

اثربخشی آموزش شادکامی گروهی بر پیشگیری از عود بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد

مریم آزادجعفرلو^۱

چکیده

پژوهش حاضر به منظور اثربخشی آموزش شادکامی گروهی بر پیشگیری از عود در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد انجام شد. در یک پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مرکز خودمعرف بهزیستی شیراز که دوره سم‌زدایی را با موفقیت سپری کرده بودند با روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند و در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون، به پرسشنامه پیش‌بینی عود پاسخ دادند. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه نود دقیقه‌ای تحت آموزش شادکامی گروهی قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS-21 و با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس صورت گرفت. نتایج حاکی از کاهش معنادار نمره پیشگیری از عود در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس آزمون بود. بنابراین، آموزش گروهی شادکامی در پیشگیری از عود بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد مؤثر است.

واژه‌گان کلیدی: آموزش شادکامی، پیشگیری از عود، سوء مصرف مواد.

۱- کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه

سوء مصرف مواد به طور جدی برای سلامت انسان و توسعه اجتماعی مضر است، و یک بیماری روحی عودکننده مزمن محسوب می‌گردد (گارسیا-پاردو، روگر-سانچز، رودریگوئز-آریاس، مینارو و اکوییلار^۱، ۲۰۱۶)، تمامی مواد مخدر، هرچند به اندازه‌های مختلف و در جهات مختلف استفاده شوند، می‌توانند اطلاعات هیجانی یا عاطفی را تغییر دهند و منجر به نتایج رفتاری ناسازگار شوند (بلین، بلین-راسنت، مارای و اوریت^۲، ۲۰۱۳). همچنین پژوهشگران تأکید کرده‌اند که افراد معتاد نشانه‌های افسردگی، استرس و تنیدگی را نسبت به افراد عادی بیش‌تر نشان می‌دهند (کوپرا، تراکوب، جاکوبسیکا، ساسزکد، میچالسکا، مجسکا^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). طبق آخرین آمار سازمان بهداشت جهانی^۴، در داده‌های جمع‌آوری شده از ۱۴۷ کشور جهان که در حدود ۸۸ درصد جمعیت جهان را شامل می‌شود، ۱۵۵ تا ۲۵۰ میلیون نفر یا بین ۳/۵ تا ۵/۷ درصد جمعیت جهان در بازه سنی ۱۶ تا ۶۴ سال از مواد مخدر یا روان‌گردان مانند کوکائین، تریاک، ماری و جوآنا استفاد می‌نمایند که به طور عمومی ماری جوآنا بیش‌ترین میزان مصرف را به خود اختصاص داده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۷). در ایران نیز طی ۲۰ سال گذشته، میزان وابستگی به مواد بیش از ۳ برابر نرخ رشد جمعیت بوده است. عوارض بسیار جدی اعتیاد بر سلامت فرد، زندگی خانوادگی، اقتصاد، امنیت و رشد فرهنگی جامعه بسیار گسترده و ژرف است. به این ترتیب درمان اعتیاد همواره به عنوان یکی از دغدغه‌های سیاست‌گذاران سلامت مطرح بوده و مبالغ چشم‌گیری از اعتبار بخش سلامت را به خود اختصاص می‌دهد (هاشمی‌مقدم، ترکان و یوسفی، ۱۳۹۹).

1. Garcia-Pardo, Roger-Sanchez, Rodriguez-Arias, Miñarro, & Aguilar

2. Belin, Belin-Rauscent, Murray, Everitt

3. Kopera, Truccob, Jakubczyka, Suszekd, Michalska, Majewska

4. world health organization

پژوهشگران به این موضوع اشاره می‌کنند که نوع تفکر و باور فرد معتاد است که او را به طرف مصرف مواد شوق می‌دهد یا از آن دور می‌سازد (لیهی^۱، ۲۰۱۵). برای بعضی افراد، اعتیاد منبع انگیزشی نیرومندی است. اشتیاق به مصرف داروها مانند مواد افیونی (نظیر هروئین یا مورفین)، داروهای محرک اعصاب (مثل آمفتامین یا کوکائین، و نوع مصنوعی و خیابانی مواد و برخی داروهای دیگر (مثل الکل و نیکوتین) ممکن است بسیار شدید باشد (رز، چاسین، پریسون و شرمن^۲، ۲۰۱۵). فرد معتاد ممکن است، چنان به این داروها وابسته شود که شغل، زندگی خانوادگی و روابط اجتماعی، خانه و حتی آزادیش را به خاطر دسترسی به آن از دست بدهد (زندى، محسنی و حبیبی، ۱۳۹۷).

در زمینه رفتارهای اعتیادی، عود زمانی رخ می‌دهد که فرد معتاد رفتار اعتیاد خود را بعد از مدتی پاکي بروز می‌دهد. برای افرادی که تلاش بر کنترل رفتارشان دارند تا رها کردن رفتار اعتیاد، عود دوره‌ای از رفتار غیر کنترل شده می‌باشد. در میان افرادی که سعی در ترک اعتیاد دارند یک یا چند بار عود رخ می‌دهد (سوداک، سوداک و رز^۳، ۲۰۱۵) پیشگیری از عود جز مهمی از درمان سوء مصرف مواد می‌باشد. در همین راستا پیشگیری از عود یک رویکرد شناختی رفتاری با هدف شناسایی و پیشگیری از موقعیت‌های خطر ساز می‌باشد (هسو، کالینز و مارلت^۴، ۲۰۱۳).

شاید عود یا بازگشت به مصرف، چالش برانگیزترین مشکل باشد که محققین و متخصصین شاغل در اعتیاد با آن مواجه می‌شوند. از این رو متخصصانی که با افراد معتاد سروکار دارند به درستی می‌دانند که هر چند ترک اعتیاد فرایندی سخت و دشوار است با این وجود پاک نگه داشتن و جلوگیری از بازگشت مجدد فرد معتاد، به سمت مصرف، فرایندی مشکل تر است. (هادسون و استمپ^۵، ۲۰۱۱) در جمع‌بندی تحقیقات میزان عود

1. Leahy,

2. Rose, Chassin, Presson, & Sherman

3. Sadock, Sadock, & Ruiz

4. Hsu, Collins & Marlatt

5. Hudson & Stamp

پس از درمان را ۵۰ تا ۹۰ درصد گزارش می‌کنند. از طرف دیگر پژوهشگران نشان داده‌اند، عوامل موثر در بازگشت به اعتیاد به اتفاقات ناخوشایند در زندگی، ارزیابی شناختی، منابع سازگار بیماری و وضعیت خلقی، عاطفی و روانشناختی بیمار مرتبط است (لینداسمتی^۱، ۲۰۱۷) که نیازمند مداخلات موثر روانشناختی می‌باشد.

مرور مطالعات گذشته نیز نشان می‌دهد که اثربخشی درمان‌های نگهدارنده دارویی، بدون مداخله‌های روانی اجتماعی موفقیت چندانی ندارند (روزن، وارت، ویندت برینک، یانگ و کرکباف^۲، ۲۰۰۶). در این راستا مداخلات غیر دارویی متعددی همچون گروه درمانی حمایتی، رفتار درمانی شناختی و بین فردی و مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی برای درمان ولع مصرف و پیشگیری از عود استفاده شده‌اند که یکی از جدیدترین آن‌ها آموزش شادکامی برگرفته از روان‌درمانی مثبت‌نگر است. امروزه یکی از حوزه‌های مورد مطالعه روانشناسی مثبت‌نگر یعنی شادی توجه زیادی را به خود جلب کرده است. شادی در حوزه روانشناسی یک هیجان مثبت است. شادکامی را می‌توان یک رویکرد و احساس خوشایند پایدار تعریف کرد که تأثیر عمده‌ای بر شکل‌گیری شخصیت و سلامت روان می‌گذارد (وین هوون^۳، ۲۰۰۸). شادکامی و سلامت ذهنی دربرگیرنده احساسات مثبت مانند لذت، آرامش و تجربه احساس نشاط و رضایت است و در نهایت احساسی است که شخص به کمک آن زندگی خود را معنادار و باارزش می‌داند. آرگایل^۴ (۲۰۰۱) شادکامی را تجربه‌ای درونی مثبت و والاترین انگیزه برای تمامی رفتارهای انسانی می‌داند. شادکامی به طور چشمگیری، به مهارت‌های گوناگون زندگی، نظیر واقع‌گرایی، هدفمند بودن و شایستگی اجتماعی و نیز داشتن رضایت از زندگی وابسته است؛ در نتیجه، پیشرفت چنین مهارت‌هایی شادکامی افراد را بیشتر می‌کند (وین هون، ۲۰۰۸). این رویکرد معنا را در زندگی مراجعان به منظور تسکین آسیب‌شناسی روانی و تقویت شادی، افزایش می‌دهد. تجربه هیجان‌های

1. Lindesmith

2. Waart, Windt, Brink, Yong & Kerkbof

3. Veenhoven

4. Argyle

مثبتی که روانشناسی مثبت‌نگر بر آن تاکید دارد، اغلب توانایی بهتری برای سازگاری و بهبود حالت‌های هیجانی برای مواجهه با مشکلات زندگی ایجاد می‌کند و منجر به تفکر خوش‌بینانه می‌شود (لوپز^۱، ۲۰۱۱). فوردایس^۲ (۱۹۸۳) از صاحب نظران روان‌شناسی شادی است که طی پژوهش‌های بسیار، مجموعه‌ای را با عنوان برنامه افزایش شادکامی فردی ارائه کرده است و اعتقاد دارد با آموزش این اجزاء، توانسته است بر شادکامی و بهبود مهارت‌های فردی افراد بیفزاید. در زمینه پیامدهای شادکامی، شماری از پژوهش‌ها نشان دادند که می‌توان از احساس شادکامی برای درمان بیماری‌های روانی، افزایش امید، افزایش کیفیت زندگی، افزایش مقاومت روانی و تقویت نیروی دفاعی در مقابل استرس استفاده کرد (لیبومیرسکی، شیلدون و سچیکو^۳، ۲۰۰۵؛ بیتسکو^۴ و همکاران، ۲۰۰۹؛ سلینگمن^۵، ۲۰۱۲). عابدی و میرزایی (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان دادند که اجرای برنامه مبتنی بر شادکامی علاوه بر افزایش شادمانی، کاهش اضطراب و افسردگی را نیز به همراه داشته است. در این راستا، صالحی و علیزاده (۲۰۱۸) در پژوهشی اشاره کردند که مدل شناختی رفتاری پیشگیری از عود از طریق افزایش خودکارآمدی افراد وابسته به مواد می‌تواند بر پیشگیری از عود موثر باشد. پژوهش‌های افضلی (۲۰۱۷) و کرونتزمان و بارکر^۶ (۲۰۱۶) نشان دادند که مشاوره مبتنی بر دیدگاه روانشناسی مثبت‌تأثیر معناداری بر کاهش ولع مصرف مواد و پیشگیری از عود دارد. وب، هیرش و توسایت^۷ (۲۰۱۵) نیز در پژوهشی مطرح کردند که روان‌درمانی مثبت‌نگر با تاکید بر شادی و آرامش تأثیر معناداری در کاهش ولع مصرف و میل به مصرف مجدد مواد دارد.

1. Lopez

2. Fordyce

3. Lyubomirsky, Sheldon & Schkade

4. Bitsko

5. Seligman

6. Krentzman & Barker

7. Webb, Hirsch & Toussaint

لذا با توجه به تحقیقات انجام شده و همچنین بخاطر اینکه مصرف مواد یکی از جدیدترین مضللات بشر در سال‌های اخیر و یکی از پیچیده‌ترین پدیده‌های انسانی است که پایه و بینان‌های جامعه انسانی را به تحلیل می‌برد و پیشگیری از آن نیازمند کاربرد تئوری‌های متعدد در رشته‌های علمی مختلف و تکنیک‌های متنوع است. توجه به جوانب روانشناختی در درمان اختلالات مصرف مواد نقش مهمی در پیشگیری از عود، ریزش بیماران از درمان و افزایش سطح تحمل برای ترک دارد. لذا، با توجه به اینکه پژوهش‌های بی‌نهایت اندکی در زمینه شادکامی بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد انجام شده، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش شادکامی گروهی بر پیشگیری از عود مصرف مواد در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد انجام شد.

مواد و روش

این طرح پژوهشی از نوع شبه آزمایشی و در چارچوب طرح‌های پیش‌آزمون - پس - آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری در این تحقیق عبارت بودند از افراد معتاد مراجعه کننده به مراکز خود معرف زیر نظر بهزیستی شیراز که درمان سم زدایی را پشت سر گذاشته بودند. از بین تمامی مراجعه کنندگان، ۳۰ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل مصرف تریاک، شیره، هرویین، طول مدت اعتیاد از یک تا پنج سال، داشتن سن بین ۲۵ تا ۴۰ سال، مرد بودن و عدم ابتلا به بیماری‌های مهم جسمانی و روانی و تمایل و رضایت آگاهانه کتبی فرد معتاد برای حضور در پژوهش و افراد معتادی که دارای سنین بالاتر از ۴۰ سال و همچنین کمتر از ۲۵ سال باشند، غیبت بیش از دو جلسه به صورت متوالی، طول مدت اعتیاد کمتر از یک سال و بیشتر از پنج سال، ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روانی، از مطالعه کنار گذاشته شدند. سپس به افراد واجد شرایط توضیحات تکمیلی در مورد نحوه انجام طرح از طریق مصاحبه داده شد و رضایتنامه آگاهانه اخذ شد و به آن‌ها اطمینان داده شد

که اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه هفتگی طی دو ماه و نیم و هر جلسه ۹۰ دقیقه آموزش مبتنی بر شادکامی را دریافت کردند و گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات، پس از آزمون از هر دو گروه کنترل و آزمایش دریافت گردید. هم‌چنین به منظور رعایت مسائل اخلاقی جلساتی نیز برای گروه کنترل برگزار شد. پکیج جلسات آموزشی در این مطالعه بر اساس نظریه آرگایل (۲۰۰۱) و کتاب روانشناسی شادی آرگایل (۱۳۸۴) تهیه شد. شرح مختصری از روند اجرای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

در این پژوهش جهت سنجش پیشگیری از عود از پرسشنامه پیش‌بینی عود یا بازگشت استفاده شد. این پرسشنامه ابزار خودسنجی با ۴۵ سوال است که توسط رایت، بک نیومن و لیس در سال ۲۰۱۱ برای اندازه‌گیری میزان وسوسه و احتمال مصرف مواد در افراد وابسته به مواد مخدر تهیه شده است (نقل از طاهری فرد و ابوالقاسمی، ۱۳۹۶). هر سوال در بردارنده موقعیت‌ها یا حالت‌هایی است که برای یک فرد وابسته به مواد که در دوران ترک مواد قرار دارد، می‌تواند باعث ایجاد وسوسه و به تبع آن میل به مصرف مواد شود. این مقیاس دارای دو مولفه شدت نیرومندی میل در موقعیت خاص و احتمال مصرف در آن موقعیت می‌باشد. فرد بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای به صورت هیچ (صفر)، ضعیف (۱)، متوسط (۲)، قوی (۳) و خیلی قوی (۴) به این آزمون پاسخ می‌دهد. حداقل و حداکثر نمرات برای هر یک از مولفه‌ها در دامنه‌ای از ۰ تا ۱۸۰ بوده و برای کل مقیاس نیز در دامنه‌ای از ۰ تا ۳۶۰ می‌باشد (رهبریان، حسین زاده و دوستی، ۱۳۹۵). رایت و همکاران (نقل از طاهری فرد و ابوالقاسمی، ۱۳۹۶) روایی محتوایی مقیاس را تایید نموده‌اند. شاهمیر (۱۳۸۸) و سامی، محمودی و کریمیانی (۲۰۱۴) اعتبار و روایی مناسب این آزمون را گزارش کرده‌اند. فیروزآبادی، قنبری هاشم‌آبادی و طباطبایی (۱۳۸۸) آلفای کرونباخ مقیاس را برای مولفه میل به مصرف (۰/۵۸) و برای احتمال مصرف ۰/۶۳ گزارش کردند.

شاهمیر (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرونباخ برای قدرت امیال برابر با ۰/۹۴ و برای احتمال مصرف ۰/۸۴ تعیین کرد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون آماری تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱) خلاصه جلسات آموزشی مبتنی بر شادکامی گروهی

اهداف	جلسات
برگزاری یک جلسه حضوری به منظور آشنایی با شرکت کنندگان، بیان طرح آموزشی و تشریح ضرورت شادکامی در زندگی به زبان ساده توضیح داده شد. قوانین برنامه درمانی به اعضا اعلام و در نهایت اجرای پیش‌آزمون.	جلسه اول
معرفی اعتیاد و ویژگی‌های آن و توصیف احساسات، هیجانات و ناسازگاری‌های رفتاری مرتبط با آن، آموزش مثبت‌نگری و شناخت ویژگی‌های مثبت خود به شیوه بحث گروهی و عملی و دادن تکالیفی برای منزل.	جلسه دوم
بررسی تکالیف منزل و بررسی مشکلات اعضا در امر اجرای تکلیف، معرفی و آموزش فن بیان احساسات، فن افزایش خوش‌بینی و ارائه راهکارهای لازم برای دستیابی به این هدف، معرفی فن ایجاد و افزایش روابط صمیمانه در زندگی و ارائه راهکارهای مناسب و دادن تکالیفی برای اجرا در منزل.	جلسه سوم
گرفتن بازخورد از جلسه قبل و بررسی تکالیف انجام شده توسط اعضا، آموزش فن افزایش فعالیت جسمانی، توصیه به فعالیت‌های معنادار و سودمند و ارائه راهکارهای لازم، آموزش فن افزایش روابط اجتماعی و ارائه راهکار، دادن تکالیف منزل.	جلسه چهارم
گرفتن بازخورد از جلسه قبل و بررسی تکالیف انجام شده توسط اعضا، معرفی اضطراب، خشم و افسردگی از منظر شادکامی، آموزش دوری از افکار نگران‌کننده و راهبردهای مقابله با استرس و دادن تکالیفی برای منزل.	جلسه پنجم
بررسی وضعیت افراد در ارتباط با انجام تکالیف جلسه قبل، آموزش فن برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی (مدیریت زمان)، آموزش فن زندگی کردن در زمان حال، تمرین عملی شاد بودن در عین مشکلات (ارزیابی راهبرد های مقابله ای افراد معتاد)، ارائه راهکارهای	جلسه ششم

-
- مفید و عملی در خصوص این جلسه و ارائه تکالیفی برای منزل.
- جلسه هفتم** بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش فن خود واقعی بودن شامل شناسایی انواع خود، بررسی خودپنداره افراد در جلسه و ارائه راهکارهایی برای دستیابی به خود واقعی و حرکت به سوی خود مثبت، ارائه تکالیف برای اجرا در منزل.
- جلسه هشتم** بررسی تکالیف انجام شده و مشکلات آنان در انجام تکالیف، آموزش تفکر شاد داشتن با اندیشیدن به راهبردهای مسئله مدار به جای راهبرد هیجان محور و ارائه راهکارهایی در این مورد (ارتباط موثر و شاد با دیگران به جای مصرف مواد) و دادن تکالیف منزل.
- جلسه نهم** بررسی تکالیف جلسه قبل، آشنایی با نمونه‌هایی از شخصیت‌های سالم و ناسالم و معرفی ویژگی‌های شخصیت سالم، آموزش نحوه تفکرات مثبت برای الگوشکنی در رفتار (الگوی جدید توجه به تکنیک‌های شاد بودن به جای الگوی مصرف مواد) و ارائه تکالیف برای اجرا در منزل.
- جلسه دهم** بررسی تکالیف و گرفتن گزارش افراد نر مورد کارهایی که در این خصوص انجام داده‌اند، آموزش اولویت دادن به شادی، آموزش تکنیک کاهش توقعات و انتظارات و تکنیک قدردان بودن، گرفتن بازخورد از کل جلسات و اجرای پس‌آزمون.
-

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۳/۲۴ و انحراف استاندارد آن ۵/۳۴ بود. ۸ نفر از شرکت کنندگان مدرک زیر دیپلم، ۱۳ نفر دیپلم، ۳ نفر مدرک فوق دیپلم، ۴ نفر مدرک لیسانس و تعداد ۲ نفر از آن‌ها دارای مدرک فوق لیسانس بودند. هم‌چنین ۲۴٪ از شرکت کنندگان اعتیاد به تریاک، ۶۰٪ اعتیاد به هرئین و ۱۶٪ نیز اعتیاد به شیره داشتند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه شرکت کنندگان پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲) خلاصه داده‌های توصیفی پیشگیری از عود به تفکیک گروه

متغیر	گروه	فراوانی	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیشگیری از عود	آزمایش	۱۵	۲۸۹/۷۳	۱۲/۵۰	۲۵۱/۸۱	۱۰/۲۴
	کنترل	۱۵	۲۶۵/۴۶	۱۱/۰۳	۲۶۳/۹۴	۱۱/۱۸

بر اساس جدول ۲ میانگین نمره پیشگیری از عود در بیماران گروه آزمایش نسبت به گروه گواه و نیز نسبت به مرحله پیش آزمون در مرحله پس آزمون کاهش داشته است. برای بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر شادکامی به صورت گروهی از تحلیل کواریانس استفاده شد. یکی از پیش شرط‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. برای بررسی این پیش شرط از آزمون لون استفاده شد. نتایج این تحلیل حکایت از برقراری این پیش شرط داشت ($F=۱/۳۳$ ، $p>۰/۰۵$). نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳) نتایج تحلیل کواریانس برای تاثیر برنامه آموزشی شادکامی بر پیشگیری از عود

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون	۱۴۵۶/۴۱۶	۱	۳۹/۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰
تفاوت گروه‌ها	۱۰۰۲/۹۷	۱	۴۸/۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲
خطا	۱۸/۲۵۰	۲۸	-----	-----	-----
کل	۴۵۳۶۲/۷۰۰	۳۰	-----	-----	-----

بر اساس نتایج جدول ۳، نتایج تحلیل کواریانس در پیشگیری از عود بیانگر تفاوت معنادار در پس آزمون ($F=48/73, P<0/0001$) است. به بیان دیگر برنامه آموزشی مبتنی بر شادکامی توانسته پیشگیری از عود را در افراد معتاد گروه آزمایش کاهش دهد. این اثر از طریق عامل گروهی وارد شده و مقدار اثر آن به وسیله مقدار اتا قابل مشاهده است.

نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر شادکامی به صورت گروهی بر پیشگیری از عود افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بود. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون در متغیر پیشگیری از عود به وجود آمده است و آموزش مبتنی بر شادکامی در پیشگیری از مجدد عود گروه آزمایش تاثیر معناداری داشته است. این یافته با نتایج به صورت غیر مستقیم با نتایج پژوهش‌های صالحی و علیزاده (۲۰۱۸)، شرر، ورثینگتون، هوک و کامپانا^۱ (۲۰۱۱)، کادام، سینها، نیکار، ماتچوالا و دوسوا^۲ (۲۰۱۷)، کاتور^۳ (۲۰۱۳)، رحیمزاده (۱۳۹۰) و پیرنیا (۲۰۱۵) همسو است. کادام و همکاران (۲۰۱۷) مطرح نمودند که عواملی همچون ادراک انتقاد و سرزتش و خودکارآمدی پایین (یکی از متغیرهای مهم در روانشناسی شادکامی و مثبت‌نگر) نقش مهمی در بازگشت افراد وابسته به مواد و الکل دارند. پیرنیا (۲۰۱۵) در مطالعه‌ای مطرح نمود که هر دو مداخله مثبت‌نگر و درمان مبتنی بر بهزیستی اثربخشی معناداری در کاهش نگرش بیماران تحت درمان با متادون نسبت به سوء مصرف مجدد مواد دارند. شرر و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان دادند آموزش بخشش و شادکامی منجر به کاهش احساس افسردگی و شرم و همچنین احتمال بازگشت افراد معتاد به الکل می‌شود. کاتور (۲۰۱۳) در پژوهشی مطرح نمود که

1. Scherer, Worthington, Hook & Campana

2. Kadam, Sinha, Nimkar, Matcheswalla & De Sousa

3. Kaur

مداخله مبتنی بر روان‌درمانی مثبت‌نگر اثربخشی قابل توجهی در پیشگیری از عود معتادان دارد.

در تبیین اثربخشی آموزش شادکامی می‌توان گفت که مداخلات مبتنی بر مثبت‌نگری با گسترش آگاهی از احساسات و هیجانات از طریق مراحل افزایش آگاهی و تمرینات حل مسئله و کنترل ولع و وسوسه، مشاهده تجربه خوشایند و ناخوشایند و پذیرش بدون داوری آنچه که وجود دارد در پیشگیری از بازگشت مجدد موثر است (بهراد، مکوند حسینی، نجفی، رضایی و رحیمیان بوگر، ۱۳۹۷). مداخلات شادکامی برای مراجعان روش جدیدی از پردازش نشانه‌های موقعیت، نظارت و واکنش به امکانات محیطی را فراهم می‌کند که موجب کاهش مشکلات میان فردی و روانی می‌شود. عنصر اساسی آموزش‌های شادکامی شامل آموزش مراجعان برای هدایت توجه‌شان به سمت هیجانات مثبت است (هریس، اسموک، و تابوویلکز، ۲۰۱۱). در نهایت آگاهی افزایش یافته و پذیرش افکار و حواس در موقعیت‌های پرخطر منجر به روش‌های سازگارانه‌تر پاسخ به نشانه‌های موقعیتی و احتمال کاهش بازگشت خواهد شد (هندرشات، ویتکوئیتز، جورج و مارلات، ۲۰۱۱). در واقع مداخله گروهی شادکامی نه تنها می‌تواند منابع مثبت را ایجاد نماید، بلکه می‌تواند تاثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته و سدی برای بازگشت مجدد آن‌ها باشد.

در نهایت باید گفت، در آموزش مبتنی بر شادکامی به صورت گروهی، معتادان علاوه بر پژوهشگر از دیگر اعضای گروه سرمشق گرفته و ویژگی‌ها و رفتار آنان را تقلید می‌کردند که این مسأله دارای اهمیت درمانی بود. یادگیری اجتماعی یا تکوین مهارت‌های اساسی اجتماعی یک عامل مهم درمانی است و پژوهشگر از اعضا خواست که اطلاعات خود را در زمینه‌های مختلف مفهوم سلامت و اختلالات روانی، پیشنهادها و راهنمایی‌ها در مورد زندگی و مشکلات آن را به دیگر اعضای گروه نیز منتقل نمایند. از آنجا که بسیاری از اعضا گمان می‌کردند که تنها خود ایشان دارای مشکل هستند، این احساس منحصر به

¹. Hendershot, Witkiewitz, George & Marlatt

فرد بودن، احساس تنهایی آن‌ها را تشدید می‌کند؛ در حالی که در گروه درمانی، اعضای گروه با درک تشابهات احساس همبستگی اجتماعی با یکدیگر را پیدا کردند و این همبستگی باعث افزایش احساس شادکامی و مقاومت در مقابل وسوسه های عود می‌باشد. یکی از محدودیت‌های عمده این پژوهش این بود که به علت پیچیدگی متغیر پیشگیری از عود امکان کنترل برخی متغیرها از جمله وضعیت رفاهی و معیشتی، حمایت خانوادگی و نبود و لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده این مساله مد نظر قرار داده شود و عوامل تاثیرگذاری که ممکن است روی نتایج درمان بیماران تاثیر متفاوت بگذارد در نظر گرفته شود. هم‌چنین این پژوهش بر روی معتادین مرد و با ماده مصرفی مشخصی انجام شد؛ لذا تعمیم نتایج به همه اقشار جامعه و همه سنین و نیز با توجه به نوع ماده مصرفی، سن شروع، طول مدت مصرف، جنسیت بایستی با احتیاط صورت گیرد.

منابع

- ۱) بهراد، مژگان؛ مکوند حسینی، شاهرخ؛ نجفی، محمود؛ رضایی، علی محمد و رحیمیان بوگر، اسحاق. (۱۳۹۷). «مقایسه اثربخشی روان درمانی مثبت نگر و درمان پذیرش و تعهد بر ابعاد درد بیماران مبتلا به میگرن»، **مطالعات روانشناختی**، ۱۴ (۱): صص ۲۱-۸.
 - ۲) رحیم زاده، ناهید (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت های مثبت اندیشی مبتنی بر مراحل تغییر در پیشگیری از عود اعتیاد. **پایان نامه کارشناسی ارشد**، دانشگاه سمنان.
 - ۳) زندی، امین؛ محسنی، امیر و حبیبی، مجتبی (۱۳۹۷). «اثربخشی درمان گروهی سایکودرام بر پیشگیری از عود در وابستگی به مواد و نشخوار ذهنی»، **فصلنامه اعتیاد پژوهی**، ۱۲ (۴۹): صص ۵۰-۶۲.
 - ۴) شاهمیر، سعید (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی شناختی- رفتاری و کنگره ۶۰ در کاهش میل و احتمال مصرف، **پایان نامه کارشناسی ارشد**، رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد واحد رودهن.
 - ۵) طاهری فرد، مینا و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۶). «نقش ذهن آگاهی، تحمل آشفتگی و حافظه هیجانی در پیش بینی بازگشت و پیروی از درمان در سوء مصرف کنندگان مواد»، **فصلنامه اعتیاد پژوهی**، ۱۱ (۴۳): صص ۲۱۱-۲۳۴.
 - ۶) فیروزآبادی، عباس؛ قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی و طباطبایی، سید محمود (۱۳۸۸). «اثربخشی تکنیک های هوشیاری فراگیر انفصالی و توجه بر گردانی در میزان وسوسه مصرف مواد و احتمال لغزش در بیماران مرد وابسته به مواد مخدر»، **اصول بهداشت روانی**، ۱۱ (۴): صص ۳۰۱-۲۹۲.
 - ۷) هاشمی مقدم، لیلیا؛ ترکان، هاجر و یوسفی، زهرا (۱۳۹۹). «مطالعه کیفی عوامل محافظت کننده و مخاطره آمیز در اعتیاد در زنان و مردان شهر اصفهان»، **فصلنامه اعتیاد پژوهی**، ۱۴ (۵۵): صص ۱۵۰-۱۳۳.
- 8) Afzali, M. (2017). Positive Psychology Therapy and Craving Index: A Pilot Randomized. *Imperial Journal of Interdisciplinary Research (IJIR)*, 3 (5), 1524-1527.
 - 9) Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness*. London; NewYork: Rutledge.

- 10) Belin, D., Belin-Rauscent, A., Murray, J. E., & Everitt, B. J. (2013). Addiction: failure of control over maladaptive incentive habits. *Current opinion in neurobiology*, 23(4), 564-572.
- 11) Bitsko, M. J., Stern, Dillon, R., Russell, E. C., & Laver, J. (2009). Happiness and time perspective as potential mediators of quality of life and depression in adolescent cancer [On-line]. Available: www.elsevier
- 12) Fordyce, M. W. (1983). A program to increase happiness: Further studies. *Journal of counseling psychology*, 30(4): 483-493.
- 13) García-Pardo, M. P., Roger-Sanchez, C., Rodríguez-Arias, M., Miñarro, J., & Aguilar, M. A. (2016). Pharmacological modulation of protein kinases as a new approach to treat addiction to cocaine and opiates. *European Journal of Pharmacology*, 781, 10-24.
- 14) Harris, K. S., Smock, S. A., & Tabor Wilkes, M. (2011). Relapse resilience: A process model of addiction and recovery. *Journal of Family Psychotherapy*, 22(3), 265-274.
- 15) Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 6(1), 17.
- 16) Hsu, S. H., Collins, S. E., & Marlatt, G. A. (2013). Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. *Addictive behaviors*, 38(3), 1852-1858.
- 17) Hudson, A., & Stamp, J. A. (2011). Ovarian hormones and propensity to drug relapse: a review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(3), 427-436.
- 18) Kadam, M., Sinha, A., Nimkar, S., Matcheswalla, Y., & De Sousa, A. (2017). A comparative study of factors associated with relapse in alcohol dependence and opioid dependence. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39(5), 627.
- 19) Kaur, K. (2013). Positive psychotherapy as a relapse prevention intervention. 2nd International Conference and Exhibition on Addiction Research & Therapy, 4(4), 148-149.
- 20) Kopera, M., Trucco, E. M., Jakubczyk, A., Suszek, H., Michalska, A., Majewska, A., ... & Brower, K. J. (2018). Interpersonal and intrapersonal emotional processes in individuals treated for alcohol use disorder and non-addicted healthy individuals. *Addictive behaviors*, 79, 8-13.
- 21) Krentzman, A. R., & Barker, S. L. (2016). Counselors' Perspectives of Positive Psychology for the Treatment of Addiction: A Mixed Methods Pilot Study. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 34(4), 370-385.

- 22) Leahy, R. L. (Ed.). (2015). *Contemporary cognitive therapy: Theory, research, and practice*. Guilford Publications.
- 23) Lindesmith, A. R. (2017). *Addiction and opiates*. Routledge.
- 24) Lopez, S. J. (Ed.). (2011). *The encyclopedia of positive psychology*. John Wiley & Sons.
- 25) Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of general psychology*, 9(2), 111.
- 26) Roozen, H.G., Waart, R.D., Windt, D., Brink, W., Yong, C.A & Kerkbof, A. F. (2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence, *European Neuro psychopharmacology*, 16, 311-323.
- 27) Rose, J. S., Chassin, L., Presson, C. C., & Sherman, S. J. (Eds.). (2015). *Multivariate applications in substance use research: New methods for new questions*. Psychology Press.
- 28) Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. Wolters Kluwer.
- 29) Salehi, L., & Alizadeh, L. (2018). Efficacy of a cognitive-behavioral relapse prevention model in the treatment of opioid dependence in Iran: A randomized clinical trial. *Shiraz E-Medical Journal*, 19(5).
- 30) Salehi, L., & Alizadeh, L. (2018). Efficacy of a cognitive-behavioral relapse prevention model in the treatment of opioid dependence in Iran: A randomized clinical trial. *Shiraz E-Medical Journal*, 19(5).
- 31) Sami, S., Mahmoudi, S., & Karimiani, N. (2014). Desire of Athlete and Non-athlete Students to Drugs Use. *Annals of Applied Sport Science*, 2(4), 49-54.
- 32) Scherer, M., Worthington Jr, E. L., Hook, J. N., & Campana, K. L. (2011). Forgiveness and the bottle: Promoting self-forgiveness in individuals who abuse alcohol. *Journal of addictive diseases*, 30(4), 382-395.
- 33) Seligman, M. E. (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Simon and Schuster.
- 34) Veenhoven R. (2008). Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *J Happiness Stud*, 9(3), 449-469.
- 35) Webb, J. R., Hirsch, J. K., & Toussaint, L. (2015). Forgiveness as a positive psychotherapy for addiction and suicide: Theory, research, and practice. *Spirituality in Clinical Practice*, 2(1), 48.