

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۱۲/۲۵

تاریخ بررسی مقاله: ۹۵/۰۱/۲۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۰۳/۱۶

DOI: 10.22055/jacp.2017.17647.1011

مجله دست‌آوردهای روان‌شناسی بالینی
دانشگاه شهید چمران اهواز، تابستان ۱۳۹۵
دوره‌ی دوم، سال ۲، شماره ۲
صص: ۲۲-۱

اثر بخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی، خودکارآمدی ترک مواد و ولع مصرف معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون

محمد دلور^۱، محمدعلی گودرزی^۲ و محمد وطن‌خواه^{۳*}

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی، خودکارآمدی ترک و ولع مصرف معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون در شهر شیراز بود. طرح پژوهش از نوع نیمه تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بوده است. از میان کلینیک‌های این شهر تعداد دو کلینیک به‌طور دسترس به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. از میان مراجعه‌کنندگان به این کلینیک‌ها، تعداد ۴۵ نفر که از لحاظ بهزیستی ذهنی، خودکارآمدی ترک و ولع مصرف یک انحراف معیار از میانگین کمتر بودند، به‌عنوان نمونه انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه تحت درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به شیوه گروهی اما اعضای گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش شامل پرسشنامه‌های بهزیستی ذهنی، خودکارآمدی ترک برامسون و ولع مصرف بود. جهت تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی باعث افزایش بهزیستی ذهنی، خودکارآمدی ترک و کاهش ولع مصرف در افراد گروه آزمایش شده است. نتایج نشان می‌دهد درمان مبتنی بر کیفیت زندگی که از ترکیب روان‌شناسی مثبت‌نگر با رویکرد شناختی- رفتاری شکل گرفته، می‌تواند در ارتقاء بهزیستی ذهنی و خودکارآمدی ترک و همچنین کاهش ولع مصرف افراد مبتلا به سوء مصرف مواد مؤثر باشد.

کلید واژگان: اعتیاد، وابستگی به مواد، کیفیت زندگی، درمان

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۲. استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه

سوء مصرف و وابستگی به مواد^۱ یکی از مشکلات زیستی، روانی و اجتماعی است که امروزه به‌عنوان معضلی جهانی شناخته می‌شود. اعتیاد به مواد مخدر به‌صورت انبوهی از پیامدهای منفی ناشی از مصرف عنوان می‌شود که این پیامدها هرروز شیوع بیشتری پیدا می‌کنند و جهان با آمار حیرت‌آور شیوع این پدیده، در دهه اخیر روبرو بوده است. سوء مصرف به‌الگویی غیرانطباقی از مصرف مواد گفته می‌شود که منجر به مشکلات مکرر و عوارض سوء می‌گردد (رودریگز^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). به عبارت دیگر؛ از دیدگاه آسیب‌شناسانه، هر ماده‌ای که بعد از مصرف فرد را دچار تغییراتی نماید که کارکردهای اجتماعی و فردی وی را مختل کند و اجتماع نیز نسبت به آن حساسیت داشته باشد، مخدر است و شخصی که چنین موادی را مصرف می‌کند، معتاد محسوب می‌گردد (آذر و نوحی، ۱۳۸۹). اعتیاد، در کنار تمامی عوارض منفی خود، باعث پایین آمدن کیفیت زندگی^۳ افراد مبتلا نیز می‌گردد (یاریان، ۱۳۸۹؛ امامی‌پور، شمس اسفندآباد و نژادنادری، ۱۳۸۷).

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که پیامدهای جسمی و روانی اعتیاد به کاهش کیفیت زندگی و رضایت از زندگی در افراد مصرف‌کننده مواد منجر می‌شود (بیزاری^۴ و همکاران، ۲۰۰۵؛ وارنورن و گال^۵، ۲۰۰۱؛ اسمیت و لارسون^۶، ۲۰۰۳). از سوی دیگر، اعتیاد ابعاد گوناگونی از زندگی فرد را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد که از این میان می‌توان به احساس رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و خودکارآمدی فرد اشاره نمود (شایگان، ۱۳۹۰؛ امامی‌پور و همکاران، ۲۰۰۹). که این عوامل در واقع همان عوامل مورد تأکید در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی می‌باشد. بهزیستی ذهنی به چگونگی ارزشیابی فرد از زندگی‌اش اشاره دارد و دارای دو بعد شناختی و عاطفی می‌باشد. بعد شناختی به مفهوم ارزیابی شناختی فرد از میزان رضایت از زندگی و بعد عاطفی نیز به مفهوم داشتن حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی می‌باشد (دینر، لوکاس و اویشی^۷، ۲۰۰۲).

امروزه پژوهشگران بر این باورند که ایجاد بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی، انسان‌ها

1. substance abuse and dependence
2. Rodriguez-Cintas
3. quality of life
4. Bizzarri
5. Vaarnwern & Gaal
6. Smith & Larson
7. Diener, Lucas, & Oishi

را در جهت موفقیت بیشتر در زندگی، ارتباط اجتماعی حمایت‌گراانه سالم‌تر و در کل سلامت روانی و جسمی بالاتر سوق می‌دهد (فریش^۱، ۲۰۰۰). افراد مبتلا به سوء مصرف مواد از آن‌جا که تمام محور زندگی‌شان معطوف به مصرف مواد مخدر است، اغلب از توجه به ابعاد کیفیت زندگی به‌ویژه بهداشت روانی و جسمی باز می‌مانند (امامی‌پور و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین، توجه به این نکته ضروری است که عزت‌نفس و خودکارآمدی پایین و کمبود قدرت تطابق با حوادث روزمره زندگی، می‌تواند مقدمه شروع اعتیاد یا از نتایج آن باشد (شایگان، ۱۳۹۰؛ هید، هانکین، دیل و مارتا^۲، ۲۰۰۸). یافته‌های پژوهشی حاکی از این است که بین خودکارآمدی و سوء مصرف جوانان و نوجوانان رابطه معنی‌داری وجود دارد (دولان، مارتین و روزنو^۳، ۲۰۰۸؛ تات^۴ و همکاران، ۲۰۰۸). از سوی دیگر می‌توان گفت عزت‌نفس و خودکارآمدی بالا باعث افزایش تلاش، پشتکار و انگیزش فرد می‌شوند و از مؤثرترین عوامل تعیین‌کننده عملکرد افراد به‌ویژه در پایش، کنترل و پیگیری برنامه‌های درمانی مددجویان وابسته به مواد مخدر می‌باشد (ابراهیم، کومار و ابوسماه^۵، ۲۰۱۱؛ ابوالقاسمی، پورکرد و نریمانی، ۱۳۸۸). خودکارآمدی به اعتقاد و باور فرد اشاره دارد که به واسطه آن می‌تواند اقدامات لازم را در جهت رسیدن به هدف موردنظر به نحو موفقیت‌آمیزی به مرحله اجرا در آورد (بندورا^۶، ۲۰۰۴).

به بیان دیگر، افراد خودکارآمد به توانایی خود در کنترل افکار، احساسات و فعالیت‌ها اطمینان دارند که این نکته در دستیابی به هدف نقش مؤثری ایفا می‌کند. فردی که در او انتظارات خودکارآمدی شکل گرفته است، هیجانات و انتخاب رفتار او همچنین میزان تلاش و کوششی که صرف یک عمل می‌نماید نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرند (براوون و اینوی^۷، ۱۹۷۸). از طرف دیگر، متأسفانه مشکل عمده در درمان اعتیاد، حتی در معتادان با دوره پاکی طولانی‌مدت، میزان بالای عود^۸ و بازگشت دوباره به اعتیاد می‌باشد (یان و نابشیمای^۹، ۲۰۰۹).

-
1. Frisch
 2. Hyde, Hankins, Deale, & Marteau
 3. Dolan, Martin, & Rohsenow
 4. Tate
 5. Ibrahim, Kumar, & Abu Samah
 6. Bandura
 7. Brown & Inouye
 8. relapse
 9. Yan & Nabeshima

عود مجدد اغلب در شرایطی رخ می‌دهند که بیمار نسبت به آثار زیان‌بار اعتیاد بر تن، روان و کارکردهای اجتماعی‌اش کاملاً واقف است، اما خود را ناتوان در کنترل میل به مصرف مواد می‌یابد (اختیاری^۱، ۲۰۰۸). در همین خصوص می‌توان این‌گونه اظهار نمود که یکی از مهم‌ترین عوامل تهدیدکننده و ازجمله عوامل بازگشت دوباره به اعتیاد در افراد معتاد و در حال بهبودی ولع مصرف^۲ می‌باشد (واکسمن^۳، ۲۰۰۹؛ به نقل از مکرری، اختیاری، عدالتی و گنجگاهی، ۱۳۸۷). این اهمیت تا بدانجا می‌باشد که در ویرایش پنجم کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V) از ولع مصرف به‌عنوان یکی از ملاک‌های تشخیصی جدید در اختلالات مرتبط با مصرف مواد یاد شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا^۴، ۲۰۱۳).

پژوهش‌های اخیر نشان داده است که یکی از عوامل مرکز وابسته با ولع مصرف و عود مصرف مواد در میان مدت عاطفه منفی و نداشتن بهزیستی ذهنی است (لومینت، کوردویل، فانتینی و تیناری^۵، ۲۰۱۶). در این راستا درمان مبتنی بر کیفیت زندگی مدلی است که به دنبال ایجاد بهزیستی ذهنی و رضایت از زندگی می‌باشد، بر اساس این رویکرد درمانی ۱۶ حیطه اصلی زندگی از طریق مدلی ۵ راهه که (CASIO^۶) نامیده می‌شود، مورد بررسی قرار می‌گیرد (فریش^۷، ۲۰۰۶، ترجمه خمسه، ۱۳۸۸). تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر متغیرهای رضایت از زندگی و بهزیستی ذهنی در جوامع مختلف آماری مورد بررسی قرار گرفته است (وطن‌خواه، ۱۳۹۱؛ پاداش، ۱۳۸۸). در خصوص اثربخشی این درمان بر اعتیاد تنها می‌توان به پژوهش شریعتی، ایزدی‌خواه، مولوی و صالحی (۱۳۹۲) اشاره کرد که به مقایسه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و شناختی رفتاری بر خودکارآمدی پرداختند. با توجه به این‌که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی ترکیبی از دو رویکرد شناختی و روان‌شناسی مثبت می‌باشد (فریش، ۲۰۰۶، ترجمه خمسه، ۱۳۸۸) این پژوهش با استفاده از ویژگی‌های منحصربه‌فرد هر دو رویکرد شناختی و مثبت‌نگر و متناسب نمودن آن‌ها با متغیرهای مورد مطالعه در افراد سوء مصرف‌کننده،

-
1. Ekhtiari
 2. craving of use
 3. Vaxman
 4. DSM-5 American Psychiatric Association
 5. Luminet, Cordovil, Fantini, & Tinary
 6. Condition Attitudes Standards Importance Others (CASIO)
 7. Frisch

سعی در کاربرد درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در بهزیستی ذهنی، خودکارآمدی و لغ مصرف معتادان تحت درمان نگهدارنده دارد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش در دسته پژوهش‌های نیمه تجربی قرار می‌گیرد و طرح تحقیق آن به صورت دو گروهی (یک گروه آزمایش و یک گروه گواه) شامل سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل معتادان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمان سوء مصرف مواد در شهر شیراز بود که از این میان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از میان کلینیک‌های درمان سوء مصرف مواد در شهر شیراز، دو کلینیک به‌عنوان نمونه انتخاب شدند که از میان آن‌ها تعداد ۴۵ نفر که از لحاظ بهزیستی ذهنی، خودکارآمدی ترک یک انحراف معیار از میانگین نمونه کمتر بودند و لغ مصرف بالایی داشتند به‌عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های پذیرش، دارا بودن میانگین سنی بین ۲۰ تا ۶۰ سال، جنسیت مرد و نیز عدم درمان با سایر روش‌های روان‌درمانی به‌هنگام پژوهش بود. برای حفظ رعایت اخلاق پژوهش و حقوق آزمودنی‌ها از آن‌ها خواسته شد تا در طی تکمیل پرسشنامه‌ها و سایر مراحل پژوهش از ذکر نام و نام خانوادگی خودداری کنند و در صورت تمایل در جلسات شرکت کنند. گروه آزمایش ۸ جلسه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به شیوه گروهی دریافت کردند. اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام پژوهش برای گروه گواه جلسات آموزش بهبود کیفیت زندگی برگزار گردید.

ابزار پژوهش

در راستای اندازه‌گیری متغیرهای وابسته در این پژوهش، از پرسشنامه‌های بهزیستی ذهنی (مولوی، ترکان، سلطانی و پالاهنگ، ۱۳۸۹)، لغ مصرف مواد (فرانکن، هندریکس و برینک^۱،

1. Franken, Hendriks, & Brink

(۲۰۰۲) خودکارآمدی ترک (برامسون^۱، ۱۹۹۹) استفاده شد.

پرسشنامه بهزیستی ذهنی^۲ (SWQ). ساخت و هنجاریابی این پرسشنامه، توسط مولوی و همکاران (۱۳۸۹) صورت گرفته است. این پرسشنامه ۳۹ سؤال دارد و بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً درست = ۵، تا حدودی درست = ۴، متوسط = ۳، تا حدودی نادرست = ۲، کاملاً نادرست = ۱) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس می‌باشد که عبارت‌اند از: سرزندگی، اراده، نوروژ و استرس-افسردگی. همچنین، علاوه بر نمره کل (عواطف مثبت - عواطف منفی)، عواطف مثبت (سرزندگی + اراده) و منفی (نوروژ + استرس-افسردگی) با توجه چهار مقیاس، به دست می‌آید. ضریب پایایی کل این پرسشنامه، ۰/۹۲ و برای زیرمقیاس‌ها، بین ۰/۸ تا ۰/۹ می‌باشد. همچنین، میزان همسانی درونی این آزمون برای نوجوانان (n= ۳۳) ۰/۸۴ به دست آمد. نتایج تحلیل عوامل سؤالات پرسشنامه با تقسیم‌بندی عواطف مثبت و منفی (دینر، ۲۰۰۶) هماهنگ است (مولوی و همکاران، ۱۳۸۹).

پرسشنامه ولع مصرف هروئین^۳ (HCQ). این پرسشنامه توسط فرانکن و همکاران (۲۰۰۲) از پرسشنامه OCDS^۴ ویژه ارزیابی ولع مصرف الکل که در سال ۱۹۹۵ توسط آنتون، مواک و لاتام^۵ (۱۹۹۶) وی طراحی گردیده بود اقتباس شده که خود برگرفته از پرسشنامه بررسی رفتارهای وسواسی جبری گودمن^۶ و همکاران که در سال ۱۹۸۹ با عنوان OCD^۷ طراحی گردیده، می‌باشد. پرسشنامه OCDUS^۸ که با محوریت ولع مصرف به عنوان یک فکر وسواسی طراحی گردیده، ولع مصرف را در طول یک هفته گذشته مورد ارزیابی و سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه دارای ۱۲ گویه است و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۹۰ درصد به دست آمد (فرانکن و همکاران، ۲۰۰۲). همچنین، در پژوهش فرانکن و همکاران (۲۰۰۲) به منظور تعیین روایی ملاکی از مقیاس درجه‌بندی VAS استفاده شد. بدین منظور همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه‌بندی VAS

1. Bramson
2. Subjective Well-Being Questionnaire
3. Heroin Craving Questionnaire
4. Obsessive Compulsive Drug Scale (OCDS)
5. Anton, Moak, & Latham
6. Goodman
7. Obsessive Compulsive Scale (OCS)
8. Obsessive Compulsive Drug Use Scale (OCDUS)

بر روی ۲۶ معتاد وابسته به هرویین تعیین شد. نتیجه همبستگی پیرسون با نمرات 50 OCDUS درصد بود که حکایت از روایی همزمان این پرسشنامه دارد (فرانکن و همکاران، ۲۰۰۲).

پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد^۱ (QASQ). به منظور بررسی خودکارآمدی ترک مواد از پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد استفاده شد. این پرسشنامه که جهت بررسی میزان خودکارآمدی در مددجویان وابسته به مواد مخدر توسط برامسون^۲ (۱۹۹۹) طراحی و مورد استفاده قرار گرفته است، شامل ۱۶ گویه می‌باشد و مهارت‌هایی همچون حل مسأله، تصمیم‌گیری، ابراز وجود و ارتباط را مورد سنجش قرار می‌دهد. طبق دستورالعمل برامسون (۱۹۹۹) در خصوص نحوه نمره‌دهی، پاسخ‌ها به صورت هفت گزینه‌ای و با استفاده از مقیاس لیکرت (هر مقیاس یک نمره) مشخص گردید. حبیبی، کارشکی، دشتگرد، حیدری و طلایی (۱۳۹۱) اعتبار محتوایی و صوری این مقیاس را مناسب گزارش نمودند. همچنین، حبیبی و همکاران (۱۳۹۱) میزان پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/90$ گزارش نمودند.

روش اجرا

پس از انجام نمونه‌گیری در جلسه پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. پس از آن افراد به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایشی و کنترل قرار داده شدند. گروه آزمایش به صورت هفتگی تحت درمان گروهی بر مبنای اصول درمان مبتنی بر کیفیت زندگی قرار گرفت. گروه کنترل در این مدت تحت هیچ گونه درمان یا آموزشی قرار نگرفتند. جلسات درمانی به مدت ۹۰ دقیقه بود و پس از ۸ جلسه درمان به شکلی که بیان خواهد گشت همه افراد نمونه به شکل عمومی در یک جلسه پس‌آزمون مجدداً به سؤالات پاسخ دادند. همچنین، به منظور انجام جلسه پیگیری آزمودنی‌ها پس از یک ماه از انجام پژوهش در یک جلسه پیگیری به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. محتوای جلسات درمانی را در جدول ۱ می‌توان ملاحظه کرد. محتوای جلسات درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (فریش، ۲۰۰۶، ترجمه خنمه، ۱۳۸۸) می‌باشد.

1. Quit Addiction Self-Efficacy Questionnaire
2. Bramson

جدول ۱. جلسات درمانی در پژوهش حاضر

جلسات موضوعات	
اول	معارفه، بیان اهداف پژوهش و معرفی متغیرهای پژوهش، بستن قرارداد درمانی اجرای پیش‌آزمون آموزش مدل کیفیت زندگی، شامل: آموزش مدل پنج راهه CASIO، تکمیل نیم‌رخ کیفیت زندگی به صورت فردی، توافق بر حوزه‌های مهم از بین ۱۶ حوزه مشخص شده در مدل مبتنی بر کیفیت زندگی.
دوم	بررسی نقش عزت نفس در بهزیستی ذهنی و سلامت روانی که شامل: تعریف عزت نفس بر اساس مدل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش و ارایه تکلیف «یادداشت موفقیت» برای اجرا در منزل، آموزش اصول رسیدن به عزت نفس شامل خودپذیری، بسط روابط اجتماعی سودبخش، یاری‌رسانی، آموزش و ارایه تکنیک BAT (توجه به نعمت‌ها) جهت تکمیل در منزل. آموزش استفاده از «لیست توانایی‌ها».
سوم	ارتباط شادکامی با سلامت روانی و جسمانی که شامل: بررسی عادات غلط در مورد سلامتی، آموزش تمرین «سبد تخم‌مرغ» جهت تکمیل در منزل، آموزش برنامه شش مرحله‌ای کنترل عادات، مطابق با دستورالعمل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش برنامه‌ریزی روزانه، اصل «پذیرش چیزهایی که نمی‌توانیم تغییر دهیم»
چهارم	آشنایی با نقش اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی در رضایت از زندگی که شامل: مشخص کردن فلسفه زندگی، اجرای تمرین هدف‌یابی ^۱ ، آموزش تکنیک نمایشنامه زندگی ^۲ ، کارکردهای مذهبی و معنوی بودن، آشنایی با اصول تعیین هدف.
پنجم	جایگاه ارتباط در آموزش مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی که شامل: آموزش انگاره‌های اصلی ارتباط در آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش مهارت‌های ارتقای رضایت خاطر از ارتباط، آموزش فن نامه‌نگاری ۱ و ۲، آشنایی و آموزش استفاده از فرهنگ لغات احساسات
ششم	جایگاه یادگیری در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی که شامل: آموزش مراحل پنج‌گانه جهت افزایش یادگیری (در حیطه‌های مورد علاقه)، آموزش مهارت‌های مطالعه و یادگیری.
هفتم	تعیین جایگاه بازی و تفریح در شادکامی که شامل: آموزش تفاوت بین «فعالیت‌های باید و خواستن»، مشخص کردن بازی‌هایی که باعث تخریب کیفیت زندگی می‌شود، بررسی رابطه شادی و تفریح، گام‌های مؤثر برای برقراری عادت کردن به بازی و تفریح، آموزش و ارایه تکلیف لیست بازی‌های جهت تکمیل در منزل.
هشتم	دریافت بازخورد از آموزش کیفیت زندگی و پیشگیری از عود که شامل: آموزش استفاده از فرم استرس‌های شخصی و چک لیست اضطراری عود به منظور حفظ نتایج درمان و پیشگیری از عود، دریافت بازخورد در خصوص آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی، مروری بر مدل CASIO و تأیید بر استفاده از آن در تمام زندگی.

1. basket of eggs
2. vision quest
3. life script

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار دو گروه آزمایش و کنترل در سه متغیر بهزیستی روانی، خودکارآمدی مصرف مواد و ولع مصرف در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

جدول ۱. مقایسه میانگین و انحراف معیار دو گروه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
			میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار
بهزیستی ذهنی	آزمایش	۱۵	۹۲/۳۳	۱۲/۵۴۰	۱۰/۲۱۵
	کنترل	۱۵	۹۰/۹۸	۸/۴۳۲	۷/۷۵۴
خودکارآمدی مصرف مواد	آزمایش	۱۵	۴۰/۸۵	۱۳/۹۳	۱۴/۵۳۵
	کنترل	۱۵	۴۰/۶۵	۸/۶۵	۹/۹۶۳
ولع مصرف	آزمایش	۱۵	۳۳/۲۵	۱۰/۶۶	۴/۳۷۲
	کنترل	۱۵	۳۴/۶۳	۹/۲۷	۹/۱۸۶

به منظور انجام تحلیل کوواریانس در این پژوهش پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس به وسیله آزمون‌های کلموگراف اسمیرنف، مورد بررسی قرار گرفت نتایج این آزمون برای هیچ یک از مقادیر متغیر وابسته در سطوح متغیر مستقل معنی‌دار نبود. همچنین به منظور بررسی فرض همگنی کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی‌دار نیست ($F=0/1/76$, $P=0/31$) و $BOX=66/64$ در نتیجه پیش فرض تفاوت بین کوواریانس‌ها برقرار است. جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی، تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) انجام گرفت.

جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری را روی نمره‌های پس‌آزمون، با کنترل پیش‌آزمون‌ها نشان می‌دهد. همچنین جهت بررسی معناداری هر یک از متغیرهای پژوهش، به مقایسه تفکیکی هر یک از متغیرهای پژوهش در متغیر گروه پرداخته شد که نتایج آن در جدول ۳ درج شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	اندازه اثر توان آماری	سطح معنی‌داری
اثر پیلاهی	۰/۷۳۲	۷/۳۰۵	۶	۷۶	۰/۳۳۶	p</0.05
لامبدای ویلکز	۰/۲۸۳	۱۰/۸۵۳	۶	۷۴	۰/۴۶۸	p</0.05
اثر هتلینگ	۲/۴۸۳	۱۴/۹۰۰	۶	۷۲	۰/۵۵۴	p</0.05

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در پس‌آزمون در سطح ($p < 0.005$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ بنابراین، فرضیه اول پژوهش حاضر تأیید گردید. بر این اساس، می‌توان بیان داشت که دست‌کم در یکی از متغیرهای وابسته (بهزیستی ذهنی، خودکارآمدی و لغ مصرف) بین دو گروه در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اندازه اثربخشی آموزش در کل، در پژوهش حاضر ۰/۳۳۶ و توان آماری آزمون برابر ۱ می‌باشد.

جدول ۳. نتایج حاصل از آزمون آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین‌های نمرات متغیرهای وابسته پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون

منابع پراکندگی	متغیر وابسته (پس‌آزمون)	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p</0.05
گروه	بهزیستی ذهنی	۱۸۰۱/۸۵۰	۱	۹۰۰/۹۲۵	۷/۱۹۲	۰/۰۰۵
	خودکارآمدی	۴۴۲۱/۵۶۴	۱	۲۲۱۰/۷۸۲	۱۴/۶۰۲	۰/۰۰۵
	لغ مصرف	۸۷۵/۱۸۱	۱	۴۳۷/۵۹۱	۲۶/۶۲۵	۰/۰۰۵

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه بر متغیرهای پژوهش شامل بهزیستی ذهنی ($F=7/19$ و $p<0.001$)، خودکارآمدی ($F=14/6$ و $p<0.001$) و لغ مصرف ($F=26/6$ و $p<0.001$) معنی‌دار می‌باشد. همچنین جهت تعیین اثربخشی درمان در مرحله پیگیری جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره را روی نمره‌های پیگیری، با کنترل پیش‌آزمون‌ها نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر متغیرهای پژوهش در مرحله پیگیری

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	اندازه اثر توان آماری	سطح معنی داری
اثر پیلای	۰/۷۳۲	۷/۳۰۱۸	۶	۷۶	۰/۳۳۶	p</0.05
لامبدای ویلکز	۰/۲۸۳	۱۰/۹۳۶	۶	۷۴	۰/۴۶۸	p</0.05
اثر هتلینگ	۲/۴۸۳	۱۴/۹۰۰	۶	۷۲	۰/۵۵۴	p</0.05

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در مرحله پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.005$). جهت بررسی معناداری هر یک از متغیرهای پژوهش، به مقایسه تفکیکی هر یک از متغیرهای پژوهش در متغیر گروه پرداخته شد که نتایج آن در جدول ۵ درج شده است.

جدول ۵. نتایج حاصل از آزمون آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین‌های نمرات متغیرهای وابسته پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری

منابع پراکندگی	متغیر وابسته (پس آزمون)	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p</0.05
بهبودی ذهنی	۶۸۵/۹۹۷	۱	۳۴۲/۹۹۹	۴/۷۱۹	۰/۰۰۵	
خودکارآمدی	۵۲۱۰/۹۴۲	۱	۲۶۰۵/۴۷۱	۱۶/۷۹۶	۰/۰۰۵	
ولع مصرف	۴۹۹/۵۷۷	۱	۲۴۹/۷۸۹	۲۲/۲۷۴	۰/۰۰۵	

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که نتایج تحلیل کواریانس یک راهه بر متغیرهای پژوهش شامل بهبودی ذهنی ($F=4.7$ و $p<0.005$)، خودکارآمدی ($F=16.7$ و $p<0.005$) و ولع مصرف ($F=22.2$ و $p<0.005$) در مرحله پیگیری معنی دار می‌باشد. بنابراین فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اثر بخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی، خودکارآمدی و ولع مصرف معنادار در مرحله پیگیری تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، بهزیستی ذهنی،

خودکارآمدی ترک و ولع مصرف افراد گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل، در مرحله پیش‌آزمون و پیگیری افزایش داده است.

نتایج پژوهش حاضر در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی افراد تحت درمان نگهدارنده متادون با یافته‌های پژوهش رسولی آزاد، قنبری‌هاشم‌آبادی و طباطبایی (۱۳۹۰)، محمدی و همکاران (۱۳۹۰)، فریش (۲۰۰۰) و مارکوس و فورمیگونی^۱ (۲۰۰۱) که به بررسی مداخلات روان‌شناختی در حیطه درمان‌شناختی رفتاری بر سلامت روان معتادان پرداختند همسو است.

یکی از مؤلفه‌هایی که در درمان کیفیت زندگی مستقیماً مورد توجه قرار می‌گیرد و تلاش می‌شود تا با روش‌ها و تکنیک‌های مختلف مورد دستکاری قرار می‌گیرد، احساس رضایت از زندگی است (فریش، ۲۰۰۶). البته درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، چیزی بیش از شادمانی یا غم را در بر می‌گیرد، اما دنبال کردن شادمانی یک مفهوم هدایت‌کننده در این درمان است (دینر و همکاران، ۲۰۱۰). از آن جاکه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی تلفیقی است از درمان‌شناختی و روانشناسی مثبت‌نگر، بنابراین بهزیستی ذهنی یکی از اهداف مهم این رویکرد درمانی است که تغییر در میزان بهزیستی ذهنی هم در پژوهش حاضر و هم در پژوهش‌های دیگر مورد تأیید قرار گرفته است (پاداش، ۱۳۸۹؛ حمید، وطن‌خواه و مهرابی‌زاده هنرمند، ۱۳۹۲).

یکی از ابعاد درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، توجه به اهداف و زندگی معنوی افراد است. نتایج پژوهش‌های مختلف نشان‌دهنده رابطه دینداری و سلامت روان (موریرا-المیدیا، المیدا و نتو^۲ ۲۰۰۵) و همچنین اثربخشی درمان‌های معنوی بر مقیاس‌های سلامت روان سوء مصرف‌کنندگان مواد (محمدی و همکاران، ۱۳۹۰) بوده‌اند. در این خصوص، اثرات رفتارهای مذهبی بر سلامت روان، معمولاً در میان افرادی که در موقعیت‌های پرسترس زندگی (مثل ابتلا به مواد مخدر) قرار گرفته‌ند، تأثیرگذارتر بوده است. در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی یکی از حوزه‌های بسیار مهم و ارزشمند در داشتن بهزیستی ذهنی بهتر، نقش ارزش‌ها، اهداف و یا زندگی معنوی می‌باشد. چنان‌که در این پژوهش نیز در طول جلسات آزمودنی‌ها فراگرفتند که چگونه بین اهداف معنوی و غیرمعنوی خود، تفاوت قائل شوند و به این بینش رسیدند که در

1. Formigoni & Marques

2. Moreira-Almeida, Almeida, & Neto

طول روز نیاز است که بخش‌هایی از زمان خود را برای ارزش‌های خود قرار دهند و با آفرینش دوباره «نقشه زندگی»^۱ و یا طرحواره‌های فکری جدید به یک جهان‌بینی منسجم درباره خود و جهان برسند و به کارکرد اصلی معنویت یعنی خوش‌بینی، اشراف پیدا کردند. در این راستا پژوهش‌های دیگر نشان داده‌اند افرادی که در موقعیت‌های چالش‌برانگیز و استرس‌زا از طریق معنادادن به موقعیت به مقابله می‌پردازند، معمولاً عاطفه منفی پایین‌تری را تجربه می‌کنند و میزان کیفیت زندگی بالاتری را گزارش می‌دهند. این نتایج نشان می‌دهد که معنا دادن به زندگی می‌تواند تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی داشته باشد تا صرف وجود عواطف مثبت به‌تنهایی (فریش، ۲۰۰۶، ترجمه خمسه، ۱۳۸۸).

از سوی دیگر یکی از حیطه‌های مورد بررسی در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، کنترل یا مدیریت استرس است و در این راستا از تکنیک‌های مثبت استرس‌های روزانه، تکنیک دروغ‌سنج و توجه به توانایی‌های خود استفاده می‌شود. بامامیری، وطن‌خواه، معصومی، نعمتی و درویشی (۱۳۹۲) به «بررسی رابطه سبک‌های مقابله با استرس، افکار خودآیند منفی و امیدواری با شادکامی افراد معتاد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد» به بررسی عوامل مرتبط با رضایت زندگی و شادکامی در افراد معتاد پرداختند. نتایج نشان داد که سبک مقابله مسأله‌مدار بیشترین سهم را در پیش‌بینی شادکامی در افراد معتاد دارد. هر چه که افراد احساس کنترل درونی بیشتری داشته باشند از رضایت زندگی بیشتری برخوردارند. از آنجایی که در تکنیک‌های «ثبت استرس‌های روزانه» و «دروغ‌سنج» تلاش می‌شود که با انجام دادن تکلیف‌های مربوطه به افراد حس کنترل داده شود و احتمالاً از این طریق بهزیستی ذهنی در آن‌ها افزایش می‌یابد.

نتایج پژوهش حاضر در خصوص اثربخشی آموزش مهارت‌های کیفیت زندگی بر خودکارآمدی ترک اعتیاد معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون. با نتایج پژوهش‌های بورلسون و کامینر^۲ (۲۰۰۵)، به نقل از شریعتی و همکاران، (۱۳۹۲)، هیان، چونگ و لی^۳ (۲۰۰۵)، کارول^۴ و همکاران (۲۰۰۹)، کیرلی و همکاران (۲۰۰۹)، جعفری، شهیدی و عابدین (۱۳۸۸)، قربانی، کاظمی و قربانی (۱۳۹۱)، گرانت، سالد و هینان^۵ (۱۹۹۵) همسو است. در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان این‌گونه اظهار نمود

1. life script
2. Burlson & Kamminer
3. Hyun, Chung, & Lee
4. Carrol, Ball, Martino, Nich, & Babuscio
5. Grant, Salced, & Hynan

که مراجعین به علت این‌که در برآورده ساختن معیارهای عملکرد و موفقیت خودشان در حیطه‌های ارزشمند زندگی مثل کار، تحصیل، روابط عاشقانه، دوستی‌ها، عملکرد اخلاقی یا توانایی کنترل علائم اختلال روانی مثل افسردگی، اضطراب و اعتیاد احساس شکست و ناتوانی می‌کنند؛ دچار احترام به خویش کم یا به عبارتی خودکارآمدی پایین می‌شوند احتمالاً به طرف مصرف مواد کشیده می‌شوند. این احتمال وجود دارد که مسائل شخصی، از طریق اشتغال ذهنی، انزوا و قضاوت مختل به کاهش مهارت و عملکرد ضعیف منجر شود و آمادگی فرد را برای مراقبت از خویش کاهش دهد و در او تحریف‌های شناختی ایجاد کند (طغیانی، کلانتری، امیری و مولوی^۱، ۲۰۱۱) و از این طریق خودکارآمدی مصرف‌کنندگان مواد را کاهش دهد. در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، به مراجعین، نظریه‌ها، انگاره‌ها و مهارت‌هایی آموخته می‌شود که به آن‌ها کمک کند؛ نیازها، اهداف و آرزوهای مربوط به حیطه‌های ارزشمندی زندگی خود را تعیین، پیگیری و برآورده سازند. برخلاف بقیه درمانگران و رویکردهای درمانی که تنها روی مشکلات، تأکید دارند، این درمان، روی یادگیری، کمک کردن و خلاقیت تأکید دارد. این رویکرد درمانی به درمان جویان آموزش می‌دهد که شادی نیز یک انتخاب است. مداخله‌ها در این روش، تنها بر خود فرد، تمرکز ندارد بلکه در کمک به درمان جویان جهت تحول پیدا کردن، به وسیله یادگیری، همدردی و محبت ورزیدن، نیز متمرکزند. این رویکرد بر نیاز درمان جویان، جهت تمرکز کردن و رسیدن به ارزش‌هایشان تأکید دارد. مراجعین به علت این‌که در برآورده ساختن معیارهای عملکرد و موفقیت خودشان در حیطه‌های ارزشمند زندگی مثل کار، تحصیل، روابط عاشقانه، دوستی‌ها، عملکرد اخلاقی یا توانایی کنترل علائم اختلال روانی مثل افسردگی، اضطراب و اعتیاد احساس شکست و ناتوانی می‌کنند؛ دچار احترام به خویش کم یا به عبارتی خودکارآمدی پایین می‌شوند. راه‌های موفقیت برای کسب احترام به خویش و افزایش خودکارآمدی در این دیدگاه استفاده از تکنیک‌های بازسازی شناختی مثل دروغ‌سنج و ثبت روزانه استرس، همچنین تمرین موهبت‌ها، دستاوردها، استعدادها و ثبت موفقیت دو ابزار دیگری هستند که می‌تواند خودکارآمدی افراد را افزایش دهند. احتمالاً استفاده از همین تکنیک‌ها توانسته خودکارآمدی معنادار را در مرحله پس‌آزمون افزایش داده و اثربخشی خود را در مرحله پیگیری نیز حفظ کند.

در خصوص اثربخشی آموزش مهارت‌های کیفیت زندگی بر ولع مصرف معنادار تحت درمان نگهدارنده متادون تاکنون پژوهشی که به‌طور مستقیم درمان مبتنی بر کیفیت زندگی را به

منظور کاهش ولع مصرف افراد سوءمصرف‌کننده به کار برده باشد، انجام نشده است. با این حال در پیوند با پژوهش‌هایی که در خصوص اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی بر ولع مصرف انجام شده می‌توان به دهقانی آرانی و رستمی (۱۳۸۸)، اختیاری، بهزادی، عقابیان، عدالتی و مکری (۱۳۸۵) و مکری و همکاران (۱۳۸۷) اشاره کرد.

در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت که ولع مصرف، احساس بسیار شدید خواستن یک چیز است به طوری که امکان تمرکز بر هر موضوعی غیر از موضوع خواسته شده ناممکن باشد (هورمس و روزین^۱، ۲۰۱۰). استرس و نشانه‌های مرتبط با مصرف مواد می‌تواند ولع و عود مصرف را در افرادی که در حال ترک مواد هستند ایجاد کند. از سوی دیگر، ولع مصرف اغلب از در رویارویی با نشانه‌های مرتبط با تجارب یا تخیلات فرد بیمار از شرایط مربوط به لذت مصرف پدید می‌آید. همچنین ویژگی‌های روان‌شناختی و میزان استرس در مصرف مواد نقش بسیار اساسی دارند (سموعی، ابراهیمی، موسوی، حسن‌زاده و رحیمی، ۱۳۷۹). پس می‌توان این‌گونه بیان نمود که ناتوانی در رویارویی با عوامل استرس‌زا و باور به این مسأله که مصرف مواد نتایج مطلوبی به بار می‌آورد، زمینه‌ساز روی‌آوری شدید به مصرف مواد است. (مک‌کی، هینسون و وال^۲، ۱۹۹۸؛ به نقل از سموعی و همکاران، ۱۳۷۹). به عبارت دیگر، افرادی که مواد مصرف می‌کنند تا بر استرس و عاطفه منفی خود فائق آیند، به‌طور قابل توجهی در طول عمر خود علائم وابستگی به مواد را بیشتر از کسانی که به دلایل دیگر مصرف می‌کرده‌اند، داشته‌اند. در همین راستا، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، با اتخاذ تکنیک‌های بسیار آسان و قابل فهم در جهت کاهش میزان استرس درونی و بالا بردن قدرت حل مسأله و عزت نفس در افراد، از قبیل تکنیک‌هایی چون یادداشت موفقیت، خودپذیری، BAT، لیست توانایی‌ها، کنترل عادت و سبب تخم‌مرغ، سعی در افزایش میزان قدرت تطابق فرد با شرایط بیرونی و محیط در حال تغییر خود دارد. به بیان دیگر، در این درمان فرض اساسی این است که توجه به توانایی‌های درونی و پتانسیل‌هایی که در فرد قرار دارد و سعی در به فعلیت درآوردن این پتانسیل‌ها، کارآمدتر از توجه به نیمه‌خالی و آسیب شناسانه وجود انسان است. درمان مبتنی بر کیفیت زندگی رویکرد جدیدی در روانشناسی، بک است که از تلفیق نظریه‌های شناختی- رفتاری بک و نظریه‌های فعالیت مثل نظریه میهالی^۳ (۱۹۹۹) شکل گرفته است.

-
1. Hormes & Rozin
 2. Mckee, Hinson, & Wall
 3. Mihalyi

به‌طور کلی این درمان یک رویکرد کل‌نگر است که به سلامت روان در بافت زندگی روزمره اهمیت می‌دهد و سعی دارد تا تمامی ابعاد مرتبط با این دو عامل را در بافت کیفیت زندگی اصلاح کند. سازمان بهداشت جهانی نیز سلامت روانی را حالتی از بهزیستی می‌داند که در آن افراد، درک واقعی از توانایی‌های خود دارند و می‌توانند با استرس‌های روزمره زندگی خود مقابله کنند و به‌صورت ثمر بخش و مؤثر کار کنند و در جامعه خود نقش داشته باشند. بنابراین اثر بخشی این درمان بر متغیرهای مرتبط با سلامت روانی از جمله بهزیستی ذهنی، خودکارآمدی و کاهش ولع مصرف در معتادان قابل انتظار است. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انتخاب در دسترس آزمودنی‌ها، هنجار نشدن نسخه درمان کیفیت زندگی در جامعه ایرانی، عدم مقایسه این درمان با سایر درمان‌های روان‌شناختی اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی به بررسی مقایسه‌ای این درمان با درمان‌های روان‌شناختی دیگر پرداخته شود همچنین از جوامع آماری مختلف استفاده شود.

منابع

فارسی

- ابوالقاسمی، عباس؛ پورکرد، مهدی؛ و نریمانی، احمد (۱۳۸۸). ارتباط مهارت‌های اجتماعی و خودکارآمدی با گرایش به مصرف مواد در نوجوانان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی سبزوار*، ۱۶(۴)، ۱۸۸-۱۸۱.
- اختیاری، حامد؛ بهزادی، آرین؛ عقابیان، محمدعلی؛ عدالتی، هانیه؛ و مگری، آذرخش (۱۳۸۵). نشانه‌های تصویری القاء‌کننده ولع مصرف در معتادین تزریقی هروئین. *فصلنامه تازه‌های علوم‌شناختی*، ۸(۳)، ۵۱-۴۳.
- آذر، ماهیار و نوحی، سیما (۱۳۸۹). *دایرة‌المعارف اعتیاد و مواد مخدر* (چاپ دوم). تهران: انتشارات ارجمند.
- بابامیری، محمد؛ وطن‌خواه، محمد؛ معصومی، حسین؛ نعمتی، مرضیه؛ و درویشی، مهسا (۱۳۹۲). *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۲۱(۸۴)، ۹۱-۸۲.
- پاداش، زهرا (۱۳۸۹). *بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی همسران شهر اصفهان*. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانواده). دانشگاه اصفهان، اصفهان.

جعفری، مصطفی؛ شهیدی، شهریار؛ و عابدین، علی رضا (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی درمان‌های فرا نظری و شناختی رفتاری بر بهبود خودکارآمدی پرهیز در نوجوانان پسر وابسته به مواد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷(۱)، ۱-۱۲.

حبیبی، رحیم؛ کارشکی، حسین؛ دشتگرد، علی؛ حیدری، عباس؛ و طلایی، علی (۱۳۹۱). رواسازی و تعیین پایایی پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد برامسون. *نشریه حکیم*، ۱۵(۱)، ۵۳-۵۸.

حمید، نجمه؛ وطن‌خواه، محمد؛ و مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های کیفیت زندگی بر شادکامی و سرزندگی سالمندان شهر اهواز. *مجله علوم پزشکی ارومیه*، ۲۴(۱۰)، ۸۰۰-۱۲/۸.

دهقانی آرانی، فاطمه و رستمی، رضا (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش پس خوراند عصبی بر ولع مصرف بیماران وابسته به مواد افیونی. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۱۷(۴۰)، ۷۵-۸۴.

رسولی آزاد، مراد؛ قنبری‌هاشم آبادی، بهرام علی؛ و طباطبایی، سید محمود (۱۳۸۸). بررسی اثر بخشی گروه‌درمانی با رویکرد شناختی رفتاری در بیماران مرد همبودی اختلال وابستگی مواد افیونی و افسردگی اساسی. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۱۱(۴۳)، ۱۹۵-۲۰۴.

سموعی، راحله؛ ابراهیمی، امرا...؛ موسوی، غفور؛ حسن‌زاده، اکبر؛ رفیعی، سعید (۱۳۷۹). الگوی مقابله با استرس در معتادین خود معرف: مرکز اعتیاد اصفهان. *مجله اندیشه و رفتار*، ۶(۳-۲)، ۶۳-۶۹.

سوزان امامی‌پور، سوزان؛ شمس اسفندآباد، حسن؛ صدرالسادات، سید جلال؛ و نژادنادری، سمیرا (۱۳۸۷). مقایسه اختلالات روانی و کیفیت زندگی در چهار گروه مردان معتاد مبتلا به ایدز، معتاد غیر مبتلا به ایدز، غیرمعتاد مبتلا به ایدز و سالم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۱۰(۱)، ۶۹-۷۷.

شایگان، اسحاق (۱۳۹۰). تأثیر اعتیاد زنان باردار بر جنین و نقش پلیس زن در درمان آنان. *مجله جامعه‌شناختی و علوم اجتماعی پلیس زن*، ۵(۱۴)، ۳۰-۴۲.

شریعتی، محمد ابراهیم؛ ایزدی‌خواه، زهرا؛ مولوی، حسین؛ و صالحی، مهرداد (۱۳۹۲). مقایسه

- اثر بخشی گروه‌درمانی به شیوه‌شناختی رفتاری و درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خودکارآمدی افراد معتاد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۴)، ۲۷۹-۲۸۸.
- فریش، مایکل بی (۲۰۰۶). *روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی: کاربرد رویکر رضایتمندی از زندگی در روانشناسی مثبت‌نگر و شناخت درمانی*. ترجمه اکرم خمسه، (۱۳۸۸). تهران: انتشارات ارجمند.
- قربانی، مریم؛ کاظمی، حمید؛ و قربانی، طاهره (۱۳۹۱). *مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری، درمان نگهدارنده با متادون و درمان نگهدارنده با بوپروپرونورفین در بهبود باورهای خودکارآمدی و تنظیم‌شناختی هیجان در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد*. چهارمین کنگره بین‌المللی سایکوسوماتیک، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- محمدی، محمدرضا؛ اکبری، علی‌اصغر؛ حاتمی، ندا؛ مگری، آذرخش؛ کویانی، حسین؛ سلمانیان، مریم؛ و صحت، مجتبی (۱۳۹۰). *بررسی اثر روان‌درمانی معنوی در مبتلایان به اختلال وابستگی به مواد اپیوئیدی*. *مجله پژوهشی حکیم*، ۱۴(۳)، ۱۵۰-۱۴۴.
- مگری، آذرخش؛ اختیاری، حامد؛ عدالتی، هانیه؛ و گنجگاهی، حبیب (۱۳۸۷). *ارتباط میزان ولع مصرف با ابعاد مختلف شدت اعتیاد در معتادین تزریقی هرئوئین*. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۴(۳)، ۲۸۹-۳۰۶.
- مولوی، حسین؛ ترکان، هاجر؛ سلطانی، ایرج؛ و پالانگ، حسن (۱۳۸۹). *هنجاریابی و سنجش روایی و پایایی پرسشنامه بهزیستی ذهنی*. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۶(۳)، ۲۳۱-۲۳۸.
- وطن‌خواه، محمد (۱۳۹۱). *اثربخشی آموزش مهارت‌های مبتنی بر ارتقا کیفیت زندگی بر شادکامی و سرزندگی سالمندان مرد شهر اهواز*. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی). دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز.
- یاریان، سجاد (۱۳۸۹). *مقایسه کیفیت زندگی، تنیدگی و سلامت روان در معتادان و غیرمعتادان مبتلا به اچ‌ای وی و افراد سالم در شهر تهران*. (پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی). دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

لاتین

Anton, R. F., Moak, D. H., & Latham, P. K. (1996). The obsessive-

- compulsive drinking scale: A new method of assessing outcome in alcohol lism treatment studies. *Ar-Chives of General Psychiatry*, 53(3), 225-231.
- Bandura, A. (2004). Social Cognitive theory: An ognatic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Bizzarri, J., Rucci, P., Vallotta, A., Girelli, M., Scandolari, A., Zerbetto, E., Sbrana, A., Iagher, C., & Dellantonio, E. (2005). Dual diagnosis and quality of life in patient in treatment for opiod dependence. *Substance Use and Misuse*, 40(12), 1765-76.
- Bramson, J. (1999). *The impact of peer mentoring on drug avoidance self-efficacy and substance use*. (Doctoral dissertation of Psychology). University of Northen Colorado, Greeley, Colorado.
- Brown, I., & Inouye, D. K. (1978). Learned helplessness through modeling: The role of perceived similarity in competence. *Journal of personality and Social Psychology*, 36(8), 900-908.
- Burluson, J. A., Kamminer Y. (2005). Self efficacy as a protective treatment out come in adolescent substance use disorders. *Journal of Addictive Behavior*, 3(9), 175-79.
- Carrol, K. M., Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T. A., & Rounsaville, B. J. (2009). Enduring effect of a computer-assisted training program for cognitive behavioral therapy: A six month follow-up of CBT. *Drug and Alcohol Dependence*, 100(1-2), 178-181.
- Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Journal of Happiness Studies*, 7(4), 397-404.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfac-tion. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 63-73). New York: Oxford University Pres.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. W., Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97(2), 143-156.
- Dolan, S. L., Martin, R. A., & Rohsenow, D. J. (2008). Self-efficacy for

cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors*, 33(5), 675-688.

DSM-5 American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

Ekhtiari, H. (2008). Neuro cognitive basis of drug cravings; an overview to evaluation and intervention methods. *Journal of Addiction*, 1, 90-94.

Franken, I., Hendriks, V. M., & Brink, W. V. (2002). Initial validation of two opiate craving questionnaires: The obsessive compulsive drug use scale and the desires for drug questionnaire. *Addictive Behaviors*, 27(5), 675-685.

Frisch, M. B. (2000). Improving mental and physical health care through quality of life therapy and assessment. *Advances in Quality of Life Theory and Research Social Indicators Research Series*, 4, 207-241.

Grant, G. M., Salced, V., & Hynan, L. S. (1995). Effectiveness of quality of life therapy for depression. *Psychological Report*, 76(3-2), 1203-1208.

Hormes, G. M., & Rozin, P. (2010). Dose craving crave nature at the joints? absence of a synonym for craving in many languages. *Addictive Behaviors*, 35(5), 459-563.

Hyde, J., Hankins, M., & Deale, A., & Marteau, T. M. (2008). Interventions to increase self-efficacy in the context of addiction behaviours: A systematic literature review. *Journal of Health Psychology*, 3(5), 607-623.

Hyun, M. S., Chung, H. I. C., & Lee, Y. J. (2005). The effect of cognitive-behavioral group therapy on the self-esteem, depression, and self-efficacy of runaway adolescents in a shelter in South Korea. *Applied Nursing Research*, 18(3), 160-166.

Ibrahim, F., Kumar, N., & Abu Samah, B. (2011). Self-efficacy and relapsed increase self-efficacy in the context of addiction behaviours: A systematic literature review. *Journal of Health Psychology*, 13(5), 607-23.

Kearly, K. A., Ludman, E. J., Marek, P. M., Mann, S. L., Bracker, J. B., &

- Peterson, A. V. (2009). Design and implementation of an effective telephone counseling intervention for adolescent smoking cessation. *Journal of the National Cancer Institute, 101*(20), 1393-1405.
- Luminet, O., Cordovil, M., Fantini, C., Tinary, P. (2016). The association between depression and craving in alcohol dependency is moderated by gender and by alexithymia factors. *Psychiatric Research, 30*(239), 28-38.
- Marques, A. C. P., & Formigoni, M. L. O. (2001). Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction, 96*(6), 835-846.
- Mckee, S. A., Hinson, R. E., & Wall, A. M. (1998). Alcohol outcome expectancies and coping styles as predictors of alcohol use in young adults. *Addictive behaviors, 23*(1), 17-22.
- Mihalyi, C. (1999). *Nimplication of a systems perspective for the study of creativity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Moreira-Almeida, A., de Almeida, A. A. S., & Neto, F. L. (2005). History of spiritist madness in Brazil. *History of Psychiatry, 16*(1), 5-25.
- Rodriguez-Cintas, L., Daigre, C., Grau-Lopez, L., Barral, C., Perez-Pazos, J., Voltas, N., Braquehais, M., & Roncero, C. (2016). Impulsivity and addiction severity in cocaine and opioid dependent patients. *Addictive Behaviors, 58*, 104-109.
- Smith, W. K., & Larson, J. M. (2003). Quality of life assessment by adult substancers receiving publicly funded treatment in Massachuset. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 29*(2), 323-35.
- Tate, S. R., Wu, J., McQuaid, J. R., Cummins, K., Shriver, C., Krenek, M., & Brown, S. A. (2008). Co -morbidity of substance dependence and depression: role of life stress and self-efficacy in Sustaining Abstinence. *Psychology of Addictive Behaviors, 22*(1), 1752-1757.
- Toghyani, M., Kalantari, M., Amiri, S., & Molavi, H. (2011). The effectiveness of quality of life therapy on subjective well-being of male adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 30*, 1752-1757.
- Vaarnwern, M., & Gaal, E. A. (2001). Psychological distress and

quality of life in drug using and non-drug-using HIV-infected women. *Eroupian Journal of Public Health*, 11(1), 109-115.

Waxman, S. E. (2009). A Systematic review of impulsivity in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17(6), 408-425.

Yan, Y., & Nabeshima, T. (2009). Mause model of relapse to the abuse of drugs: Procedural considerations and characterizations. *Behavioral Brain Research*, 196(1), 1-10.