

اثربخشی آموزش رفتار مهربانی بر افسردگی و مهارت‌های ارتباطی در سوءمصرف کنندگان مواد

Effectiveness of Kindness Behavior Training on Depression and Communication Skills in Substance Abusers

Marzieh Derakhshan

M.A of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

Corr-Author: Maryam.derakhshan11@gmail.com

مرضیه درخشان (نویسنده مسئول)

کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

Abstract

The purpose of the present study was to investigate the effect of kindness behavior training on reducing depression and improving communication skills of depressed addicts. The research method was semi-experimental and pre-test-posttest design with control group. The statistical population included depressed substance abusers in Sepehr institute in Isfahan in the summer of 1397. The research sample consisted of 26 people who had low scores in communication skills, who were randomly assigned to control and experimental groups. The kindness Behavior Training Program was conducted for 8 sessions for the experimental group and the control group did not receive any intervention. The instruments used included Beck Depression Scale (1996), Matson Communication Skills Scale (1983). They were pre-test and post-test. Analysis of variance and covariance were used to analyze the data. The results showed that there is a significant difference between the experimental and control groups in the post-test regarding the scores of depression, communication skills. The mean of experimental group in each of these variables was significantly less than control group ($p < 0.001$). The kindness Behavior Training program can be used as an addiction prevention and supplementary treatment program along with other training programs.

Keywords: kindness Behavior, Substance Abuse, Depression, Communication Skills

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین تأثیر آموزش رفتار مهربانی بر بهبود مهارت‌های ارتباطی و نشانه‌های افسردگی سوءمصرف کنندگان مواد بود. روش پژوهش با طرح نیمه آزمایشی و به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش، افراد سوءمصرف کننده مواد در مرکز سپهر شهر اصفهان در ۱۳۹۸ بود. نمونه پژوهش ۲۶ نفر سوءمصرف کننده مواد، دارای نمرات پایین در مهارت‌های ارتباطی و نمره بالا در افسردگی بودند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای‌دهی شدند. برنامه آموزشی رفتار مهربانی در طی ۸ جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد و افراد گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه افسردگی بک (BDI 1996) و مقیاس مهارت‌های ارتباطی ماتسون (MRKS 1986) استفاده شد. داده‌های پژوهش با تحلیل واریانس یک متغیری و کوواریانس یک متغیری تجزیه و تحلیل شدند. نتایج پژوهش نشان داد که در گروه آموزش رفتار مهربانی نسبت به گروه کنترل نمرات مهارت‌های ارتباطی افزایش و نشانه‌های افسردگی کاهش یافت ($P < 0.001$). بنابراین، برنامه آموزش رفتار مهربانی می‌تواند به عنوان یک برنامه پیشگیری از اعتیاد و مکمل درمان سوءمصرف در کنار سایر برنامه‌های آموزشی مورد استفاده فعالان در این حوزه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، رفتار مهربانی، سوءمصرف مواد، مهارت‌های ارتباطی

مقدمه

وابستگی به مواد مخدر در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی با عنوان اختلال اعتیادی و مرتبط با مواد معرفی شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۱، ۲۰۲۲) و به عنوان دومین اختلال شایع روانی از آن یاد می‌شود (کاپلان و سادوک^۲، ۲۰۰۷). مشکلات سلامت روان و سوءمصرف مواد به طور نزدیکی در هم تنیده اند (لی^۳ و همکاران، ۲۰۲۵). وابستگی به مواد فقط یک مسئله فردی نیست بلکه یک آسیب اجتماعی است که تهدید جسمانی و روانی را به همراه داشته و اثرات غیرقابل بازگشتی بر جنبه‌های اجتماعی و اقتصادی فرد و جامعه دارد. می‌توان اختلالات سوءمصرف مواد را یک مسئله مهم سلامت عمومی دانست که منجر به آسیب جدی به فرد، خانواده و جامعه می‌شود (کالابریا^۴ و همکاران، ۲۰۱۰). در اغلب پژوهش‌ها، افسردگی به عنوان شایع‌ترین اختلال همبود اعتیاد مطرح شده است (گنبرگ^۵ و همکاران، ۲۰۱۹؛ لی و همکاران، ۲۰۲۵)، اما برخی پژوهشگران افسردگی را یکی از علت‌های اصلی گرایش به سوءمصرف و به عنوان معلول و پیامد سوءمصرف معرفی نموده‌اند و افسردگی و تحریک‌پذیری از نشانگانی است که افراد سوءمصرف کننده متامفتامین‌ها هنگام قطع مصرف تجربه می‌کنند (کنتول و مکبراید^۶ ۱۹۹۸) و همچنین با ترک، وسوسه و بازگشت مرتبط است (ناکاما^۷ و همکاران ۲۰۰۸) که باید در ارزیابی درمان به آن‌ها پرداخته شود (نیوتون^۸ و همکاران، ۲۰۰۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که علائم افسردگی به طور معناداری فراوانی مصرف مواد افیونی را در ارزیابی‌های بعدی پیش‌بینی می‌کند. افسردگی در تمام مراحل زندگی فرد معتاد، اعم از وقتی که مقادیر بیشتر از معمول را مصرف نموده یا به علت ترک مصرف دچار علائم شده، مشهود است (آنتنلی و شوکیت^۹، ۱۹۹۳). علی^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند افرادی که علائم افسردگی بیشتری دارند در زمینه مصرف مواد مشکلات بیشتری نشان می‌دهند.

افسردگی با مهارت‌های ارتباطی، رابطه‌ای تنگاتنگ دارد (مولر و سیهاس^{۱۱}، ۲۰۱۹). افراد مصرف‌کننده مواد که افسردگی کمتری دارند، مهارت‌های ارتباطی بهتری نشان می‌دهند. یافته‌ها نشان داد که بهبود علائم افسردگی، جنبه مهمی از درمان اعتیاد و بهبود مشکلات همراه را پیش‌بینی می‌کند. سطوح بالای افسردگی منجر به میانگین نمرات پایین‌تر مهارت‌های ارتباطی است. در نتیجه افرادی که افسردگی پایین‌تری دارند، عود و لغزش کمتری داشته و مهارت‌های ارتباطی بهتری را به کار می‌برند و در نهایت درمان موفق‌تری خواهند داشت (استفن و امنیم^{۱۲}، ۲۰۲۰). مصرف کنندگان مواد افرادی هستند که با اعتمادبه خود پایین و نقایص بی‌شمار در مهارت‌های ارتباطی مرتبط با عملکرد اجتماعی، مشخص می‌شوند. افراد با اعتمادبه خود پایین افرادی هستند که با دیگران بد برخورد می‌کنند و مشخصه آن‌ها ناتوانی در ایجاد و یا وارد گفتگو شدن با دیگران است. طبق بررسی پژوهشگران مصرف کنندگان مواد افرادی درون‌گرا، حساس، ساکت، منفعل و سلطه‌پذیر هستند که در زندگی شخصی خود به مواد مخدر نیاز دارند تا از تنهایی، انزوا و خستگی فرار کنند. بین مهارت‌های ارتباطی (ابراز وجود و اظهار امتناع) و مصرف مواد ارتباط وجود دارد (اپستین^{۱۳} و همکاران، ۱۹۹۵؛ اپستین و باتوین^{۱۴}، ۲۰۰۲؛ گلدبرگ^{۱۵} و باتوین، ۱۹۹۳). به نظر می‌رسد افرادی که دچار سوءمصرف مواد هستند نسبت به سایرین بیشتر در زمینه دریافت و ارسال پیام‌های ارتباطی و مهارت‌های ارتباطی دچار نقص هستند و از سوی دیگر ضعف در روابط اجتماعی بین فردی یکی از عوامل گرایش به اعتیاد است که هرروزه افزایش می‌یابد (خاندی^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۵). به طور کلی به نظر می‌رسد مصرف مواد مخدر با انزوای اجتماعی و افسردگی همراه است (زنگ و سانگ^{۱۷}، ۲۰۲۲).

1 . American Psychiatric Association
2 . Kaplan, & Sadocks
3 . Li
4 . Calabria
5 . Geberg
6 . Cantwell, & McBride
7 . Nakama
8 . Newton
9 . Anthenelli, & Schuckit

10 . Ali
11 . Moeller, & Seehuus
12 . Stephen, & Omonyemen
13 . Epstein
14 . Botvin
15 . Goldberg
16 . Khanday
17 . Zeng, & Song

مهربانی که پیش‌تر یکی از مؤلفه‌های شفقت به خود نف^۱ (۲۰۰۳) محسوب می‌شد، اینک به‌طور مستقل به‌عنوان یکی از خصایص مثبت انسانی بااهمیت در بهزیستی روان‌شناختی به‌خصوص در مورد اضطراب و افسردگی موردتوجه قرار گرفته و نشان داده شده است که قویاً با سایر سازه‌های مثبت در ارتباط بوده و با علائم آسیب‌شناختی رابطه معکوس دارد (بر^۲ و همکاران، ۲۰۱۱؛ لائوس^۳ و همکاران، ۲۰۱۳؛ نلسون^۴ و همکاران، ۲۰۱۶، فادل^۵، ۲۰۲۵). ایسکندر و آکین^۶ (۲۰۱۱) نشان دادند که خود قضاوتی، انزوا و همدردی بیش‌ازحد با اعتیاد به اینترنت مرتبط است. همچنین بشر پور و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند مهربانی به خود با انگیزش درمان اعتیاد رابطه معنادار دارد و زمانی که فرد، مهربانی به خود بالایی دارد تلاش می‌کند نسبت به همه جنبه‌های منفی زندگی خود از جمله رفتارهای اعتیادی خود پذیرا بوده و به وجود آن‌ها در خود اعتراف کند و در اثر دید انتقادی نسبت به خود و احساس انزوای ناشی از اعتیاد به میزان بیشتری به دنبال بازشناسی مشکلات خود و علاقه برای ترک اعتیاد بوده و در نتیجه مهربانی به خود می‌تواند با ایجاد احساس گناه ژرف به ایجاد انگیزش ترک در فرد منجر شود و درمان اعتیاد به مواد مخدر موثر باشد (کارلو و کاراکاسیدو^۷، ۲۰۲۵).

بسیاری از مداخلات که توسط پژوهشگران مختلف به‌منظور ارتقاء شادی و در نتیجه ارتقاء بهزیستی روانی و کاهش علائم آسیب‌شناختی در نظر گرفته شده است، انجام اعمال مهربانانه و مداخلات مبتنی بر شفقت به خود است. از جمله کارلو و کاراکاسیدو (۲۰۲۵) مداخلات مبتنی بر شفقت به خود را در درمان اعتیاد موثر می‌دانند. همچنین نادری و همکاران (۲۰۲۴) نشان داده‌اند که شفقت به خود و ذهن‌آگاهی با افزایش آمادگی برای تغییر در افراد سوءمصرف کننده موادمخدر مرتبط است. آموزش رفتار مهربانی در اختلالات اعتیادی توسط گروز و ماسون-جان^۸ (۲۰۱۴) معرفی شد. وی معتقد است آموزش رفتار مهربانی منجر به افزایش پذیرش خود، علاقه به دیگران و بهبود روابط اجتماعی، کاهش خود انتقادی و انتظارات خشک از دیگران، تنظیم هیجانی بهبود یافته و بالطبع مهارت‌های خودتنظیمی رشد یافته و افزایش همدلی در ارتباط با دیگران می‌شود که این موارد بسیاری از مسائل افراد با اختلالات مصرف مواد را تحت پوشش قرار می‌دهد. آموزش رفتار مهربانی مکمل رویکردهای ذهن‌آگاهی است که سبب ارتقاء بهزیستی افراد با تاریخچه افسردگی، اضطراب و سوءمصرف مواد مناسب است (گروز، ۲۰۱۹؛ اتکینز و سالزاور، ۲۰۱۸؛ بوچان و باردی، ۲۰۱۰). به نظر می‌رسد آموزش رفتار مهربانی باهدف افزایش خودآگاهی نسبت به کارکرد و تأثیر متقابل هیجان‌های مثبت و منفی درونی و روابط اجتماعی، معنادار ساختن زندگی از طریق پیوستگی با خویش و دیگران است. به این ترتیب با ارتقای هیجان‌های مثبت می‌توان انتظار داشت که هیجا‌های منفی کاهش یافته و فرد بتواند با گسترش جهان‌بینی‌اش، نسبت به خود و سایرین ملایف‌تری اعمال کند. درگیر شدن فرد در خیرخواهی برای خود و دیگران سبب می‌شود که فرد آنچه را در نظریه فروید به‌عنوان غریزه مرگ و نیستی تعبیر می‌شود فروگذار کرده و با زندگی خود بیش‌ازپیش پیوستگی بیابد. پژوهش‌های بسیاری حاکی از اثربخشی معنادار آموزش‌ها و درمان‌های مبتنی بر شفقت، بر بهبود علائم افسردگی و مشکلات مرتبط با مواد بوده است (برای مثال کر^۹ و همکاران ۲۰۱۴؛ هاپنر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹؛ کارلو و کاراکاسیدو ۲۰۲۵). با توجه به شیوع سوءمصرف مواد و پیامدهای روان‌شناختی آن، وجود نشانه‌های افسردگی و نقص در مهارت‌های ارتباطی معتادان، و نقش این متغیرها در فرایند درمان، لازم است که این آموزش در فرایند کار بالینی در فرهنگ ایرانی مورد استفاده قرار گیرد تا فواید و محدودیت‌های استفاده از آن در افراد معتاد مشخص شود. لذا، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش مهربانی بر بهبود مهارت‌های بین فردی و نشانه‌های افسردگی افراد سوءمصرف کننده مواد است.

1 . Neff
2 . Burr
3 . Layous
4 . Nelson
5 . Fadel

6 . Iskender, & Akin
7 . Karlou, & Karakasidou
8 . Groves, & Mason-John
9 . Kerr
10 . Hoepner

روش

پژوهش نیمه آزمایشی در قالب طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش انتخاب افراد سوءمصرف کننده مواد در حال ترک در مرکز خدمات ترک اعتیاد سپهر شهر اصفهان بود (حدود ۲۰۰ نفر). نمونه پژوهش ۴۰ فرد در حال ترک مراجعه کننده به کلینیک ترک اعتیاد سپهر شهر اصفهان بود که به صورت هدفمند انتخاب شدند. افرادی که نمره بالا در پرسشنامه افسردگی بک (نمره برش ۱۷) و نمره پایین در پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی ماتسون (نمره کمتر از ۵۵) کسب کردند، با توجه به ملاک‌های ورود و خروج ۴۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جای‌دهی شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، تحصیلات (حداقل سیکل) و شروع مدت مصرف مواد بیش از یک سال. ملاک‌های خروج عبارتند از: غیبت بیش از سه جلسه، وجود بیماری‌های جسمی و روانی مزمن بر اساس پرونده پزشکی و استفاده از درمان‌ها و آموزش‌های روان‌شناختی دیگر به‌طور هم‌زمان.

ابزار

الف) پرسشنامه افسردگی بک: نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک^۱ توسط بک و همکاران (۱۹۹۶) مورد بازنگری قرار گرفت. این پرسشنامه ۲۱ گویه خودگزارشی دارد و شرکت کننده روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای از صفر تا سه (خفیف تا بسیار شدید) به آن پاسخ می‌دهد. (بک و همکاران، ۱۹۹۶)، همسانی درونی این پرسشنامه را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفای کرونباخ آن را برای گروه بیمار برابر با ۰/۸۶ و برای گروه غیر بیمار برابر با ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند ربیعی و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی بر روی ۹۴ نفر ضرایب آلفای کرونباخ، دو نیمه سازی و بازآزمایی را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۹ و ۰/۹۴ گزارش کردند. ضریب همبستگی بین این پرسشنامه با مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون و مقیاس خودسنجی زونگ بیش از ۰/۶۰ به دست آمد ($P < ۰/۰۱$).

ب) پرسشنامه مهارت‌های ارتباط بین فردی ماتسون^۲: این پرسشنامه توسط ماتسون و همکاران (۱۹۸۳) باهدف ارزیابی مهارت‌های اجتماعی افراد در روابط بین فردی تدوین شد. دارای ۱۹ سؤال بوده و هدف آن سنجش میزان مهارت‌های ارتباطی بین فردی در افراد مختلف است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده که از نمره ۱ بسیار پایین تا ۵ بسیار خوب نمره دهی می‌شود. مجموع امتیازات دامنه‌ای از ۱۹ تا ۹۵ دارد. ضریب پایایی این مقیاس نیز برابر ۰/۹۱ گزارش شده است. همچنین بین این پرسشنامه و پرسشنامه توانایی برقراری ارتباط مؤثر همبستگی ($r = ۰/۷۰$) معنی‌داری به دست آمده است (منجمی زاده، ۲۰۱۲).

برنامه مداخله ای

چهارچوب برنامه آموزش رفتار مهربانی شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، متشکل از دو جلسه ذهن آگاهی، شش جلسه متمرکز بر مهربانی و یک جلسه تمرین دوباره‌تن آرامی مهربانی است. این مدل برگرفته از برنامه میسون جان و گروز است که در سال ۲۰۱۴ جهت درمان مشکلات اعتیادی در کتاب «درمان در هشت گام»^۳ معرفی شد و در آمریکا و اروپا اجرا شد. محتوای جلسات آموزش در جدول ۱ ارائه شده است. هدف از محتوای آموزشی کمک به حفظ و گسترش ذهن آگاهی، آگاهی بخشی و کمک به معنادار کردن جهت ارتقای ابعاد کارکردهای روانی مثبت و رشد رفتار مهربانی، به عنوان مکملی برای رویکردهای ذهن آگاهی است. تکنیک‌های ارائه شده با استفاده از فنون تن آرامی شامل سه گام اصلی رویکردهای ذهن آگاهی نیز می‌باشد: گسترش آگاهی، یادگیری پذیرش و قبول تجارب مشکل‌زا و انتخاب‌های معقول بر مبنای آگاهی رشد یافته (گروز و ماسون-جان، ۲۰۱۴). همچنین روایی محتوایی این آموزش توسط متخصص ارزیابی و مورد تایید قرار گرفت.

1 . Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)
2 . Matson's Interpersonal Communication Skills Questionnaire

3 . Eight Step Recovery

جدول ۱: محتوای جلسات برنامه آموزش رفتار مهربانی		
شماره جلسات	عنوان جلسه	محتوای جلسه
صفر	انتخاب گروه هدف	معارفه، اجرای پرسشنامه افسردگی، مهارت‌های ارتباطی و مهارت‌های خودتنظیمی و پرسشنامه مهربانی
یک	آگاهی و پذیرش طبیعی بودن رنج در زندگی انسان	معرفی انواع رنج و پریشانی، آموزش مواجهه با واقعیت‌ها، مسئولیت‌پذیری، تن آرامی، اهمیت تنفس
دو	آگاهی از ایجاد رنج اضافی توسط خویشتن	معرفی شیوه‌های برخورد با رنج و پریشانی، معرفی انواع وسوسه، تن آرامی مهربانانه
سوم	آگاهی و پذیرش ناپایداری	معرفی ناپایداری و تغییرات، پذیرش توانایی تغییر فردی، آگاهی از هیجان‌ها
چهارم	میل به ورود به مسیر درمان و به دست آوردن آزادی	آموزش نیاز به تغییر و بازیابی، آگاهی از انتخاب‌ها، توجه به سازه مهربانی در مواجهه با افکار و هیجان‌ها، مهربانی به خود، تشویق و همدلی
پنجم	دگرگون ساختن کلام، اعمال و کسب‌وکار	درک رابطه افکار، هیجان‌ها، رفتارها و پیامدها، آموزش اعتدال و پرهیز در رفتار، آموزش سه مرحله پذیرش
ششم	قرار دادن ارزش‌های مثبت در مرکزیت زندگی خود	کشف ارزش‌های درونی فرد، معرفی پناهجویی، شناسایی افراد مشوق و افراد مانع در بازیابی
هفتم	صرف هر نوع تلاش برای باقی ماندن در مسیر بازیابی	آموزش مهربانی به خود، پنج مانع اصلی درمان، نگهداری حالات یاری گر روانی
هشتم	کمک به دیگران یا به اشتراک گذاشتن منافعی که به دست آورده شد	اهمیت و مزایای یافتن راه‌های کمک به دیگران، خطرات یاریگر بودن، جمع‌بندی آموخته‌های دوم گذشته

برای تعیین اعتبار محتوایی، بسته مورد نظر در اختیار ۸ نفر از متخصصان قرار گرفت. شاخص روایی محتوایی و نسبت روایی محتوایی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۹ بدست آمد.

نحوه اجرا

پس از هماهنگی و شناسایی، انتخاب شرکت‌کننده‌ها، آن‌ها به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. ابتدا هر دو گروه پیش‌آزمون شدند. سپس برنامه آموزش رفتار مهربانی برای گروه آزمایش در ۸ جلسه به‌صورت گروهی و به مدت دو ماه و هر جلسه ۹۰ دقیقه (هفته‌ای یک جلسه) در روزهای پنجشنبه در مرکز ترک اعتیاد سپهر اجرا شد و گروه کنترل برنامه و آموزش خاصی را دریافت نکردند. همچنین به گروه کنترل تعهد داده شد که پس از پایان جلسات گروه آزمایش، آن‌ها نیز تحت مداخله قرار می‌گیرند. دو گروه در پایان جلسات آموزش، مجدداً پرسشنامه‌های افسردگی و مهارت‌های

ارتباط بین فردی را تکمیل کردند. در هر گروه ۷ نفر به علت غیبت زیاد و عدم تمایل به همکاری حذف شدند. در نهایت دو گروه با ۱۳ شرکت‌کننده با تحلیل واریانس یک متغیری روی تفاضل نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون افسردگی و تحلیل کوواریانس یک متغیری به‌منظور حذف اثر پیش‌آزمون مهارت‌های ارتباطی تحلیل شدند.

یافته‌ها

از نظر سنی افراد شرکت‌کننده در پژوهش ۹ نفر دارای رده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، ۱۳ نفر در رده سنی ۳۰ تا ۴۰ سال و ۴ نفر رده سنی ۴۰ تا ۵۰ سال بودند. همچنین آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است. برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیر مهارت‌های ارتباط بین فردی و نشانه‌های افسردگی، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج این آزمون ($P > 0.05$)، حاکی از نرمال بودن توزیع این متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. همچنین با توجه به نتایج آماره لوین ($P > 0.05$) در متغیرهای افسردگی و مهارت‌های ارتباطی، مفروضه همگنی گروه‌ها برقرار است.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

وضعیت	گروه	M	SD	SW	P
مهارت‌های ارتباط بین فردی	پیش‌آزمون	۵۴/۶۹	۶/۰۱	۰/۹۴	۰/۶۳
	کنترل	۵۳/۹۲	۷/۴۷	۰/۸۸	۰/۱۴
	پس‌آزمون	۶۴/۴۶	۴/۵۹	۰/۹۸	۰/۹۶
	کنترل	۵۴/۲۳	۷/۹۹	۰/۹۶	۰/۷۵
افسردگی	پیش‌آزمون	۲۹/۰۰	۶/۴۵	۰/۸۷	۰/۱۹
	کنترل	۳۱/۳۸	۷/۱۰	۰/۹۶	۰/۸
	پس‌آزمون	۲۳/۲۳	۶/۷۲	۰/۷۸	۰/۰۲
	کنترل	۲۹/۴۸	۶/۱۹	۰/۹۶	۰/۷۶

جهت بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی در گروه آزمایش و کنترل، از آزمون F استفاده شد. در مورد مهارت‌های ارتباط بین فردی، آزمون F معنادار نبود ($P > 0.05$)، و با توجه به رعایت مفروضه همگنی شیب رگرسیون، از تحلیل کوواریانس یک متغیری استفاده می‌شود. اما آماره F در مورد افسردگی معنادار بود ($P < 0.01$)؛ براین اساس، مفروضه همگنی شیب رگرسیون در متغیر افسردگی برقرار نیست و از تحلیل واریانس یک متغیری روی تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده می‌شود. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (آنکوا) برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون مهارت‌های ارتباط بین فردی و نشانه‌های افسردگی، با کنترل آماری پیش‌آزمون این متغیر، در جدول ۳، گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری مهارت‌های ارتباط بین فردی و نشانه‌های افسردگی

منبع	SS	Df	MS	F	P	Eta ²	OP
مهارت‌های	۵۹۸/۳۲	۱	۵۹۸/۳۲	۳۵/۷۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱
ارتباط بین فردی	۳۵۱/۳۵	۲۱	۱۶/۷۳	-	-	-	-
نشانه‌های	۱۳۸/۴۶	۱	۱۳۸/۴۶	۶/۱۶	<۰/۰۵	۰/۲۰	۰/۹۸
افسردگی	۵۳۹/۳۸	۲۱	۲۵/۶۸	-	-	-	-

باتوجه به این جدول، نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل، در مهارت‌های ارتباط بین فردی و نشانه‌های افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). مجذور اتا، نشان می‌دهد ۴۳ درصد واریانس مهارت‌های ارتباط بین فردی و ۲۰/۴ درصد از واریانس نشانه‌های افسردگی ناشی از آموزش مهربانی بوده است. با توجه به جدول ۴ میانگین تعدیل‌شده گروه‌های آزمایش و کنترل، برای مهارت‌های ارتباطی و نشانه‌های افسردگی معنی دار و مطلوب است. بر این اساس، شرایط آزمایشی با اطمینان ۹۵ درصد بر بهبود این دو متغیر تأثیرگذار بوده است.

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد تعدیل‌شده مهارت‌های ارتباط بین فردی و نشانه‌های افسردگی

مؤلفه‌ها	گروه	میانگین	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
مهارت‌های ارتباط بین فردی	آزمایش	۴۷/۷۹	۸/۲۳	۰/۸۹	۰/۰۰۱
	کنترل	۳۶/۵۶			
نشانه‌های افسردگی	آزمایش	۱۹/۴۳	۵/۷۸	۰/۷۸	۰/۰۱
	کنترل	۲۵/۶۵			

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل، در مهارت‌های ارتباط بین فردی و نشانه‌های افسردگی معنادار است. بر این اساس، شرایط آزمایشی با اطمینان ۹۵ درصد بر بهبود این متغیر، تأثیرگذار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر آموزش رفتار مهربانی بر مهارت‌های ارتباط بین فردی و افسردگی در افراد افسرده سوءمصرف کننده مواد در حال ترک در شهر اصفهان بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که آموزش رفتار مهربانی بر بهبود مهارت‌های ارتباط بین فردی و کاهش افسردگی این افراد مؤثر بوده است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش رفتار مهربانی در افزایش مهارت‌های ارتباط بین فردی مؤثر است. این یافته‌ها در راستای نتایج پژوهش‌های اتکینز و سالزهاور (۲۰۱۸)، بشر پور و همکاران (۲۰۱۵)، و چانن و باردی (۲۰۱۰) قرار دارد. آموزش رفتار مهربانی، با تعیین عاملیت فرد به‌عنوان تعیین‌کننده شرایط، موقعیت بهتری را برای پذیرش خود به وجود می‌آورد و به این طریق افراد از انزوا و ترس از اجتماع فاصله می‌گیرند و دوستان و اطرافیان خود را در مواقع ضروری به یاری می‌طلبند. به‌خصوص جلسه هشتم آموزش مهربانی، برقراری ارتباط و کمک به دیگران را لازمهٔ درمان مؤثر افراد سوءمصرف کننده مواد می‌داند و اهمیت و مزایای یافتن راه‌های کمک به دیگران در کنار آگاهی نسبت به خطرات یاریگر بودن به دنبال دریافت حمایت اجتماعی و ارتقای مهارت‌های برقراری ارتباط با سایرین را یادآور می‌شود. این موضوع به‌خصوص در مورد افرادی که مشکلات افسردگی و ارتباط را به‌طور همبود دارند، مؤثر است.

استفاده از راهبردهای مهربانی با خود به افراد برای مشارکت فعالانه در فرایند درمان کمک می‌کند. آموزش رفتار مهربانی با آگاهی بخشی از حالات درونی و رنج‌های مختلف شخصی، بر اهمیت انتخاب شخصی آگاهانه و پذیرش تغییر فردی تأکید می‌کند و فرد را به کندوکاو در خویشتن و شناخت هیجانات مختلف خود و برخورد مهربانانه با خود در مواقع دشوار و سوسه ترغیب می‌کند. همچنین صرف جلسات گروهی نیز، به‌عنوان یک منبع ارتباطی مستقل از طرح درمانی که قابل‌اعتماد تلقی می‌شود، می‌تواند فرد را در ابرازگری و ارتقاء فعالیت یاری کند که خود به‌عنوان منبع تسکین افسردگی محسوب می‌شود. همچنین می‌توان بیان کرد که مداخله گروهی و پویایی‌های درون‌گروهی منجر به حل‌وفصل برخی تعارضات و به‌ویژه رسیدن به تفاهم درمانی با پژوهشگر شد. این امر به درک واقع‌بینانه بیماران از روابط و اطرافیان خود کمک شایانی نمود. بنابراین به نظر می‌رسد آموزش رفتار مهربانی در زمینه پذیرش ناپایداری مشکلات و ارتقای هیجان‌های مثبت نقش مؤثری ایفا نماید. همچنین می‌توان بیان کرد افرادی که در محیط درمانی گروهی در ارتباط با سایر هم‌رده‌های خود قرار می‌گیرند نه تنها بیش‌ازپیش به لزوم مهربانی با خود واقف می‌شوند، بلکه تعاملات درون‌گروهی را به بهترین نحو ممکن انجام می‌دهند و در نتیجه مهارت‌های ارتباطی آن‌ها افزایش می‌یابد. همچنین آموزش رفتار مهربانی باعث شد افراد معتاد نسبت به تجربیات دشوار، پاسخ‌های بهتری تنظیم و احساسات خود را به طور مؤثرتری مدیریت کنند. مهربانی به خود به مانند مکانیزمی برای تنظیم احساسات دشوار عمل کرد، بدین صورت که فرد به دشواری و شدت هیجان واقف شده و در عین حال از انتقاد شدید خود پرهیز می‌کند. مهربانی به خود اتخاذ موضعی مهربانانه نسبت به خود و تجارب پریشان‌کننده است. این آموزش به افراد اجازه داد تا خود را بیشتر دوست داشته باشند و برای اعمالی که تاکنون انجام داده‌اند کمتر احساس گناه و شرم داشته باشند. در نتیجه هیجان‌هایی که در زمان دشواری تجربه می‌کنند کمتر برای‌شان تهدید کننده است. در واقع آموزش مهربانی به خود سبب شد معتادان با غلبه بر فقدان آگاهی هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، و عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی به خود اجازه دهند تا احساسات‌شان مناسب ابراز شده و سطح سلامت و انسجام هیجانی خود را حفظ نمایند. همچنین آن‌ها در مسیر آموزش با تشخیص اینکه دیگران نیز ممکن است واکنش‌های مشابهی داشته باشند، امکان ارتباط با دیگران را افزایش می‌دهند.

نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن بود که آموزش رفتار مهربانی در افراد افسرده سوءمصرف کننده مواد، باعث کاهش نشانه‌های افسردگی آنها شد. این یافته در راستای نتایج پژوهش‌های کر و همکاران ۲۰۱۴؛ هاپنر و همکاران، ۲۰۱۹؛ کارلو و کاراسیدو ۲۰۲۵ قرار دارد. آموزش رفتار مهربانی افراد را تشویق می‌کند تا نسبت به دیگران برخوردی مثبت و همدلانه داشته باشند. در فرآیند تمرین مهربانی، تمرکز بر ایجاد ارتباط‌های سازنده و تقویت حس ارزشمندی در افراد قرار دارد که منجر به افزایش احساس رضایت و خوشبختی در زندگی می‌شود. این فعالیت‌ها اغلب منجر به کاهش افکار منفی و انزوای اجتماعی، که از عوامل تشدیدکننده افسردگی هستند، می‌شود. علاوه بر این، انجام رفتارهای مهربانانه باعث ترشح مواد شیمیایی مثبت در مغز نظیر اندورفین و اکسی‌توسین می‌گردد که به بهبود حال روحی فرد کمک می‌کند. همچنین، فعالیت‌های مرتبط با رفتار مهربانی اغلب منجر به تقویت حمایت‌های اجتماعی فردی می‌شود که این موارد از عوامل اصلی در مقابله با افسردگی به شمار می‌آید. بنابراین، آموزش رفتار مهربانی به عنوان یک راه کار مفید و مکمل برای درمان یا مدیریت افسردگی قابل توصیه است. با توجه به نتایج پژوهش حاضر انتظار می‌رود که آموزش مهربانی به‌عنوان یک روش آموزشی درمانی از سوی روان‌شناسان حوزه اعتیاد مورد استفاده قرار گیرد. نتایج این پژوهش نیز می‌تواند مسئولان را از اثربخشی درمان‌های معطوف به مهربانی خود بر سوءمصرف مواد آگاه سازد تا از طرق سیستم درمانی بتوانند زمینه‌های مناسبی برای بهبود افراد سوءمصرف مواد فراهم سازد. همچنین بهره‌گیری از این نتایج می‌تواند سبب شود که مسئولان حوزه درمان اعتیاد در برنامه‌ریزی‌های آموزشی‌آتی، آموزش مهربانی با خود را به‌عنوان بخشی از فعالیت‌های مشاوره‌ای و آموزشی در مراکز درمان اعتیاد، بگنجانند. همچنین آموزش رفتار مهربانی گروز و ماسون جان (۲۰۱۴)، می‌تواند به‌عنوان مکمل درمانی مؤثری در کنار روش‌های دارویی و مشاوره‌های فردی، در بهبود

کارکردهای افراد سوءمصرف کننده مواد مورد استفاده قرار گیرد و روند درمان را سرعت بخشیده و مدت حفظ اثرات درمان را طولانی تر نماید. در پژوهش حاضر نمونه گیری در دسترس و عدم کنترل متغیرهای تأثیرگذار مانند مدت زمان اعتیاد و نوع مصرف مواد از محدودیت های پژوهش بود. با توجه به مؤثر بودن آموزش مهربانی به خود پیشنهاد می شود از چنین آموزشی به عنوان یک روش مکمل جهت تعدیل پیامدهای روان شناختی و ارتقاء کیفیت زندگی معتادان توسط روان شناسان استفاده گردد.

ملاحظات اخلاقی

کد اخلاق

منشور اخلاقی: این پژوهش در معاونت آموزشی و تحصیلات تکمیلی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه گیلان ثبت شده است.

حمایت مالی

این مطالعه هیچ گونه حمایت مالی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

مرضیه درخشان: تهیه پیش نویس اصلی مقاله، روش شناسی، تحلیل آماری، ویرایش و بازنگری مقاله.

تعارض منافع

این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی نداشته است.

قدردانی

از کلیه افراد شرکت کننده ساکن در مرکز خدمات ترک اعتیاد سپهر شهر اصفهان و مدیریت آن مرکز قدردانی و سپاسگزاری می شود.

منابع و مآخذ

- Ali, B; Seitz-Brown, C. J; & Daughters, S. B. (2015). The interacting effect of depressive symptoms, gender, and distress tolerance on substance use problems among residential treatment-seeking substance users. *Drug and alcohol dependence*, 148, 21-26. [link].
- American Psychiatric Association (2022). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: (DSM-V), 5th Edn. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. <https://www.psychiatry.org>. [link].
- Anthenelli, R. M; & Schuckit, M. A. (1993). Affective and anxiety disorders and alcohol and drug dependence: diagnosis and treatment. *Journal of Addictive Diseases*, 12(3), 73-87. [link].
- Atkins, D; & Salzhauer, A. (2018). *The Kindness Advantage: Cultivating Compassionate and Connected Children*. Simon & Schuster. [link].
- Basharpour, S; & Hosseini Kiaseries, T. (2016). Role of experiencing childhood traumatic events and personality deviance in substance use risk. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 6(1), 1-16. [link].
- Beck, A. T; Steer, R. A; & Brown, G. (1996). Beck depression inventory–II. Psychological assessment. [link].
- Buchanan, K. E; & Bardi, A. (2010). Acts of kindness and acts of novelty affect life satisfaction. *The Journal of social psychology*, 150(3), 235-237. [link].
- Burr, J. A; Tavares, J; & Mutchler, J. E. (2011). Volunteering and hypertension risk in later life. *Journal of Aging and Health*, 23(1), 24-51. [link].

- Calabria, B; Degenhardt, L; Hall, W; & Lynskey, M. (2010). Does cannabis use increase the risk of death? Systematic review of epidemiological evidence on adverse effects of cannabis use. *Drug and alcohol review*, 29(3), 318-330. [link].
- Cantwell, B; & McBride, A. J. (1998). Self-detoxication by amphetamine dependent patients: a pilot study. *Drug and alcohol dependence*, 49(2), 157-163. [link].
- Epstein, E. E; Kahler, C. W; Mccrady, B. S; Lewis, K. D; & Lewis, S. (1995). An empirical classification of drinking patterns among alcoholics: binge, episodic, sporadic, and steady. *Addictive behaviors*, 20(1), 23-41. [link].
- Epstein, J. A; Botvin, G. J; & Diaz, T. (2002). Gateway polydrug use among Puerto Rican and Dominican adolescents residing in New York City: The moderating role of gender. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 12(2), 33-46. [link].
- Fadel, O. (2025). Kindness interventions: fostering well-being and alleviating depressive symptoms in Mexican adults. In International Scientific and Current Research Conferences (pp. 28-31). [link].
- Genberg, B. L; Astemborski, J; Treisman, G; Anagnostopoulos, A; Mehta, S. H; Kirk, G. D; & Abraham, A. (2019). Engagement in treatment for depression among people who inject drugs in Baltimore, Maryland. *Journal of substance abuse treatment*, 106, 107-112. [link].
- Goldberg, C. J; & Botvin, G. J. (1993). Assertiveness in Hispanic adolescents: Relationship to alcohol use and abuse. *Psychological Reports*, 73(1), 227-238.
- Groves, P. (2014). Buddhist approaches to addiction recovery. *Religions*, 5(4), 985-1000. [link].
- Groves, P. (2014). *Buddhist approaches to addiction recovery*. Religions, 5(4), 985-1000. [link].
- Groves, P. (2019). *Spirituality and addiction*. In *The Routledge International Handbook of Spirituality in Society and the Professions* (pp. 231-238). Routledge. [link].
- Groves, P; & Mason-John. (2014). *Eight Step Recovery*. Windhorse Publications. [link].
- Hoepfner, B. B; Schick, M. R; Carlon, H; & Hoepfner, S. S. (2019). Do self-administered positive psychology exercises work in persons in recovery from problematic substance use? An online randomized survey. *Journal of substance abuse treatment*, 99, 16-23. [link].
- Iskender, M; & Akin, A. (2011). Self-compassion and Internet addiction. *Turkish Online Journal of Educational Technology*, 10(3), 215-221. [link].
- Kaplan, H; Sadock, V. (2008). *Summary of American Psychiatry*, translated by Farzin Rezaei. Tehran: Arjmand Publications. [link]
- Karlou, I; & Karakasidou, E. (2025). The Predictive and Mediating Role of Self-Compassion in Substance Use Disorders. *The European Journal of Counselling Psychology*. [link].
- Kerr, S. L; O'Donovan, A; & Pepping, C. A. (2015). Can gratitude and kindness interventions enhance well-being in a clinical sample?. *Journal of Happiness Studies*, 16(1), 17-36. [link].
- Khanday, S. A; Vali, K. M; Junaid, M; & Majeed, I. (2025). Drug Addiction among Youth in Kashmir. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 1(1), 627. [link].
- Layous, K; Lee, H; Choi, I; & Lyubomirsky, S. (2013). Culture matters when designing a successful happiness-increasing activity: A comparison of the United States and South Korea. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(8), 1294-1303. [link].
- Li, Y; Wang, R; Liu, J; & Zhou, Y. (2025). Factors influencing the type of self-acceptance in drug addicts and the relationship with subthreshold depression: evidence based on latent profile analysis. *BMC psychology*, 13(1), 8. [link].
- Matson, J. L., Rotatori, A. F., & Helsel, W. J. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). *Behaviour Research and therapy*, 21(4), 335-340. [link].
- Moeller, R. W; & Seehuus, M. (2019). Loneliness as a mediator for college students' social skills and experiences of depression and anxiety. *Journal of adolescence*, 73, 1-13. [link].

- Monajimzadeh, Asghar, (2012). *The Relationship between Interpersonal Communication Skills and Social acceptance among Students at Khorasgan University*. B. Sc. Department of Social Sciences.
- Naderi, M; Rezapour-Mirsaleh, Y; & Aryanpour, H. (2024). Mindfulness and Readiness to Change in Individuals with Substance Abuse: The Mediating Role of Self-Compassion and Striving to Compensate for Inferiority. *Substance Use & Misuse*, 60(3), 356–367. [link].
- Nakama, H; Chang, L; Cloak, C; Jiang, C; Alicata, D; & Haning, W. (2008). Association between psychiatric symptoms and craving in methamphetamine users. *American Journal on Addictions*, 17(5), 441-446. [link].
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101. [link].
- Nelson, S. K; Layous, K; Cole, S. W; & Lyubomirsky, S. (2016). Do unto others or treat yourself? The effects of prosocial and self-focused behavior on psychological flourishing. *Emotion*, 16(6), 850. [link].
- Newton, T. F; Kalechstein, A. D; Duran, S; Vansluis, N; & Ling, W. (2004). Methamphetamine abstinence syndrome: preliminary findings. *American Journal on Addictions*, 13(3), 248-255. [link].
- Rabiei, S; Rajabian Tabesh, M; Razeghi Jahromi, S; Abolhasani, M.(2023).The association between depression, obesity and body composition in Iranian women. *Clinical Notration*, 47(1), 44-52. [link].
- Stephen, O; & Omonyemen, J.(2020). Adolescent and Drug Abuse: In Road to Depression and Suicide Implicationfor Counselling. *Journal of Research & Method in Education*, 10(2), 53-61. [link].