

بررسی اثربخشی آموزش تاب آوری بر سلامت روان افراد مبتلا به وابستگی مواد در کانون توسکای شهر تهران

رضا احمدی^۱، پرویز شریفی درآمدی^۲

تاریخ وصول: ۹۲/۱۱/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۳/۷/۳۰

چکیده

مقدمه: تحقیقات نشان می دهد که گروههای مختلف افراد بعضا از لحاظ سلامت روان در سطح پایین تر از عادی می باشند. از این رو به نظر می رسد که افراد مبتلا به وابستگی مواد نیز از لحاظ کارکردهای سلامت روان دچار مخاطره هستند.

هدف: هدف تحقیق حاضر تعیین اثربخشی برنامه آموزش تاب آوری بر سلامت روان افراد مبتلا به وابستگی مواد در کانون توسکای شهر تهران می باشد.

روش: این تحقیق جزء تحقیقات کاربردی بوده و روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است. جامعه ی آماری شامل کلیه ی نوجوانان و جوانان پسر مبتلا به وابستگی مواد کانون توسکا که در برنامه ی ۲۸ روزه ایمان مدار- پرهیز مدار تحت درمان بوده اند، می باشد. حجم نمونه ی مورد نظر شامل ۴۲ نفر می باشد که به صورت تصادفی ساده انتخاب شده اند. ابزارهای مورد استفاده در این تحقیق پرسشنامه های سلامت عمومی (GHQ₂₈) و پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون می باشند که بر اساس آن، آزمونها به صورت گروهی انجام شده است.

۱. کارشناس ارشد دانشگاه علامه طباطبایی (نویسنده مسئول) Ahmadirez@Gmail.com

۲. دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی Dr.sharifidaramadi@yahoo.com

یافته ها: یافته های تحقیق حاضر نشان می‌دهد که آموزش تاب آوری بر سلامت روان افراد مبتلا به وابستگی مواد در کانون توسکا موثر است ($p < 0/01$).

نتیجه گیری: نتیجه تحقیق حاضر نشان می‌دهد که آموزش تاب آوری بر بهبود سلامت روان افراد مبتلا به وابستگی مواد نقش مهم و تعیین کننده ای دارد. بدین معنا که آموزش تاب آوری باعث افزایش سلامت روان افراد مبتلا به وابستگی مواد می‌شود. بر اساس یافته های پژوهش پیشنهاد می‌شود که به افراد مبتلا به وابستگی مواد آموزش تاب آوری داده شود. همچنین به نظر می‌رسد که یافته‌های تحقیق حاضر می‌تواند در برنامه ریزی های پیشگیری، آموزشی و بهداشت روانی افراد مبتلا به وابستگی مواد موثر باشد.

واژگان کلیدی: تاب آوری، سلامت روان، وابستگی مواد.

مقدمه

ورنر^۱ از جمله اولین دانشمندانی بود که در دهه ۱۹۷۰ از اصطلاح تاب آوری^۲ استفاده کرد. تاب آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی روانی، در شرایط خطرناک است (کانر و دیویدسون^۳، ۲۰۰۳). در واقع، تاب آوری پدیده ای است که از پاسخ های انطباقی طبیعی انسان حاصل می‌شود و علیرغم رویارویی فرد با تهدیدهای جدی، وی را در دستیابی به موفقیت و غلبه بر تهدیدها توانمند می‌سازد (خدا رحیمی، ۱۳۷۴). کامپفر^۴ (۱۹۹۹) باور داشت که تاب آوری بازگشت به تعادل اولیه^۵ یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر (در شرایط تهدید کننده) است و از این رو سازگاری موفق در زندگی را فراهم می‌کند. در روان شناسی، ظرفیت مثبت افراد برای سازگاری با استرس و فجایع را تاب آوری نامیده اند. در این معنا تاب آوری به عنوان عوامل محافظتی و مقاومت در مقابل عوامل خطر ساز آینده مورد توجه واقع شده است (کیانی، ۱۳۸۹). تاب آوری به عنوان یکی از سازه های اصلی شخصیت برای فهم انگیزش،

-
1. Werner
 2. Resiliency
 3. Conner & Davidson
 4. Kumpfer
 5. Base line homeostasis

هیجان و رفتار مفهوم سازی شده است (بلاک^۱، ۲۰۰۵؛ به نقل از کیانی، ۱۳۸۹). بلاک معتقد است، تاب‌آوری توانایی منطبق ساختن سطح کنترل بر حسب شرایط محیطی می‌باشد. در نتیجه این انعطاف‌پذیری انطباقی، افراد دارای سطح بالایی تاب‌آوری با احتمال بیشتری در زندگی خود عواطف مثبت را تجربه می‌نمایند و اعتماد به نفس بالاتری داشته و در مقایسه با افرادی که از سطح پایین تاب‌آوری برخوردارند، سازگاری روان‌شناختی بهتری دارند (کیانی، ۱۳۸۹). به باور ماستن^۲ (۲۰۰۱) هنگامی که فاجعه از سر بگذرد و نیازهای اولیه انسانی تأمین گردد، آن‌گاه تاب‌آوری به‌ظهور می‌رسد. در نتیجه‌ی فرآیند تاب‌آوری، اثرات ناگوار، اصلاح یا تعدیل و یا حتی ناپدید می‌گردند و سلامت روان حفظ می‌شود (توگاد^۳ و فردریکسون^۴، ۲۰۰۴؛ انزلیچت^۴ و همکاران، ۲۰۰۶؛ فریبرگ^۵ و همکاران، ۲۰۰۶). بسیاری از محققان بین تاب‌آوری و مشکلات روان‌شناختی رابطه‌ای معنا دار و منفی را گزارش کرده‌اند و چنین بیان می‌دارند که این سازه می‌تواند به‌عنوان عامل میانجی بین سلامت روان و بسیاری دیگر از متغیرها قرار گیرد و با ارتقای تاب‌آوری، فرد می‌تواند در برابر عوامل استرس‌زا، اضطراب آور و همچنین عواملی که مسبب به‌وجود آمدن بسیاری از مشکلات روان‌شناختی آنها می‌شود از خود مقاومت نشان داده و بر آنها غلبه نمایند (بشارت و همکاران، ۱۳۸۷). محققان بطور مشترک تاب‌آوری را پیش‌بین سلامت روانی و پیامد ظرفیت کارکردی و کفایت اجتماعی تعریف کرده‌اند (اولسون^۶، ۲۰۰۳). با توجه به اینکه اعتیاد یک مشکل سلامتی و بهداشت عمومی در تمام کشورهای محسوب می‌شود، بنابراین هر قدمی که در جهت مقابله با این معضل خانمان‌سوز برداشته شود، نقش مهمی در جلوگیری از به‌هدر رفتن امکانات

1. Block
2. Masten
3. Tugade & Fredrickson
4. Inzalicht
5. Friborg
6. Olsson

و سرمایه‌های مادی و معنوی جامعه دارد. در دنیای مدرن و پیچیده امروزی نیز مسأله سلامت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

سلامت روان عبارتست از: یک حالت پویا و کاملی از فقدان نشانه‌های بیماری و حضورنشانه‌های سلامت که دارای ابعاد ذهنی، روانی و اجتماعی است (کیس^۱، ۲۰۰۲). سلامت روان، نیازی اساسی و برای بهبود کیفیت زندگی انسان، امری حیاتی است (سازمان بهداشت جهانی؛ به نقل از رحیمیان بوگرو همکاران، ۱۳۸۷). افرادی که با مشکلات سلامت روانی مواجه هستند توانایی مواجه شدن با وظایف خود را از دست می‌دهند. آنها هم چنین در مقایسه با همسالانشان سطوح تاب آوری پایین تری نشان داده و بدون کمک احتمال تبدیل شدن به یک بزرگسال موثر در آینده را از دست می‌دهند. رفتارهایی از قبیل مشکلات ارتباطی با همسالان، افکار و رفتار خودکشی، سوء مصرف مواد و الکل هم پیامدهای رایجی هستند که نوجوانان در معرض خطر قرار دارند که خدمات موثر سلامت روانی می‌تواند این موانع را کاهش داده و مشکلات بعدی را ارزیابی و پیشگیری نماید (کاترین^۲، ۲۰۰۷). هم چنین در زمینه‌ی پیامدهای تاب آوری، شماری از پژوهش‌ها به افزایش سطح سلامت روان اشاره داشته‌اند از جمله: آنتونسکی^۳ (۱۹۸۷)؛ لازاروس^۴ (۲۰۰۴) و سیلیمان^۵ (۱۹۹۴)؛ به نقل از داداش زاده، (۱۳۸۸). ولف^۶ (۱۹۹۵) در زمینه تأثیر مثبت تاب آوری بر سلامت روان بر ویژگی‌های اساسی افراد تاب آور که سلامت روان را ارتقا می‌بخشد مانند توان اجتماعی، توانمندی، حل مسأله، خودگردانی و احساس هدفمندی و باور به آینده‌ای روشن تأکید دارد.

در برخی از پژوهش‌ها نیز بین تاب آوری و سرسختی با اضطراب و افسردگی رابطه منفی معنی داری ملاحظه شده است و نشان داده شده است که افراد تاب آور می‌توانند بر انواع

-
1. Keyes
 2. Catherine
 3. Antonovsky
 4. Lazarus
 5. Silliman
 6. Wolff

اثرات ناگوار چیره شوند (انزلیچت، ارنسون^۱، گود^۲ و مککی^۳، ۲۰۰۶؛ به نقل از رحیمیان بوگر و همکاران، ۱۳۸۵). سامانی و همکاران (۱۳۸۶) در تحقیقی به بررسی تأثیر تاب‌آوری بر سلامت روانی و رضایت از زندگی پرداختند. در این تحقیق ۲۸۷ دانشجوی دانشگاه شیراز ارزیابی شدند. نتایج تحقیق حاضر نشان می‌دهد که متغیر تاب‌آوری اثر مستقیم معنی‌داری بر رضایتمندی از زندگی ندارد، اما دارای اثر غیر مستقیم چشم‌گیر بر آن است. رحیمیان بوگر و اصغر نژاد (۱۳۸۷) همبستگی معنادار بین سلامت روان و تاب‌آوری را گزارش می‌دهند که تاب‌آوری در حفظ و ارتقاء سلامت روان موثر می‌باشند. تاب‌آوری تعیین‌کننده میزان بالاتری از سلامت روان است. بشارت و همکاران (۱۳۸۷) در تحقیقی به بررسی رابطه تاب‌آوری و سخت‌کوشی با موفقیت ورزشی و سلامت روانی در ورزشکاران با حجم نمونه ۱۳۹ نفر (۹۶ نفر پسر و ۴۳ نفر دختر) از دانشجویان رشته‌های مختلف ورزشی دانشکده تربیت بدنی دانشگاه تهران پرداختند. نتایج نشان داد که تاب‌آوری و سخت‌کوشی می‌تواند تغییرات مربوط به موفقیت ورزشی و سلامت روانی را در ورزشکاران پیش‌بینی کند. زرین کلک (۱۳۸۹) در تحقیقی به بررسی تأثیر آموزش مولفه‌های تاب‌آوری بر کاهش سطح اعتیاد پذیری و تغییر نگرش دانش‌آموزان سال اول مقطع متوسطه نسبت به مصرف مواد پرداخته است. کل نمونه شرکت‌کننده در این پژوهش ۵۰ نفر بوده‌اند. نتایج پژوهش نشان داد که برنامه آموزش مولفه‌های تاب‌آوری در تغییر نگرش نسبت به مواد مخدر و کاهش اعتیاد پذیری نمونه پژوهش موثر است. همچنین اجرای آزمون همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه نشان داد که بین تقویت نگرش منفی نسبت به مصرف مواد مخدر و کاهش سطح اعتیاد پذیری همبستگی معناداری وجود دارد. سبیدی (۱۳۸۹) در تحقیقی به بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش رفتار پرخاشگرانه پرداخته است. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختر دبیرستانی مقطع اول متوسطه منطقه ۱۳ آموزش و پرورش تهران بوده است. نتایج تحقیق

1. Aronson

2. Good

3. Mckay

حاکمی از آن است که آموزش تاب‌آوری رابطه معناداری با کاهش رفتار پرخاشگرانه در نمونه پژوهش دارد. شاکری نیا و محمد پور (۱۳۸۸) در تحقیقی به بررسی رابطه سرسختی روان‌شناختی و تاب‌آوری با سلامت روان در کوهنوردان پسر شهر رشت با حجم نمونه ۶۱ نفر پرداخته‌اند. بنابر نتایج این پژوهش بین تاب‌آوری و سلامت روان همبستگی معنادار (۰/۷۹۴) وجود دارد.

با توجه به تحقیقات فوق‌الذکر و هدف تحقیق حاضر که عبارت است از بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر سلامت روان افراد مبتلا به وابستگی مواد، فرضیه زیر قابل‌تأمل و تأمل می‌باشد. "آموزش تاب‌آوری بر سلامت روان افراد مبتلا به وابستگی مواد تأثیر دارد".

روش پژوهش

روش تحقیق حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح آن به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل می‌باشد. در این تحقیق، آموزش تاب‌آوری به عنوان متغیر مستقل، میزان سلامت روان به عنوان متغیر وابسته و جنسیت، سن و وضعیت اجتماعی-اقتصادی به عنوان متغیرهای کنترل‌کننده می‌باشند. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه نوجوانان و جوانان پسر مبتلا به وابستگی مواد که در برنامه‌ی ۲۸ روزه ایمان‌مدار-پرهیزمدار کانون توسکای شهر تهران تحت درمان بوده‌اند، می‌باشد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش روش تصادفی ساده می‌باشد. در این نوع نمونه‌گیری به هر یک از افراد جامعه شانس مساوی داده می‌شود تا در نمونه انتخاب شوند (سرمد و همکاران ۱۳۸۱). حجم نمونه پژوهش شامل ۴۲ نفر می‌باشد که به صورت تصادفی انتخاب شده‌اند. لازم به ذکر است که جهت بررسی فرضیه پژوهش از آزمون t مستقل استفاده شده است. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش شامل:

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ28): پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوال می‌باشد پاسخ به هر سوال با یک طیف لیکرت از چهار گزینه‌ای (خیلی کم، کم، زیاد و خیلی زیاد) است که نمره‌گذاری به صورت (خیلی کم = ۰، کم = ۱، زیاد = ۲، خیلی زیاد = ۳) می‌باشد. پرسشنامه

سلامت عمومی دارای ۴ خرده مقیاس می‌باشد که سوالات ۱ تا ۷ خرده مقیاس علایم جسمانی، ۸ تا ۱۵ خرده مقیاس اضطراب و اختلال خواب، (۱۶-۲۲) خرده مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی، (۲۳ تا ۲۷) خرده مقیاس افسردگی و نمره کل سلامت عمومی از مجموع خرده مقیاس‌ها بدست می‌آید و هر چه نمره فرد کمتر باشد بیانگر سلامت عمومی بهتر می‌باشد و نمره برش برابر با ۲۳ می‌باشد و افرادی که نمره سلامت عمومی آنها برابر یا بیشتر از ۲۳ باشد بیمار محسوب می‌شود. (کیانی، ۱۳۸۹). پایایی پرسشنامه سلامت عمومی در پژوهش یعقوبی (۱۳۷۴) با روش بازآزمایی ۰/۸۸ گزارش شده است و همچنین در پژوهش تجلی و همکاران (۱۳۸۷) با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش شده و همچنین در پژوهش کیانی (۱۳۸۹) با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه سلامت عمومی، روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ می‌باشد.

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳): این پرسشنامه دارای ۲۵ سوال است که در مقیاس لیکرت (همیشه، اغلب اوقات، گاهی اوقات، بندرت و هیچ وقت) که به گزینه همیشه = ۴، اغلب اوقات = ۳، گاهی اوقات = ۲، بندرت = ۱ و هیچ وقت = ۰ می‌گیرند. حداکثر نمره فرد این پرسشنامه ۱۰۰ و حداقل آن صفر می‌باشد. نقطه برش برای افراد عادی ۸۰/۴ و در افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه ۴۷/۸ می‌باشد و هر چه نمره فرد بالاتر باشد بیانگر تاب‌آوری بیشتر است (محمدی ۱۳۸۴؛ به نقل از کیانی، ۱۳۸۹). پایایی پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون براساس پژوهش محمدی (۱۳۸۴)؛ به نقل از کیانی (۱۳۸۹) با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمده است و در پژوهش جوکار (۱۳۸۶)؛ به نقل از کیانی (۱۳۸۹) با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است. و در این پژوهش پایایی پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ می‌باشد.

فرآیند اجرای پژوهش

ابتدا از طریق نامه اداره آموزش جمعیت خیریه تولدی دوباره، به کانون توسکا معرفی شدم. سپس به عمل نمونه‌گیری تصادفی ساده پرداخته و ۴۲ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. پیش از آنکه شامل پرسشنامه‌های سلامت عمومی و تاب‌آوری می‌باشند اجرا شد و افراد بر اساس نمره‌های آن به صورت تصادفی مرتب شدند. افرادی که بالاترین نمره را داشتند (از بالا به پایین) فرد شماره ۱ و ۲ با یکدیگر یک زوج، فرد شماره ۳ و ۴ با یکدیگر یک زوج و... و سپس از هر زوج یکی در گروه کنترل و یکی در گروه آزمایش به صورت تصادفی قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش تحت برنامه آموزش تاب‌آوری قرار گرفتند و در پایان پس از آنکه شامل پرسشنامه‌های سلامت روان و تاب‌آوری بود، اجرا شده است. سپس اختلاف بین نمره‌ها در پس از آموزش و پیش از آن محاسبه گردید تا اثر یادگیری‌های قبل از اجرای برنامه آموزش تاب‌آوری را خنثی کند. (نمره پیش از آموزش) - (نمره پس از آموزش) = نمره اختلافی).

سپس به بررسی عملیات‌های آماری و مقایسه اختلاف‌های بدست آمده بر اساس اجرای آموزش تاب‌آوری پرداخته شد. در این پژوهش سن، جنسیت، و وضعیت اقتصادی-اجتماعی آزمودنی‌ها کنترل شده است. همچنین انتخاب تصادفی گروه نمونه، خود عاملی بر کنترل روایی درونی پژوهش (تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته) می‌باشد.

برنامه آموزش مؤلفه‌های تاب‌آوری از ۱۲ جلسه رسمی تشکیل شده بود. این برنامه برگرفته از برنامه هندرسون و میلستین^۱، کروتز^۲ و انستیتوی پژوهش^۳ است، که در سال ۱۹۹۷ جهت ایجاد مدارس امن در ایالات متحده آمریکا به اجرا درآمد.

فرآیند هر جلسه متشکل از: ۱- واریسی تکالیف جلسه قبل ۲- آموزش مستقیم به روش سخنرانی ۳- بحث گروهی ۴- چالش فکری ۵- جمع‌بندی جلسه بود و روش‌هایی همچون:

-
1. Henderson & Milstein
 2. Krovetz
 3. The search Institute

بازسازی شناختی^۱، بازی نقش^۲، بارش فکری^۳، بررسی سود و زیان، الگو سازی^۴، داستان گویی، بازی و... در طول جلسات مورد استفاده قرار گرفت.

جدول ۱. جدول برنامه آموزش تاب‌آوری

تعداد جلسات	موضوع	هدف
جلسه اول	برقراری ارتباط با مخاطبین و آشنا کردن آنها با تاب‌آوری و قوانین شرکت در کارگاه	۱- کلیه شرکت کنندگان خود را معرفی کنند و با مجری کارگاه آشنا شوند. ۲- ارتباط صمیمانه‌ای بین آنها برقرار شود. ۳- شرکت کنندگان با اهداف برنامه آشنا شوند. ۴- تعریف ساده‌ای از تاب‌آوری ارائه کنند. ۵- ارتباط تاب‌آوری و سلامت روان را بیان کنند.
جلسه دوم	آگاهی نسبت به توانمندیهای خود	۱- تعریف ساده و روشنی از خودآگاهی ارائه دهند. ۲- مؤلفه‌های اصلی خودآگاهی را بیان کنند. ۳- نقاط ضعف و قوت خود را بشناسند. ۴- نسبت به اهدافشان خودآگاهی پیدا کنند. ۵- درنهایت به اعتماد به نفس برسند.
جلسه سوم	تقویت عزت نفس	۱- درک روشنی از عزت نفس به دست آورند. ۲- علل و عوامل مؤثر در تقویت عزت نفس را شناسایی کنند. ۳- به اهمیت و تأثیر عزت نفس در زندگی پی ببرند. ۴- ضعف‌های خود را شناسایی نموده و یک مورد از آن را برطرف کنند. ۵- در تقویت عزت نفس به دیگران یاری رسانند.
جلسه چهارم	ارتباط موثر	۱- تعریف ساده و روشنی از ارتباط بیان کنند. ۲- قادر باشند با اطرافیان خود ارتباط صحیح و درستی برقرار کنند. ۳- در زندگی خود به اهمیت ارتباط پی ببرند و آن را به خوبی بازگو کنند. ۴- راه برقراری ارتباط را به فرزندان خود بیاموزند.
جلسه پنجم	برقراری روابط اجتماعی و دوستیابی	۱- تعریف ساده و روشنی از مفهوم دوستی ارائه دهند. ۲- ویژگی‌های دوست خوب را تشخیص داده و در ۳- انتخاب دوست به کار گیرند. ۴- قادر به تمیز دوستان خوب از بد باشند. ۵- مضرات همنشینی با دوست بد را بگویند.

1. Cognitive restructuring
2. Role play
- 3-Brain storming
- 4-Modeling

جلسه ششم	تعیین هدف و چگونگی دستیابی به آن	۱- مفهوم هدف را به سادگی بیان کنند. ۲- انواع اهداف کوتاه مدت را از هم تمیز دهند. ۳- در به کارگیری توانایی‌های خود اعتماد به نفس کسب نمایند. ۴- قادر شوند برای رسیدن به هدف خود برنامه‌ریزی کنند.
جلسه هفتم	تصمیم‌گیری	۱- معیارهای صحیح یک تصمیم خوب را بیان کنند. ۲- اهمیت و ارزش یک تصمیم درست در زندگی را توضیح دهند. ۳- عواقب و نتایج تصمیمات را پیش‌بینی کنند. ۴- عادت کنند در تصمیم‌گیری‌های خانواده شرکت کنند. ۵- در زندگی درست تصمیم بگیرند.
جلسه هشتم	حل مسئله	۱- مراحل حل یک مسئله را به طور ساده توضیح دهند. ۲- مخاطبان یاد می‌گیرند تا در مورد یک مسئله تفکر کنند. ۳- مخاطبان بتوانند مشکلات خود را حل کنند و برای آنها راه حل ارائه دهند. ۴- برای حل مشکلات خود به نوعی خودکارآمدی دست یابند.
جلسه نهم	مسئولیت‌پذیری	۱- تعریف ساده‌ای از مسئولیت‌پذیری ارائه دهند. ۲- مسئولیت کوچکی را در محیط کانون یا خانواده عهده‌دار شوند. ۳- خصوصیات یک فرد مسئولیت‌پذیر را به آسانی بیان کنند.
جلسه دهم	مدیریت خشم، مدیریت اضطراب و استرس	۱- مفهوم خشم، اضطراب و استرس را به صورت ساده بیان کنند. ۲- نشانه‌های خشم، اضطراب و استرس را نام ببرند. ۳- علل و پیامدهای خشم، اضطراب و استرس را بیان کنند. ۴- روش‌های مدیریت استرس را یاد بگیرند و بتوانند به دیگران نیز یاد بدهند.
جلسه یازدهم	پرورش حس معنویت و ایمان	۱- بتوانند معنویت را از مذهب تمیز دهند. ۲- از حس معنویت خود به عنوان یک عامل انگیزشی استفاده کنند. ۳- به آینده خوشبین و امیدوار شوند. ۴- به بی‌همتایی خود اعتقاد پیدا کنند.
جلسه دوازدهم	آگاهی از دوران نوجوانی	۱- ویژگی‌های دوران نوجوانی را بیان کنند. ۲- تغییرات بلوغ را نام ببرند. ۳- بیماری‌ها و خطرات دوران نوجوانی را بیان کنند. ۴- عواملی که باعث می‌شود افراد به این مشکلات دچار شوند را عنوان کنند. ۵- عوامل خطر ساز و محافظت کننده را نام ببرند.

در هنگام ارائه برنامه آموزش تاب آوری به آزمودنی ها، به طور کامل سعی شد تا ملاحظات اخلاقی در برخورد با آنها رعایت شود. محرمانه نگه داشتن اطلاعات شخصی، حفظ عزت نفس و احساس ارزشمندی، آزادی و رضایت خاطر برای شرکت در پژوهش، عدم بایگانی اطلاعات، تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع آوری شده از آزمودنی ها به صورت گروهی، به کار بردن کد برای هر یک از آزمودنی ها از جمله مواردی بود که در برخورد با آزمودنی ها رعایت شد.

یافته ها

قبل از بررسی فرضیه پژوهش حاضر لازم است تفاوت بین پیش آزمون گروه آزمایش با پیش آزمون گروه کنترل در متغیرهای سلامت روانی و تاب آوری پرداخته شود و نکته مهم این که بین پیش آزمون گروه کنترل و آزمایش در متغیر سلامت روان و تاب آوری نباید تفاوت معناداری وجود داشته باشد، تا تفاوت دو گروه کنترل و آزمایش در پس آزمون ناشی از اجرای برنامه آموزشی باشد نه تفاوت های اولیه آزمودنی ها در پیش آزمون. جهت بررسی تفاوت بین نمرات پیش آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در متغیر سلامت روان از آزمون t مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ مشاهده می شود.

جدول ۲. نتایج آزمون t مستقل برای بررسی تفاوت نمرات پیش آزمون متغیر سلامت روان در گروه

کنترل و آزمایش

شاخص گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	df	سطح معناداری
آزمایش	۲۱	۵۰/۸۶	۹/۹۵	۰/۲۱۴	۴۰	۰/۸۳۱
کنترل	۲۱	۵۱/۵۲	۱۰/۱۹			

با توجه به جدول ۲، مقدار t بدست آمده (۰/۲۱۴) با درجه آزادی (df=۴۰) و سطح معناداری (p ≤ ۰/۸۳۱) می باشد. با توجه به درجه آزادی (df=۴۰) مقدار t بحرانی جدول در

سطح ۹۹ درصد اطمینان ($t=2/704$) می‌باشد. با توجه به اینکه مقدار t بدست آمده کوچکتر از t جدول می‌باشد ($0/214 < 2/704$)، لذا تفاوت از لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد یعنی بین نمرات پیش‌آزمون در گروه کنترل و آزمایش در متغیر سلامت روان تفاوت معناداری وجود ندارد. جهت بررسی تفاوت بین نمرات پیش‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در متغیر تاب‌آوری از آزمون t مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

جدول ۳. نتایج آزمون t مستقل برای بررسی تفاوت نمرات پیش‌آزمون متغیر تاب‌آوری در گروه

آزمایش و کنترل

شاخص گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	df	سطح معناداری
آزمایش	۲۱	۵۴/۹۰	۱۲/۹۴	۰/۰۵۵	۴۰	۰/۹۵۶
کنترل	۲۱	۵۴/۷۱	۹			

با توجه به جدول ۳، مقدار t بدست آمده ($0/055$) با درجه آزادی ($df=40$) و سطح معناداری ($p \leq 0/956$) می‌باشد. با توجه به درجه آزادی ($df=40$) مقدار t بحرانی جدول در سطح ۹۹ درصد اطمینان ($t=2/704$) می‌باشد. با توجه به اینکه مقدار t بدست آمده کوچکتر از t جدول می‌باشد ($0/055 < 2/704$)، لذا تفاوت از لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد یعنی بین نمرات پیش‌آزمون در گروه کنترل و آزمایش در متغیر تاب‌آوری تفاوت معناداری وجود ندارد. لازم به ذکر است که در بررسی فرضیه پژوهش حاضر نمره اختلافی: (پیش‌آزمون - پس‌آزمون = نمره اختلافی) استفاده شده است که اثر یادگیری‌های قبل از اجرای برنامه آموزش تاب‌آوری را خنثی می‌کند.

جدول ۴. نتایج آزمون t مستقل برای بررسی تفاوت نمرات اختلافی سلامت روان در گروه آزمایش و کنترل

شاخص گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معناداری
آزمایش	۲۱	۱۷/۲۹	۱۰/۸۶	۲/۸۲۱	۴۰	۰/۰۰۷
کنترل	۲۱	۶/۱۹	۱۴/۳۷			

برای بررسی فرضیه پژوهش، بین نمرات اختلافی سلامت روان در گروه کنترل و آزمایش، آزمون t مستقل را محاسبه کردیم که نتایج آن در جدول ۴ مشاهده می‌شود. مقدار t بدست آمده ($t=2/82$) با درجه آزادی ($df=40$) و سطح معناداری ($p<0/007$) می‌باشد. با توجه به درجه آزادی ($df=40$) مقدار t جدول ($t=2/704$)، مقدار t بدست آمده بزرگتر از t جدول می‌باشد ($2/704 < 2/82$). بنابراین تفاوت از لحاظ آماری در سطح ۹۹ اطمینان درصد معنادار می‌باشد. می‌توان فرض صفر (H_0) را با ۹۹ درصد اطمینان رد کرد و فرض خلاف (H_A) را پذیرفت. یعنی اینکه تفاوت بین نمرات اختلافی گروه آزمایش و گروه کنترل متغیر سلامت روان از لحاظ آماری معنادار می‌باشد و با توجه به میانگین‌های نمرات اختلافی، که میانگین نمره اختلافی گروه آزمایش متغیر سلامت روان ($\bar{X}=17/29$) می‌باشد و میانگین نمره اختلافی گروه کنترل ($\bar{X}=6/19$) می‌باشد، بیانگر این است که میانگین اختلاف بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش در متغیر سلامت روان بیشتر از میانگین اختلاف بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل است که بیانگر اثر اجرای برنامه آموزش تاب‌آوری می‌باشد که بر روی گروه آزمایش اجرا شده اما گروه کنترل این آموزش را نداشته‌اند و اختلاف بین میانگین دو گروه آزمایش و کنترل ($17/29-6/19=11/10$) ناشی از اجرای برنامه آموزش تاب‌آوری برای گروه آزمایش می‌باشد که می‌تواند در بهبود وضعیت سلامت روان افراد مبتلا به وابستگی مواد موثر باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتیجه تحقیق حاضر نشان می‌دهد که آموزش تاب‌آوری بر بهبود سلامت روان افراد مبتلا به وابستگی مواد نقش مهم و تعیین‌کننده‌ای دارد. بدین معنا که آموزش تاب‌آوری باعث افزایش سلامت روان افراد مبتلا به وابستگی مواد می‌شود. نتایج حاصل از فرضیه پژوهش نشان می‌دهد که با یافته‌های برخی تحقیقات نظیر (سامانی و همکاران، ۱۳۸۶)، (رحیمیان بوگر و اصغر نژاد، ۱۳۸۷)، (شاکری نیا و محمد پور، ۱۳۸۸)، (بشارت و همکاران، ۱۳۸۷)، (زرین

کلک، (۱۳۸۹)، (کیانی، ۱۳۸۹)، (ولف، ۱۹۹۵)، (انزلیچت و همکاران، ۲۰۰۶)، (توگاد و فردریکسون، ۲۰۰۴)، (آنتونکسی، ۱۹۸۷)، (لازاروس، ۲۰۰۴)، (داداش زاده، ۱۳۸۸)، (کاترین، ۲۰۰۷)، (ماستن، ۲۰۰۱)، (سیلیمن، ۱۹۹۴) همسویی وجود دارد. در زمینه پیامدهای تاب آوری، شماری از پژوهش‌ها به افزایش سطح سلامت روان اشاره داشته‌اند از جمله: آنتونکسی ۱۹۸۷؛ لازاروس، ۲۰۰۴ و سیلیمن، ۱۹۹۴ (داداش زاده، ۱۳۸۸). ولف (۱۹۹۵) در زمینه تاثیر مثبت تاب آوری بر سلامت روان بر ویژگی‌های اساسی افراد تاب آور که سلامت روان را ارتقا می بخشد مانند توان اجتماعی، توانمندی، حل مساله، خود گردانی و احساس هدفمندی و باور به آینده‌ای روشن تاکید دارد. رحیمیان بوگر و اصغر نژاد (۱۳۸۷) همبستگی معنادار بین سلامت روان و تاب آوری را گزارش می دهند که تاب آوری در حفظ و ارتقاء سلامت روان موثر می باشند. تاب آوری تعیین کننده میزان بالاتری از سلامت روان است. به باور ماستن (۲۰۰۱) در نتیجه ی فرآیند تاب آوری، اثرات ناگوار، اصلاح یا تعدیل و یا حتی ناپدید می گردند و سلامت روان حفظ می شود. توجیه و تفسیر نتایج فرضیه فوق احتمالاً به قرار زیر نشان می دهد که: تاب آوری پیش بینی کننده خوب و درستی در سلامت روان می باشد. در واقع به نظر می رسد میزان تاب آوری در ایجاد سلامت روان نقش مهم و تعیین کننده ای دارد. بنابراین افراد مبتلا به وابستگی مواد که آموزش تاب آوری دریافت کرده اند، بواسطه انعطاف پذیری انطباقی، اعتماد به نفس بالاتری داشته و در مقایسه با افرادی که از سطح پایین تاب آوری برخوردارند، سازگاری روان شناختی بهتری دارند. از این رو بدیهی است که ضعف و یا عدم سلامت روان در افراد مبتلا به وابستگی مواد می تواند به دلیل ناتوانی در به تأخیر انداختن منبع لذت که همان مصرف مواد است، باشد.

با توجه به محدودیت‌های تحقیق حاضر که عبارتند از اندک بودن حجم نمونه و ابزار اندازه‌گیری، از آنجا که ممکن است محدودیت‌های فوق الذکر بر تعمیم پذیری یافته ها اثر سوء بگذارد و یافته ها را دچار محدودیت کند، از لحاظ پژوهشی پیشنهاد می شود که در تحقیقات آتی از حجم نمونه بزرگتر و ابزار اندازه گیری دقیق تر و جامع تر همراه با مصاحبه

بالینی استفاده شود. همچنین از لحاظ کاربردی پیشنهاد می‌شود که دوره‌های ویژه آموزش تاب‌آوری برای افراد مبتلا به وابستگی مواد جهت توانمندسازی و ارتقاء سلامت روان آنها استفاده شود. بنابراین به نظر می‌رسد که از تاب‌آوری بتوان به عنوان ابزاری جهت پیشگیری از سوء مصرف مواد در گروه‌های در معرض خطر استفاده کرد.

منابع

- بشارت، محمد علی و همکاران. (۱۳۸۷). رابطه‌ی تاب‌آوری و سخت‌کوشی با موفقیت ورزشی و سلامت روانی در ورزشکاران. *مجله روان‌شناسی معاصر*، پاییز ۱۳۸۷، ۴۹-۳۸.
- تجلی، فاطمه و لطفیان، مرتضی. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر ابعاد الگوهای ارتباطی خانواده بر سلامت روان با واسطه هوش هیجانی نوجوانان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، زمستان ۱۳۸۷، ۴۲۲-۴۰۷.
- خداحیمی، سیامک. (۱۳۷۴). مفهوم سلامت روان شناختی. انتشارات جاودان خرد، مشهد، چاپ اول.
- داداش‌زاده، شیوا. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سبک زندگی و میزان تاب‌آوری والدین دارای فرزندان ۱۴ تا ۱۸ ساله ی با و بدون اختلال سلوک از شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی. دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- رحیمیان بوگر، اسحاق و اصغر نژاد، علی اصغر. (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روان‌شناختی و خود تاب‌آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال چهارم شماره ۱، بهار ۱۳۸۷، ۷۰-۶۷.
- زرین کلک، حمید رضا. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مولفه‌های تاب‌آوری بر کاهش سطح اعتیادپذیری و تغییر نگرش دانش‌آموزان مقطع متوسطه ساکن در حومه تهران نسبت به مصرف مواد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- سامانی، سیامک و جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). تاب‌آوری سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال سیزدهم شماره ۲۹۵، ۲۹-۳.
- سرمد، زهره و بازرگان، عباس و حجازی، الهه (۱۳۸۱). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. نشر آگاه.

- سیدری، سمیه. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش تاب آوری بر کاهش رفتار پرخاشگرانه دختران دبیرستانی مقطع اول متوسطه منطقه ۱۳ شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- شاکری نیا، ایرج و محمد پور، مهری. (۱۳۸۸). رابطه سرسختی روان‌شناختی و تاب آوری با سلامت روان در کوهنوردان پسر شهر رشت. *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی*، زمستان ۱۳۸۸.
- کیانی، سعید. (۱۳۸۹). رابطه هوش هیجانی، تاب آوری و سازگاری اجتماعی در دانشجویان شاهد جهت تبیین مدل سلامت روانی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- محمدی، مسعود. (۱۳۸۴). بررسی عوامل موثر بر تاب آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان نامه دکتری. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- یعقوبی، نور اله. (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیری شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرا - گیلان. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران.

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Catherine Ann. lesio. (2007). *Accountability for mental Health counseling in schools.* Thesis. Rochester Institute of Technology. Accessed from: <http://scholarworks.rit.edu/theses/7127>
- 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, pp 76-82.
- Friborg, O, Hjemdal, O, Rosenvinge, O. H, Martinussen, M. Aslaksen, M. & Flaten, M. A. (2006). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of psychosomatic research*. 61. 213-219.
- Inzalicht, M. Aronson, j, Good, C. & McKay, L. (2006). A particular resilience to threatening environments. *Journal of experimental social psychology*, 42. 323-336.
- Keyes. C.L.M. (2002). The mental health continuum: from languishing life. *Journal of Health and social Research*. 43: 207-222.
- Kumpfer, K. L. (1999). Factor and processes contributing to resilience: The resilience framework. In: M.D.
- Lazaruz, Richards. (2004). *Personality and adjustment* prentice Hall Inc Englewood cliffs New Jersey.

- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychology*, 56, 227-238.
- Olsson C.A. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of adolescence*. vol: 26 :pp 1-11.
- Silliman, B. (1994). Resiliency Research Review: Conceptual & research foundations. Available on: <http://www.cyfernet.org/research/resilreview.html>.
- Tugade, M.M, & Fredrickson, b. l. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of personality and social psychology*, 86. 320-333.
- Werner, E. (1997). Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. *Acta paediatrica supplement*, 422, 103-105.
- Wolff, S. (1995). The concept of resilience. *Australian and new zealand journal of psychiatry*, 29. 565-574.