 109-122).
- Vaghan, B. (2010). *Nursing fundamentals Demystified Self Teaching*. New York McGraw Hill Medical Co.
- Valle, M. F. Huebner, E. S. & Suldo, S. M. (2006). An analysis of hope as a psychological strength. *Journal of School Psychology*, 44, 393 – 406.
- Velleman, R. (2010). The policy context: Reversing a state of neglect. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(S1), 8-35.