



بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر مولفه های شناختی و رفتاری نگرش به اعتیاد معلولان

فاطمه برنا

دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی مشهد

حمیدرضا آقامحمدیان شعرباف

استاد و عضو هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد

محمد جواد اصغری ابراهیم آباد

استادیار و عضو هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد



چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی آموزش مهارت های زندگی بر مولفه های شناختی و رفتاری نگرش به اعتیاد در معلولان شهرستان مشهد بود. روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و طرح تحقیق آن از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این طرح افراد معلول جسمی حرکتی بین ۱۷ تا ۳۰ سال تحت قیمومیت سازمان بهزیستی شهرستان مشهد بودند که از بین آنان ۳۰ نفر که شرایط شرکت در آزمایش را داشتند به شیوه هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری مداخله و کنترل جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه نگرش به اعتیاد نظری (۱۳۸۰) و اطلاعات جمعیت شناختی بود. آموزش مهارت های زندگی (ابراز وجود، ارتباط موثر، خودآگاهی و کنترل خشم) طی ۸ جلسه به گروه آزمایش آموزش داده شد. به منظور بررسی فرضیه های پژوهش از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری و تک متغیری استفاده گردید. یافته ها حاکی از معناداری F کوواریانس در سطح $(p > 0.05)$ که مویب اثرگذاری آموزش مهارت های زندگی می باشد. نتایج نشان داد که آموزش مهارت های زندگی به عنوان یک روش مداخله ای مفید در بهبود باورهای شناختی و عملکرد اعتیادی معلولان موثر بوده است.

واژه های کلیدی: آموزش مهارت های زندگی، نگرش به اعتیاد، معلولین

۱- مقدمه

معلولیت واقعی است انکارناپذیر و به عنوان یک پدیده اجتماعی از ادوار گذشته تاکنون در جوامع وجود داشته است. مفهوم معلولیت توسط سازمان بهداشت جهانی^۱ در طبقه بندی بین المللی ناتوانی کارکردی و سلامت، به عنوان یک اصطلاح چتری برای آسیب ها، محدودیت های کارکردی و محدودیت های مشارکتی مطرح شده است [۱]. معلولیت و عدم معلولیت بر اساس یک الگوی زیستی - روانی - اجتماعی تبیین می شود زیرا معلولیت نتیجه یک اختلال یا ناتوانی است که از انجام یک یا چند نقش طبیعی که مبتنی بر سن، جنس و سایر عوامل اجتماعی و فرهنگی است کاسته یا جلوگیری می کند [۲]. معلولیت و پیامدهای منفی جسمی، روانی و اجتماعی ناشی از آن، یکی از موانع رشد و توسعه کشور قلمداد می گردد. معلولیت، پدیده ای ناخواسته و ناگوار است که گروهی از انسان ها ممکن است به ناگزیر در بخشی از زندگی یا تمامی عمر خود به آن دچار گردند. هر چند تعدادی از نقص ها به صورت مادرزادی از بدو تولد به وجود می آیند، اما دیگر موارد در هر سنی ممکن است اتفاق بیفتد [۳]. از دیدگاه توانبخشی معلولیت ها به سه دسته ذهنی و روانی، حسی و جسمی تقسیم می شود و معلولیت جسمی نیز به چهار دسته جسمی - حرکتی، احشایی، حسی و سالمندان تقسیم می شود [۴].

1-World health organization



بیش از یک میلیارد فرد دارای معلولیت در جهان زندگی می‌کنند [۵]. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی از مجموع ۱۰ درصد جمعیت دارای معلولیت جهان، ۴/۲ درصد افراد دارای معلولیت متوسط به بالا هستند. بر اساس پیش بینی این سازمان درصد معلولان جهان رو به افزایش است و در سال ۲۰۲۰ حدود ۵/۷ خواهد بود [۶]. در ایران هم طبق آنچه آمار نشان می‌دهد ۱۲ درصد از جمعیت را معلولین تشکیل می‌دهند [۷]. بر اساس جدیدترین آمارهای منتشر شده هم اکنون بیش از سه میلیون معلول شدید و متوسط در کشور وجود دارند که با احتساب معلولیت‌های خفیف این رقم به حدود ۱۰ میلیون نفر می‌رسد. آمارها نشان دهنده افزایش آمار معلولین از ۱۰ به ۱۵ درصد در دو سال اخیر بوده است [۸].

معلولیت مجموعه‌ای از عوامل جسمی، ذهنی، اجتماعی و یا ترکیبی از آنها است که به نحوی در زندگی شخصی فرد اثر سوء بر جای می‌گذارد و مانع از ادامه زندگی مستقل وی به صورت طبیعی می‌گردد. به طور کلی معلولیت‌ها را می‌توان در شش گروه جسمی حرکتی، حسی، ذهنی، اجتماعی، چند معلولیتی و معلولیت مربوط به ارگانهای داخلی طبقه بندی کرد [۹]. برون و ترنر^۱ معلولیت‌های جسمی و حرکتی را آسیبی که یک یا بیش از یکی از فعالیت‌های عمده زندگی فرد را محدود می‌کند، تعریف کرده‌اند [۱۰]. دامنه تعریف عملیاتی معلولیت جسمی حرکتی شامل مشکلاتی در وارد شدن به اتوبوس، مشکل حمل کردن یک شی پنج کیلویی، مشکل بالا رفتن از پله‌ها و وارد و خارج شدن از رختخواب، استفاده از ویلچر، عصا، عصای زیر بغل یا واکر و همچنین مشکلات روانی همراه این ناتوانایی‌ها مانند احساس اضطراب، افسردگی و یا داشتن دیگر مشکلات روانی را شامل می‌شود [۱۱]. معلولیت‌های جسمی حرکتی علاوه بر محدودیت‌ها یا مشکلاتی که از نظر کارکردی در فرد معلول ایجاد می‌کنند، ممکن است تأثیرات سوء روانشناختی در اثر تعاملات اجتماعی بر شخصیت فرد معلول یا تکوین بهینه آن داشته باشد [۱۲]. افراد دارای معلولیت جسمی حرکتی از وضعیت سلامت روان ضعیف‌تر، رضایت مندی کمتر از سلامت، سطوح بالای افسردگی و سطوح پایین از حمایت‌های عاطفی و مشارکت و تعهدات اجتماعی برخوردار هستند [۱۳]. ترانی و بخشی طبق بررسی دقیقی مطرح می‌کنند که ۲۱/۶ درصد معلولین دارای پربشانی روانی هستند [۱۴]. مازیاک و همکاران [۱۵]، در پژوهشی که انجام دادند نشان دادند که خویشتن‌پذیری و عزت نفس معلولین جسمی حرکتی در مقایسه با جمعیت عادی به طور معنی‌داری پایین‌تر می‌باشد. پژوهش شریفی و افشاری‌نیا [۱۶]، نیز حاکی از این بود که معلولین ضایعه نخاعی نسبت به افراد عادی از سلامت روان پایین‌تری برخوردار هستند. از اینرو پیش‌بینی می‌شود که گرایش به رفتارهای پرخطر از جمله اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر در بین این قشر از جامعه بالا باشد.

سوء مصرف مواد مخدر یکی از مشکلات بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی مهم در بسیاری از کشورها است [۱۷]. اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر یکی از چهار بحران جهان است که گردش مالی آن بیش از ۱۶۰۰ میلیارد دلار در سال است و پدیده‌ای است که حداقل ۲۰۰ میلیون شهروند جهان گرفتار آسیب‌های جدی آن هستند [۱۸]. گزارش سالانه سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۵ نشان می‌دهد که در دنیا حدود ۲۰۰ میلیون معتاد به انواع مواد افیونی وجود دارد و متأسفانه همین گزارش ذکر می‌کند که بالاترین شیوع اعتیاد با ۲/۸ درصد در ایران است و قزاقستان با ۲/۳ درصد و روسیه با ۲/۱ درصد در رتبه‌های بعدی جای دارند [۱۸]. از طرف دیگر پژوهش‌ها موید شیوع گسترده اختلالات و مشکلات روانی متعدد در میان سوء مصرف کنندگان مواد بوده است، چنانچه سادوک و سادوک، ۲۰۰۷، به نقل از بیگدلی و همکاران [۱۹]، اذعان کرده است که ۳۵٪ تا ۶۰٪ سوء مصرف کنندگان مواد واجد ملاک‌های تشخیصی شخصیت ضد اجتماعی و رفتارهای سایکوپات هستند، نزدیک به ۴۰٪ این افراد ملاک‌های افسردگی ساده را دارند و نیز حدود ۲۰٪ آنان در معرض خودکشی هستند. با توجه به آمار شیوع



اعتیاد و مشکلات گسترده این فشر و همچنین با در نظر گرفتن اثرات زیانبار دارویی، اجتماعی، قانونی، بهداشتی و اقتصادی ناشی از سوء مصرف مواد ما اکنون نیازمند توجه جدی برای گسترش هر چه بیشتر راهبردهای پیشگیرانه کارآمد هستیم [۱۷].

در مورد پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر، تقسیم بندی و راهکارهای متفاوتی توسط محققین ارائه شده است. در این راستا می توان برنامه آموزش مهارت های زندگی (LST)، رویکرد افزایش اطلاعات، آموزش عاطفی با تکیه بر عواطف (AE)، رویکرد مربوط به نفوذ و تاثیر اجتماعی (SI)، و برنامه آموزش مقاومت در برابر سوء مصرف مواد مخدر (DARE) را نام برد [۱۷].

برنامه آموزش مهارت های زندگی در پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر، یک رویکرد تازه برای پیشگیری است که در وهله اول بر عوامل روانی - اجتماعی سوق دهنده فرد به شروع سوء مصرف مواد تمرکز دارد و تاکید عمده این برنامه بر رشد مهارت های شخصی و اجتماعی است [۱۷]. اگر چه شروع تحقیقات منظم در خصوص مهارت های زندگی را به دهه ۱۹۷۰ نسبت می دهند اما در سال های اخیر این مهارت ها بیشتر مورد توجه قرار گرفته است [۲۰]. ارتباطات بین فردی، مهارت های تصمیم گیری، تفکر انتقادی، مهارت های مقابله و مدیریت هیجانات، خودآگاهی و... از جمله مهارت های زندگی می باشند. در آموزش مهارت های زندگی مهارت هایی مانند شناخت ویژگی ها و توانایی های خود، توجه به ارزش های شخصی، خانوادگی و اجتماعی، به کار گرفتن روش های صحیح برقراری ارتباط و تصمیم گیری، پرهیز از خشونت و حفظ سلامت ارائه می گردد [۲۱]. برنامه آموزش مهارت های زندگی برای اولین بار در سال ۱۹۷۹ با اقدامات بوتوین از دانشگاه کرنل آغاز شد [۲۲]. این برنامه شامل سه قسمت آموزش مهارت های شخصی، آموزش مهارت های اجتماعی و آموزش مهارت های مربوط به مشکلات ناشی از سوء مصرف مواد بود [۲۳].

پژوهشگران، تاثیر مثبت مهارت های زندگی را در کاهش سوء مصرف مواد، تقویت اتکا به نفس، تقویت خودپنداره، پیشگیری از رفتارهای پرخطرانه، خودکشی و بیماری ایدز مورد تایید قرار داده اند. پژوهشی که توسط کاشفی، ۱۳۹۲ [۲۴]، انجام شد، نشان داد که مهارت های زندگی با افزایش منابع مقابله ای موجب خودکارآمدی و حرمت خود بالا شده و از این طریق نقش مهم و موثری در پیشگیری از سوء مصرف مواد دارد. پایین بودن سطح مهارت های زندگی سبب می شود توانایی فرد در برخورد با چالش ها و مشکلات زندگی پایین آمده و موجب ارائه یک پاسخ هیجانی و نامطلوب نسبت به محرک ها و رویدادهای زندگی گردد. همچنین موجب افت تحصیلی، بروز آسیب های روانشناختی در فرد و احیانا روی آوردن به مواد مخدر و سایر رفتارهای پرخطر می گردد. پژوهش احمدی طهور سلطانی و همکاران، ۱۳۹۲ [۲۵] حاکی از این بود که نمرات متغیرهای نگرش نسبت به مواد، افسردگی و هیجان خواهی گروه آزمایش پس از آموزش مهارت های زندگی کمتر از گروه کنترل و در متغیرهای جراتمندی و خودکنترلی بیشتر از گروه کنترل بود. پژوهش طارمیان و مهریار، ۱۳۸۷ [۲۶] نیز نشان داد میانگین نمرات دانش آموزان به لحاظ افزایش اطلاعات درباره مواد، تغییر نگرش نسبت به مواد و کسب مهارت های مورد نظر در مرحله پس از آزمون، تفاوت معنی داری با همین نمرات در مرحله پیش از آزمون داشت.

پژوهش ونزل و همکاران ۲۰۰۹ نشان داد که آموزش مهارت های زندگی بر کاهش مصرف مواد، ارتقاء سطح کیفیت زندگی و بهبود راهکارهای مقابله ای موثر در مقابله با مشکلات و شرایط فشارزا تاثیر مثبتی داشته است. زولینگر و همکاران ۲۰۰۳ [۲۷]، در مطالعه ای به بررسی اثر آموزش مهارت های زندگی بر دانش، نگرش ها و توانایی دانش آموزان مدارس راهنمایی در انتخاب سبک زندگی سالم پرداختند. نتیجه این پژوهش نشان داد که دانش آموزانی که در برنامه آموزش مهارت های زندگی شرکت کرده بودند، در مقایسه با آن هایی که شرکت نکرده بودند، کمتر سیگار می کشیدند. بوتوین و گریفین ۲۰۰۴ [۲۸]، گورمن ۲۰۰۵ [۲۹] نیز در مطالعات خود اثر آموزش مهارت های زندگی را بر کنترل مواد بررسی کرده و به این نتیجه رسیدند



که آموزش مهارت های زندگی به نوجوانان متجر به کاهش مصرف سیگار، الکل، ماری جوانا و داروهای غیر مجاز می شود. سیل تاثیر برنامه ی آموزش مهارت های زندگی بر دانش آموزان تایلندی کلاس ۷ تا ۱۲ مقیم آمریکا نشان داد که در دانش آموزان گروه آزمایش میزان اطلاعات درباره ی مواد افزایش یافت و مهارت های امتناع کردن، تصمیم گیری و حل مساله رشد قابل توجهی پیدا کرد.

با توجه به پیشینه پژوهشی که ذکر شد می توان گفت در رابطه با بررسی تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر نگرش به اعتیاد در مولفه های شناخت(باور)، و رفتار(آمدگی برای عمل) بر روی جوامع آماری مختلف در ایران و خارج از کشور پژوهشهای زیادی انجام شده است ولی تاثیر این آموزش ها بر نگرش به اعتیاد و زیرمولفه های آن در جامعه معلولین کمتر بررسی شده است. بنابراین این پژوهش در راستای پژوهش های انجام شده و همچنین با توجه به شیوع فاجعه آمیز اعتیاد در جامعه به بررسی تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر نگرش به اعتیاد معلولین جسمی حرکتی در مولفه های شناخت (باور) و رفتار(آمدگی برای عمل) می پردازد و درصد بررسی فرضیه های زیر می باشد:

الف) آموزش مهارت های زندگی مولفه باورها(شناختی) گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری تغییر خواهد داد.

ب) آموزش مهارت های زندگی مولفه رفتار(آمدگی برای عمل) گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری تغییر خواهد داد.

۲- مواد و روش ها

۲-۱) طرح، جامعه و نمونه آماری

تحقیق حاضر نیمه تجربی از نوع طرح پیش آزمون - پس آزمون با یک گروه گواه و یک گروه آزمایش بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی معلولین جسمی حرکتی مجتمع آموزشی نیکوکاری توانیابان مشهد می شدند. برای نمونه گیری، ابتدا پس از کسب مجوزهای لازم و اطلاع رسانی در مجتمع مبنی بر برگزاری دوره آموزشی مهارت های زندگی ۶۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس پرسشنامه نگرش به اعتیاد نظری(۱۳۸۰) و پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی را پر کردند، سپس از بین آنها ۳۰ نفر از کسانی که بیشترین نمره را در پرسشنامه کسب کرده بودند و همچنین شرایط ورود به پژوهش را داشتند به شیوه هدفمند انتخاب و به شیوه نمونه گیری تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل(هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. جلسات آموزشی که شامل مهارت های زندگی(خودآگاهی، ارتباط موثر، کنترل خشم و ابراز وجود) بود طی ۸ جلسه(و یک جلسه پس آزمون) به مدت یک ماه به گروه آزمایش ارائه گردید و برای گروه کنترل هیچگونه مداخله ای انجام نشد.

۲-۲) ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه نگرش سنج نسبت به اعتیاد: این پرسشنامه دارای ۳۵ سوال است که توسط نظری(۱۳۸۰) تدوین شده است. سازنده پرسشنامه برای سنجش نگرش نسبت به اعتیاد و مواد مخدر و تهیه مقیاس مناسب بدین منظور از مقیاس لیکرت استفاده کرده است. بدین گونه که در مورد ماده های مساعد یا نگرش مثبت به هر یک از پاسخهای " کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم " به ترتیب نمره های ۱ تا ۵ داده شده است. در مورد آیتم های نامساعد یا نگرش منفی،



نمره گذاری به ترتیب معکوس انجام گرفته است. پس نمره هر فرد عبارت است از مجموع نمرات فرد در کل مقیاس است. این نمره، نگرش کلی وی به اعتیاد را نشان می دهد. قابل ذکر است که از آنجایی که به نگرش منفی نمره ۱ و به نگرش مثبت نمره ۵ تعلق می گیرد، بنابراین هم در فرم الف و هم در فرم ب حداقل نمره فرد ۳۲ و حداکثر ۱۶۰ خواهد بود. با این شیوه هم نگرش و هم شدت آن مورد ارزیابی قرار می گیرد. نتایج بدست آمده در مورد مقیاس نگرش ساخته شده نشان می دهد که مواد مقیاس ها از همسانی خوبی برخوردارند. ضریب آلفای کرونباخ در فرم الف برابر ۰/۸۱ است و در فرم ب برابر ۰/۸۶ است. روایی صوری و محتوایی این آزمون در پژوهش کریمی (۱۳۹۱) توسط سه تن از اساتید دانشگاه مورد تایید قرار گرفته است. برای بدست آوردن پایایی آن از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۷۹ گزارش شد که حاکی از پایایی قابل قبول آن می باشد. در سوالات شماره ۱، ۲، ۳، ۶، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۲۳، ۲۴، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳ و ۳۴ شیوه نمره گذاری به صورت زیر می باشد:

گزینه	کاملاً موافقم	تاحدودی موافقم	نظری ندارم	تاحدودی مخالفم	کاملاً مخالفم
امتیاز	۵	۴	۳	۲	۱

اما در سوالات شماره ۴، ۵، ۷، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۹ و ۳۵ شیوه نمره گذاری معکوس و به صورت زیر در خواهد آمد:

گزینه	کاملاً موافقم	تاحدودی موافقم	نظری ندارم	تاحدودی مخالفم	کاملاً مخالفم
امتیاز	۱	۲	۳	۴	۵

بنابراین دامنه نمرات فرد در این پرسشنامه بین ۳۵ تا ۱۷۵ در نوسان خواهد بود و کسب نمره بالاتر نشانگر نگرش مساعد و مطلوب نسبت به اعتیاد و مصرف مواد مخدر است.

ب) پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت شناختی که ضمیمه پرسشنامه نگرش به اعتیاد شده بود (سن، وضعیت تاهل، نوع معلولیت، استفاده از رواندرمانی و ...)

۲-۳) روش تجزیه و تحلیل داده ها

روش تجزیه و تحلیل داده ها: جهت تجزیه و تحلیل داده های آماری از نرم افزار spss در دو سطح آمار استنباطی و توصیفی استفاده می شود. در سطح آمار توصیفی از محاسبه فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون آماری کواریانس چند متغیری و تک متغیری، و آزمون همگنی واریانس ها و کالموگروف اسمیرنوف استفاده می شود. سطح آلفای مورد قبول برای معنی داری آزمون های آماری نیز در تحقیق حاضر ۰/۰۵ در نظر گرفته می شود.

۲- یافته های پژوهش



۲۰ تیرماه ۱۳۹۵ - مرکز همایش های پژوهشگاه نیرو
20th July 2016 - Niroo Institute Conf. Center
جدول ۱: یافته های توصیفی مربوط به پیش آزمون و پس آزمون مولفه های باورها (شناخت) و آمادگی برای عمل (رفتار) نگرش به اعتیاد در گروه های آزمایش و گواه

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
باورها	پیش آزمون	آزمایش	۱۳/۵۳	۵/۲۵	۱۵
		گواه	۱۳	۷/۱۷	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۹/۵۳	۸/۲۷	۱۵
		گواه	۱۳/۲	۶/۴۱	۱۵
آمادگی عمل	پیش آزمون	آزمایش	۱۴/۲۱	۵/۶	۱۵
		گواه	۱۵/۳۳	۴/۴	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۱۱/۲	۵/۲۲	۱۵
		گواه	۱۴/۴۶	۳/۴	۱۵

جدول ۱ اطلاعات توصیفی مربوط به متغیر های پژوهش را اعم از میانگین، انحراف معیار، و تعداد افراد نمونه را نشان می دهد. همان طور که در جدول ۱ دیده می شود مقادیر میانگین و انحراف معیار نمرات گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش و پس آزمون آمده است. همچنین پیش فرض یکسانی ماتریس های واریانس - کوواریانس برای تحلیل چند متغیره قبل از اجرای تحلیل بررسی شد که با توجه به عدم معناداری مقادیر آزمون M box و آماره F برای مولفه های باور و آمادگی برای عمل در سطح آلفای تحقیق (۰/۰۵) اجرای تحلیل چند متغیره بلامانع است، که برای رعایت اختصار، مقادیر اعداد و جدول ارائه نمی گردد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون متغیر ابعاد شناخت (باور) و رفتار در گروه های آزمایش و گواه

متغیرها	آزمون	مقدار	df فرضیه	Df خطا	F	Sig	مجذور اتا
نگرش شناختی و رفتاری به اعتیاد	اثر پیلایی	۰/۶۵	۶	۲۳	۷/۲	۰/۰۰۰	۰/۶۵
	تی هتلینگ	۰/۳۴	۶	۲۳	۷/۲	۰/۰۰۰	۰/۶۵
	لامبدای ویلکز	۱/۸۸	۶	۲۳	۷/۲	۰/۰۰۰	۰/۶۵
	بزرگترین ریشه روی	۱/۸۸	۶	۲۳	۷/۲	۰/۰۰۰	۰/۶۵

همان طوری که در جدول ۲ مشاهده می شود با کنترل پیش آزمون متغیرها، سطوح معنی داری همه آزمونهای تحلیل مانکوا، بیانگر آن هستند که بین معلولین گروه های آزمایش و گواه در تحلیل پس آزمون حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته



تحلیل کواریانس تک متغیره در جداول بعدی ارائه می‌شود.

همچنین بر اساس یافته‌های پژوهش مقادیر آزمون‌های لوین، کولموگروف اسمیرنوف و اثر تعاملی پیش‌آزمون و گروه در متغیرهای وابسته پژوهش به ترتیب برای بررسی پیش فرض‌های یکسانی واریانس، نرمال بودن توزیع و همگنی شیب‌های خط رگرسیون متغیرهای مربوط به پیش آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل، در سطح آلفای پژوهش یعنی (۰/۰۵) معنا دار نبود، لذا پیش فرض‌های لازم برای انجام آزمون کواریانس برقرار بود، که برای رعایت اختصار از ذکر جدول و اعداد خودداری می‌شود.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره بر روی میانگین نمرات پس آزمون ابعاد باورها(شناخت) و رفتار(آمادگی برای عمل) گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییر	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذورات
باور ها	پیش آزمون	۸۰/۵۵	۲۰/۵۹	۰/۰۰۰	۰/۴۳
	گروه	۱۱۸/۷۹	۳۰/۳۷	۰/۰۰۰	۰/۵۲
آمادگی عمل	پیش آزمون	۴۵/۳	۱۲/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۳۲
	گروه	۶۳/۳۸	۱۸/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۴۰

همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می‌شود با کنترل پیش آزمون مولفه های شناخت(باور) و رفتار(آمادگی برای عمل) نفرش به اعتیاد، بین معلولان گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی داری مشاهده می‌شود ($p > 0/05$). به عبارت دیگر، آموزش مهارت‌های زندگی موجب کاهش نفرش به اعتیاد در ابعاد شناختی و رفتاری آن در گروه آزمایش شده است.

۱-۳) بحث و نتیجه گیری

در ارتباط با متغیر نفرش به اعتیاد همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می‌شود با کنترل پیش آزمون مربوط به اعتیاد، بین افراد گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر مذکور تفاوت معنی داری مشاهده می‌شود ($p > 0/000$) در تبیین این یافته می‌توان گفت باور های مربوط به اعتیاد ممکن است از کودکی و حتی قبل از تجربه هرگونه معلولیت به وجود بیایند لذا تغییر آنها مقداری دشوار است اما به هر حال امروزه باور های مثبت نسبت به اعتیاد و جایگاه افراد معتاد می‌تواند گرایش به مصرف مواد را به خصوص در اقشار آسیب پذیر دارای فقرمالی، تحصیلی و ناتوانی های جسمی افزایش دهد. آموزش مهارت های زندگی همچون خود آگاهی ریشه این تفکرات را برای افراد روشن می‌کند و با آگاهی به باور های مثبت خطرناک به اعتیاد، گام اول برای تغییر آنها برداشته می‌شود. به دنبال آن کنترل خشم و مهارت‌های بین فردی که برای معلولین آموزش داده شد احتمالاً آنها را با دنیای واقعی ارتباطات اجتماعی و جایگاه پایین افراد دارای اعتیاد نزد دیگران و جامعه بیشتر آشنا نموده و از طرفی با کنترل هیجانات منفی آنها دیگر نیازی به عقلی سازی و توجیه مصرف مواد به عنوان یک مکانیسم دفاعی کاهش دهنده اضطراب مصرف وجود ندارد لذا گروه آزمایش کاهش مناسبی را در باور های مثبت نسبت به اعتیاد نشان داد. با افزایش نیاز به کسب آرامش به وسیله یک عامل بیرونی و رای ارتباطات اجتماعی و حمایتی مناسب و به دور از تکیه بر منابع



حمایستی درونی، افراد معلول ممکن است نسبت به آن عامل بیرونی که می تواند مصرف مواد باشد هیجانات مثبتی را نشان بدهند و لذا نقش تخدیر کننده آن را با نگاهی توأم با حس مثبت دنبال کنند که در نهایت منجر به گرایش آنها به مصرف گردد. در تحقیق حاضر با کاهش باور ها و هیجانات مثبت نسبت به اعتیاد و رفتار های اعتیادی طبیعتا معلولین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش چشمگیری در آمادگی برای عمل به رفتار اعتیادی و مصرف مواد نشان دادند. این امر نشان دهنده آن است که مهارت های زندگی می تواند با اصلاح شناخت ها و هیجانات منفی و مخرب به پیشگیری از رفتار های اعتیادی نیز کمک نماید، چنانکه برای مثال مهارت های بین فردی و ارتباطات اجتماعی و همچنین خود آگاهی و کنترل خشم، از عوامل پیشگیری کننده رفتار های اعتیادی به حساب می آمدند. مهارتهای زندگی می توانند پیوند های جدیدی ایجاد کنند و به دنبال آن دیدگاه فرد به خود، بدن خود، اجتماع و دیگران را عوض کنند. معلولان در معرض قطع پیوند های طبیعی زندگی هستند و می بایست با برقراری دوباره این پیوند ها از گرایش آنان به مصرف مواد و به دنبال آن ایجاد عوارض جسمی - روانی برای خود و خانواده خود جلوگیری نمود.

۲-۳) جمع بندی نهایی

هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی آموزش مهارتهای زندگی بر مولفه های شناختی و رفتاری نگرش به اعتیاد در معلولین جسمی - حرکتی است. روش این پژوهش از نوع نیمه تجربی با پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر را کلیه معلولین جسمی حرکتی بین ۱۷ تا ۳۰ سال شهرستان مشهد تشکیل دادند که پس از اعلام عمومی برگزاری دوره آموزشی ۶۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس پرسشنامه های اطلاعات جمعیت شناختی و نگرش به اعتیاد را پر کردند سپس از بین آنها ۳۰ نفر از کسانی که شرایط ورود به پژوهش را داشتند و نمره بالاتری را در آزمون به دست آوردند به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند پرسشنامه نگرش به اعتیاد توسط ۶۰ نفر ۳۰ نفر که کمترین نمره را در دو پرسشنامه تحقیق گرفتند و ملاک های ورود به پژوهش را داشتند، به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در این پژوهش برای سنجش نگرش به اعتیاد از پرسشنامه نگرش به اعتیاد نظری (۱۳۸۰) استفاده گردید. به منظور بررسی فرضیه های پژوهش از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری و تک متغیری استفاده شد. نتایج نشان داد آموزش مهارتهای زندگی بر مولفه های شناختی و رفتاری نگرش به اعتیاد معلولین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل موثر بود، بدین ترتیب بر اساس نتایج این پژوهش می توان از برنامه آموزش مهارتهای زندگی در مراکز نگهداری و ارائه خدمات به معلولین جسمی حرکتی در جهت ارتقای سلامت و بهداشت روان آنان استفاده نمود.



مراجع

- [1]- محمدخانی، پروانه. نوری قاسم آبادی، ۲۰۰۱، برنامه آموزش مهارت های زندگی. تهران: سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری
- [2]- Carrasco R, Eser E, Haoy, Mcpherson KM, Green A, Kullmann et al. (2011). The quality of care and support(QOCS) for people with disability scale. Development and psychometric properties. Res dev disabil. 32(3), 1212-1225.
- [3]- سجادی، حمیرا. زنجری، زنجری، (۱۳۹۴)، معلولیت (ناتوانی) در ایران: شیوع، ویژگی ها و همبسته های اقتصادی و اجتماعی آن. نشریه توانبخشی، ۱۶ (۱)، صص ۳۶-۴۷.
- [4]- عطادخت، اکبر، جوکار کمال آبادی، نجمه، حسینی کیاسری، طیبیه، بشرپور، سجادی (۱۳۹۳)، نقش حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش بینی اختلالات روان شناختی افراد معلول جسمی حرکتی و مقایسه آن با افراد عادی، نشریه توانبخشی، ۱۵ (۳)، صص ۳۵-۲۶.
- [5]- WWW.amar 2013.Persianblog.ir/post/56/
- [6]- WWW.iran.sdp.com
- [7]- قهرمانی زینب، حیدری نرگس، شعبانی مینا، اقوامی مژگان السادات، حریری مهری، ۱۳۹۳، باورهای مذهبی و سلامت روان اعضای جامعه معلولین، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۲۲ (۹۰)، صص ۶۱-۵۳.
- [8]- WWW.asriran,2013
- [9]- کمالی محمد، استاد هاشمی لیلا، خلوتی ملیحه، نوروزی سارا، نافی ایوب، (۱۳۹۲)، مجله علمی پژوهشی پژوهان، ۱۲ (۱) ۱، صص ۳۵-۲۷.
- [10]- Brown RL, Turner Rj. (2010). Physical disability and depression. J aging health. 22(7),977-1000.
- [11]- Molden TH, Tøssebro J. Measuring disability in survey research: comparing current measurements within one data set. Eur J Dev psychol. 2010, 4(3):174-189.
- [12]- Gallucci M, Ongaro F, Meggiolaro S, Antuono p, Gustafson DR, Forloni GL, Albani D, Gajo GB, Durante E, Caberlotto L, Zanardo A, Siculi M, Muffato G, Regini C. Factors related to disability. Arch Gerontol Geriat. 2011, 52(3):309-316.
- [13]- Nosek MA, Hughes RB, Swdiund N. (2003), Self- steem and women with disabilities. Soc sci Med. 56(8),1737-1747.



[14]- حیدری پور مونا، مشهدی علی، اصغری نکاح سیدمحسن، (۱۳۹۲)، رابطه هوش هیجانی، کیفیت زندگی و ویژگی های شخصیتی با سلامت روان در افراد با معلولیت (ناتوانی) جسمی حرکتی، نشریه توانبخشی، ۱۱۴(۱)، صص ۴۹-۴۰.

[15]- Maziak W, Asfar T, Mzayek F, Fouad F, klizieh N. social demographic correlates of psychiatric morbid among lowincom women in Aleppo, Syria. Soc Sci Med. 2002;54(9):1419-142.

[16]- شریفی مریم، افشاری نیا کریم(۲۰۱۶)، مقایسه هوش هیجانی، سلامت روانی و کیفیت زندگی در معلولین ضایعه نخاعی(TBI) و افراد عادی، فصلنامه علمی پژوهشی مراقبت های بالینی.

[17]- مشکی مهدی، اصلی نژاد محمدعلی،(۱۳۹۲)، آموزش مهارت های زندگی و رفتارهای پیشگیری کننده از سوء مصرف مواد در دانشجویان. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا، ۳(۳).

[18]- پاریسینا زینب، فیروزه مهري، تک فلاح لیلا، محمدی سمنانی سعید، جهان الهه، امامی عاطفه،(۱۳۹۱)، بررسی اختلالات شخصیت در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد، مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۲۲(۲)، صص ۱۵۶-۱۵۲.

[19]- بیگدلی ایمان اله، رضایی علی محمد، رحیمیان بوگر اسحق(۱۳۹۱)، اختلالات روانی شایع در سوء مصرف کنندگان مواد، پژوهش های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۲(۱)، ۱۰۸-۹۳.

[20]- ارزنده فر علی، اصغری ابراهیم آباد محمد جواد،(۱۳۹۲)، بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر افزایش عزت نفس دانش آموزان با مشکل بینایی، پژوهش های بالینی و مشاوره دانشگاه فردوسی مشهد، ۳(۱)، صص ۱۰۸-۹۳.

[21]- پروین ندا، فاطمی آذر، امینیان فاطمه، رفیعی وردنجانی لیلا،(۱۳۹۳)، تاثیر جلسات آموزش مهارت های زندگی بر وضعیت رضایت زناشویی پرسنل پرستاری زن شاغل در بیمارستان هاجر(س) شهر کرد، مجله بالینی پرستاری و مامایی، ۳(۱)، صص ۴۶-۳۷.

[22]- سالک حدادی نگار، بدری رحیم،(۱۳۹۲)، بررسی تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر سبک های مقابله ای، فصلنامه آموزش و ارزیابی، ۶(۲۱)، صص ۹۴-۷۹.

[23]- Botvin G.J., Seink,s.p., Epstein,J. A. and Diaz, T.(2003). The effectiveness of Culturally focused and genetic Skills training Approaches to alcohol and drug Abuse prevention among minority youth, psychology of Addictive Behaviours, 8, 110-127.

[24]- کاشفی طبیبه،(۱۳۹۲)، رابطه بین مهارت های زندگی و آسیب پذیری نسبت به سوء مصرف مواد در دانشجویان، فصلنامه علمی دانشکده علوم پزشکی تربت حیدریه، ۱(۱)، صص ۷۷-۷۰.

[25]- احمدی طهور سلطانی محسن، عسگری محمد، توقیری امینه،(۱۳۹۲)، اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر کاهش عوامل محافظت کننده سوء مصرف مواد در نوجوانان کانون اصلاح و تربیت، اعتیاد پژوهی، ۷(۲۷)، صص ۱۶۰-۱۴۹.



۲۰ تیرماه ۱۳۹۵ - مرکز همایش های پژوهشگاه نیرو
20th July 2016 - Niroo Institute Conf Center
[26] = طارمیان قره‌داد، مهریار امیر هوشنگ، (۱۳۸۷)، اثربخشی برنامه آموزش مهارت های زندگی به منظور پیشگیری از مصرف مواد مخدر در دانش آموزان دوره راهنمایی، مجله دانشگاه علوم پزشکی زنجان، (۶۵)، صص ۸۷-۷۷.

[27]- Zollinger TW, saywell RM, Muegge CM, wooldring JS, cummings F, caine VA. Impact of the life skills training curriculum of middle school students tobacco use in marion county, Indiana, 1997-2000. J sch health. 2003;73(9):338-346.

[28]- Botvin GJ, Griffen KW.(2004). Life skill training: empirical finding and future direction. Journal of primary prevention, : 25(2):211-218.

[29]- Gorman DM.(2005), Does measurement dependence explain the effects of the life skills Training program on smoking outcomes perrentive Medicine, 479-487.