



اثربخشی آموزش گروهی مفاهیم نظریه انتخاب بر کیفیت زندگی معتادان

منصور سودانی^۱، علی مهدیزاده تواسانی^۲، غلامرضا رجیبی^۳، رضا خجسته مهر^۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۶/۰۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۹/۱۴

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش گروهی مفاهیم نظریه انتخاب بر کیفیت زندگی معتادان بود. **روش:** پژوهش مورد نظر از نوع روش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه پژوهش عبارت بودند از: مردان معتادی که در سال ۱۳۹۴ به مراکز ترک اعتیاد شهر اهواز مراجعه کرده بودند. ۵۰ نفر از این معتادان با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شده و بطور تصادفی کاربردی آزمایش انجام شد. شرکت کنندگان پرسش نامه کیفیت زندگی را در سه مرحله (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بعد از ۶۰ روز) تکمیل کردند. گروه آزمایش، آموزش گروهی مفاهیم نظریه انتخاب را در ۱۰ جلسه، ۹۰ دقیقه ای، هر هفته یک بار دریافت نمودند. **یافته ها:** نتایج نشان داد آموزش گروهی مفاهیم نظریه انتخاب منجر به افزایش کیفیت زندگی در حیطه های جسمانی، روان شناختی، اجتماعی و محیطی در معتادان شد. **نتیجه گیری:** آموزش گروهی مفاهیم نظریه انتخاب می تواند افزایش کیفیت زندگی در معتادان را در پی داشته باشد.

کلیدواژه ها: مفاهیم نظریه انتخاب، کیفیت زندگی، معتادان

۱. نویسنده مسئول: دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران، پست الکترونیک: Sodani_m@scu.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۳. استاد گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۴. استاد گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

مقدمه

سوء مصرف مواد یکی از موضوعات پیچیده‌ای است که زندگی عادی شخص را به لحاظ رفتاری، عزت نفس، تغذیه، کار و روابط اجتماعی تغییر می‌دهد (هامپتون^۱، ۲۰۰۹) و بشر را با چالش‌های اجتماعی، اقتصادی، جنایت و سلامتی مواجه می‌نماید (اسیجاس، و استیمسون^۲، ۲۰۰۴) که این معضل در همه مشاغل، سطوح تحصیلی و طبقه اقتصادی، اجتماعی دیده می‌شود (زرگر، نجاریان، و نعیمی، ۱۳۸۷). سلامتی از والاترین نعمات الهی است که حفظ، تأمین و ارتقای آن از وظایف همگان است (ابوالحسنی، ۱۳۸۳؛ به نقل از اسماعیلی، ۱۳۸۸) و سوء مصرف مواد شدیداً بر سلامتی جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و زندگی روزمره فرد اثرگذار است و تلاش جامعه برای تأمین سلامتی افراد به منظور افزایش سطح کیفیت زندگی آن‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در طی سه دهه‌ی اخیر توجه به کیفیت زندگی به عنوان بخش چشمگیر سلامت مدنظر بوده است (کاپلان^۳، ۲۰۰۳) و به عنوان یک عامل مهم در ارزیابی نتایج درمانی و اثربخشی درمان در بیماری‌های جسمانی و روانی افزایش پیدا کرده است (کارو^۴ و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین کیفیت زندگی به عنوان یکی از شاخص‌های بهداشتی یا ترکیبی از شناخت‌های هر فرد در جنبه‌های مختلف زندگی و عملکرد در روابط انسانی، کاری و اجتماعی است که برای ادامه بهینه حیات بهزیستی فرد ضروری می‌نماید به طوری که امروزه کیفیت زندگی را با امید به زندگی مقایسه کرده و اولی را شاخصی برای عرض زندگی و دومی را شاخص طولی آن می‌دانند. امروزه کیفیت زندگی در نقطه مقابل کمیت قرار گرفته و با توجه به ابعاد گسترده سلامتی، تعریف می‌شود و منظور از آن سال‌هایی از عمر است که همراه با رضایت، شادمانی و لذت بخشی است (سلیگمن^۵، ۱۹۹۸). بر طبق مدل سلامتی، کیفیت زندگی مطلوب باید چند بعد فیزیکی، عاطفی-روانی، اجتماعی، معنوی و شغلی را در برگیرد (سلیگمن، ۲۰۰۷). دینر^۶، سلیگمن (۲۰۰۴) دریافتند که رابطه‌ای متقابل و دوسویه میان سلامت و کیفیت زندگی وجود دارد. اهمیت وضعیت سلامت و کیفیت زندگی تا حدی

1. Hampton
2. Aceijas, & Stimson
3. Kaplan

4. Karow
5. Seligman
6. Diener

است که صاحب نظران تمرکز مراقبت‌های بهداشتی، قرن حاضر را بهبود کیفیت زندگی و وضعیت سلامت بیان کرده‌اند و سلامتی را یکی از مجموعه‌ها و اجزای کیفیت زندگی می‌دانند. سازمان بهداشت جهانی^۱، کیفیت زندگی را به‌عنوان ادراک فرد از وضعیت زندگی در عرصه‌ی فرهنگ و سیستم ارزشی که فرد در آن زندگی می‌کند در ارتباط با اهداف و انتظارات، معیارها و امور تلقی می‌کند. کیفیت زندگی چهار حیطه‌ی مرتبط با سلامت یعنی: الف) حیطه‌ی جسمانی^۲، ب) حیطه‌ی روان‌شناختی^۳، ج) حیطه‌ی روابط اجتماعی^۴، و د) حیطه‌ی محیط زندگی^۵ را مورد بررسی قرار می‌دهد.

نوردون فلتز^۶ (۲۰۰۳) کیفیت زندگی را خشنودی از زندگی توصیف نموده، بنابراین سنجش خشنودی افراد از طریق بررسی تجربه افراد از میزان حصول به آمال و آرزوهای‌شان انجام می‌پذیرد. این تجربه ممکن است برای افراد دیگر همین معنا و مفهوم رانداشته باشد. یکی از موارد بسیار مهمی که ارزیابی کیفیت زندگی در آن مطرح می‌شود، سوء مصرف^۷ مواد است. سوء مصرف مواد با پیامدها و عواقب زیادی همراه بوده که شدیداً بر سلامتی جسمانی، روانی، اجتماعی و زندگی روزمره فرد اثرگذار است لذا در خصوص کیفیت زندگی معنادان پژوهش‌های متعددی صورت پذیرفته است. پژوهش‌های انجام گرفته در ایران و سایر کشورها نشان از پایین بودن کیفیت زندگی در معنادین دارد، زیرا در اغلب موارد بر کیفیت زندگی افراد، تأثیر منفی می‌گذارد (امامی‌پور، شمس، صدرالسادات و نادری، ۱۳۸۸؛ بیزاری و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از نریمانی، ۱۳۹۰). تحقیقات رکتور، کوبو و کوهن^۸ (۱۹۹۳) نشان داده‌اند که سوء مصرف الکل، مواد مخدر و آرام‌بخش‌ها با کیفیت زندگی پایین مرتبط است. همچنین یافته‌های اسمیت و لارسن^۹ (۲۰۰۳) نشان می‌دهند که جنبه‌های جسمانی و روانی کیفیت زندگی افراد معنادین پایین است. نتایج پژوهش حجتی و همکاران (۱۳۸۹) نشان داد که افراد وابسته به مواد از بهداشت روان و کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند. پریو، و اسپایر^{۱۰} (۲۰۰۷) به منظور

1. World Health Organization
2. physical health domain
3. psychological domain
4. social relationship domain
5. enviromental domain

6. Nordon Felts
7. drug abuse
8. Rector, Kubo, & Cohn
9. Smith, & Larson
10. Preau, & Spire

بررسی عوامل مؤثر در سلامت روان معتادان تزریقی مبتلا به ایدز، پژوهشی بر روی ۲۴۳ نفر معتاد مبتلا به ایدز انجام دادند. آن‌ها پرسش‌نامه‌ای را برای ارزیابی ویژگی‌های بالینی و اجتماعی در طول ۲۴ ماه تکمیل کردند. از این تعداد ۶۵٪ فاقد سلامت روانی بهنجار، و ۶۳٪ نیز فاقد سلامت جسمانی بهنجار ارزیابی شدند. شواهد محکمی وجود دارد که نشان می‌دهد هرچه سطح مصرف و شدت وابستگی به مواد بالاتر باشد کیفیت زندگی فرد پایین‌تر است و سنجش کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد مخدر یک سنجح ارزشمند وضعیت بالینی است که به شناسایی پیش‌بینی‌کننده‌های بازگشت کمک می‌کند (سریواستاو، بهاتیا، راجندر، و انگاد، ۲۰۰۹). همچنین امروزه کیفیت زندگی به‌عنوان یک شاخص مهم در برآورد سطح سلامت در جوامع مختلف مورد توجه قرار گرفته و اثربخشی بسیاری از مداخلات بهداشتی و درمانی با این شاخص ارزشیابی می‌گردد.

افزایش اعتیاد در جامعه و گرفتاری‌های ناشی از آن از یک سو و تقاضای افراد برای بهبود مشکلات معتادین از سوی دیگر، نشان‌دهنده نیاز اشخاص به مداخلات و آموزش‌های تخصصی در این زمینه است. برای آموزش افراد از رویکردهای مختلفی می‌توان استفاده نمود که یکی از آن‌ها، نظریه انتخاب^۱ است. بنا بر نظریه‌ی انتخاب، تمام کارهایی که افراد انجام می‌دهند، از جمله احساس بدبختی و فلاکت را خودشان انتخاب می‌کنند (گلسر^۲، ۱۹۹۹). انسان تلاش می‌نماید تا دنیای پیرامون، یعنی شرایط، محیط و دیگران را طبق خواسته خود درآورد (گلسر، ۲۰۱۰). در نظریه‌ی انتخاب تأکید می‌شود که فرد به دنبال برآورده نمودن نیاز اساسی بقا، عشق، قدرت، سرگرمی و آزادی^۴ است (گلسر، ۱۹۹۸). آموزه اصلی تئوری انتخاب این است که ما بیش از آنچه تصور می‌کنیم بر زندگی خود کنترل داریم. متأسفانه بخش زیادی از این کنترل‌ها مؤثر نیستند (گلسر، ۱۹۹۹). در این نظریه بر این موضوع تأکید می‌شود که اگر افراد، بر زندگی خود احساس کنترل داشته و قادر به تأمین نیازهای اساسی‌شان باشند، آن‌ها احساس خشنودی را تجربه می‌نمایند و از

1. Srivastava, Bhati, Rajanda, & Angad
2. choice theory
3. Glasser

4. Survival, love, power, fun, & freedom

طرف دیگر، احساس عدم کنترل، افراد را به سمت ناخشنودی هدایت می نماید (کوری، ۲۰۱۳). در این نظریه تأکید می شود که احساس ناخشنودی یا بدبختی، فراگیرترین تجربه زندگی انسان هاست. بعضی از افراد ناخشنود، پیوسته به جستجوی لذت بدون رابطه اند که بیش تر آن را از طریق پر خوری، مصرف مشروبات الکلی، مواد مخدر، درگیری، خشونت و روابط جنسی بدون عشق بر آورده می کنند (گلسر، ۱۹۹۹). همچنین گلسر اعتقاد داشت که همه ی آنچه انسان ها انجام می دهند، رفتارهایی هدفمند و انتخاب شده هستند. با پذیرش این نکته می توان نتیجه گرفت آنچه مشکلات روانی نامیده می شود در واقع راه هایی است که افراد برای رفتارهایشان انتخاب می کنند. یعنی هرگاه در بر آوردن نیازهای اساسی دچار مشکل می شوند، بیماری را انتخاب می نمایند (کوری، ۲۰۰۵). گلسر در نظریه انتخاب در مورد اعتیاد و افراد معتاد به مواد مخدر دیدگاه خاصی دارد. وی معتقد است که افراد با استفاده از مواد مخدر، مغز خود را فریب می دهند (گلسر، ۱۹۹۹). اعتیاد به مواد مخدر یک بیماری روانی نیست که بر اثر عدم کارکرد صحیح مغز به وجود بیاید. بلکه تنها پیدا کردن راهی برای لذت جویی یا رهایی از درد است که شروع با قطع ارتباط با دیگران و سپس معتاد شدن است (گلسر، ۲۰۰۲). بنابراین افراد معتاد، تصویر و سوسه مصرف مواد دائماً در ذهن شان است (گلسر، ۱۹۹۹). گلسر (۲۰۱۰) دریافت که اعتیاد به مواد مخدر و الکل و روان پریشی شدید، مواردی از مسئولیت گریزی عمیق است که درمان مبتلایان به آن برای ایجاد رابطه و پیوند لازم به گونه ای که راه های مؤثرتر ارضای نیازهای خود را بیاموزند یا به یاد آورند، دشوار است (گلسر، ۲۰۱۰). استفاده از مواد مخدر باعث می شود شخص معتاد احساس خوب یا عشق ورزیدن، قدرت داشتن و آزادی داشتن که در ذات هر کس برای داشتن روابط خوب است نگردد (گلسر، ۲۰۰۲). موترن^۲ (۲۰۰۲) بیان داشت در کمک به افراد معتاد بر پایه نظریه ی انتخاب، تمرکز بر آموزش مراجعان به منظور درک نیازهای خود بوده و این که چطور، این نیازها را از طریق انتخاب های مؤثر بر آورده سازند تا نسبت به انتخاب های خودشان مسئول باشند (وابولدینگ^۳، ۲۰۱۱) و اولویت های

نیازهای شان را از طریق نظام ارزیابی WDEP تنظیم نمایند (وابولدینگ، ۲۰۰۰). در این نظام، W بیانگر خواسته‌ها (برای مثال از مراجعان می‌خواهیم که خواسته‌هایشان را شناسایی و اولویت‌بندی نمایند)، D بیانگر عمل (برای مثال از مراجعان می‌خواهیم که مشخص سازند که برای انتخاب‌های خود چه کار می‌کنند)، E بیانگر ارزیابی (برای مثال از مراجعان می‌خواهیم تا ارزیابی نمایند که آیا انتخاب‌های کنونی آن‌ها به آن چیزی که می‌خواستند، می‌رساند) و P بیانگر برنامه است (برای مثال، از مراجعان می‌خواهیم تا برنامه مؤثری را تنظیم نموده تا خواسته‌هایشان را بدون این که به خود یا به دیگران آسیب برساند، برسند) (گلسر، ۱۹۹۰). گلسر (۲۰۱۰) اظهار داشت که دنیای تئوری انتخاب، دنیای جدی و مسئولانه است و انسانی که احساس مسئولیت می‌کند رفتاری را از خود صادر می‌کند که به او احساس ارزشمندی می‌دهد که می‌تواند در جای خود محرومیت و ناکامی را نیز تحمل کند. تحقیقات متعددی این نتایج را نشان می‌دهند. به عنوان مثال، نتایج تحقیق نجفی، نادری و صاحبی (۱۳۹۴) نشان داد که کاربست تئوری انتخاب بر کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری کنشی معتادان تأثیر دارد. همچنین نتایج تحقیق حکم‌آبادی، رضایی، اصغری ابراهیم‌آباد و سلامت (۱۳۹۳) نشان داد که واقعیت‌درمانی گروهی مبتنی بر نظریه‌ی انتخاب موجب افزایش امیدواری در سوء‌مصرف کنندگان مواد می‌شود. کاظمی مجرد، بحرینیان و محمدی آریا (۱۳۹۳) نشان دادند آموزش نظریه‌ی انتخاب موجب افزایش سطح کیفیت زندگی و شادکامی در سوء‌مصرف کنندگان مواد می‌شود. در این تحقیق نیز محققین به دنبال بررسی اثربخشی آموزش گروهی مفاهیم نظریه‌ی انتخاب بر کیفیت زندگی معتادان می‌باشیم.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش، شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه همراه با پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش عبارت بود از: مردان معتادی که برای ترک اعتیاد به یکی از مراکز ترک اعتیاد شهر اهواز در سال ۱۳۹۴ مراجعه کرده بودند. نمونه‌ای به تعداد ۵۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند که به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۵)

نفر) و گروه گواه (۲۵ نفر) گمارده شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند: ۱- جنسیت مرد؛ ۲- گذشت شش ماه از مصرف متادون؛ ۳- سواد حداقل راهنمایی و حداکثر کارشناسی؛ ۴- سن بین ۱۷ تا ۴۰ سال؛ ۵- کیفیت زندگی پایین بر اساس نتایج پرسش‌نامه. ملاک‌های خروج عبارت بودند: ۱- عدم فعالیت و همکاری در انجام تکالیف؛ ۲- غیبت بیش از ۲ جلسه.

ابزار

پرسش‌نامه کیفیت زندگی: این پرسش‌نامه، دارای ۲۶ گویه است که چهار حیطه‌ی سلامت جسمانی، روانی، روابط اجتماعی، و محیطی رامی‌سنجد. پاسخ به سؤالات به صورت طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای است. در پایان، مجموع کل نمرات این پرسش‌نامه به صورت ۱۰۰-۰ لیکرت گرفته می‌شود که برحسب امتیازهای کسب‌شده، کیفیت زندگی آن‌ها در یکی از سه گروه نامطلوب، متوسط، مطلوب قرار می‌گیرد. کارآیی این ابزار در تحقیقات مرتبط با ارزیابی سیاست‌های بهداشتی، برآورد بار نسبی بیماری‌های مختلف، غربال‌گری بیماران و افتراق اثرات به بارگیری و نیز ارزیابی‌های اقتصادی و درمان‌های مختلف در بیماران مداخلات مراقبت بهداشتی به‌عنوان راهنمایی در تخصیص منابع در سطح اجتماعی نشان داده شده است (منتظری، گشتاسبی و وحدانی نیا، ۱۳۸۴). برای جمعیت ایرانی استاندارد شده است. از روایی و اعتبار مناسبی برخوردار است. نجات، منتظری، هلاکویی نائینی، محمد، مجد زاده (۱۳۸۵) روایی پرسش‌نامه ملاکی را در تمییز بین گروه‌های سالم و بیمار قابل قبول ارزیابی نمودند. آلفای کرونباخ را در حیطه‌های مختلف پرسش‌نامه به تفکیک دو گروه سالم و بیمار به ترتیب: سلامت جسمانی (۰/۷۰، ۰/۷۲)، سلامت روان (۰/۷۳، ۰/۷۰)، روابط اجتماعی (۰/۵۵، ۰/۵۲)، سلامت محیط (۰/۸۴، ۰/۷۲) گزارش نمودند. در پژوهش حاضر اعتبار این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۹ و برای خرده‌مقیاس‌های سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۴، ۰/۷۲، ۰/۷۳، به دست آمد.

روند اجرا

پس از مقدمات نمونه گیری و تقسیم و تخصیص تصادفی شرکت کنندگان به صورت داوطلب در هر یک از مراحل پژوهش حضور داشته و تعیین وقت جلسات آموزشی با هماهنگی کامل افراد انجام می شد. ابتدا پیش آزمون کیفیت زندگی بر روی هر دو گروه به عمل آمد، سپس به افراد گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای (یک جلسه در هفته) مفاهیم نظریه انتخاب به صورت گروهی آموزش داده شد و گروه گواه به فعالیت های روزمره خود مشغول بودند. پس از پایان آموزش پس آزمون به عمل آمد و در نهایت پس از گذشت دو ماه از اتمام آموزش آزمون پیگیری به عمل آمد. محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شرح مختصر از جلسات آموزش گروهی مفاهیم نظریه انتخاب

جلسات	محتوا
اول	برقراری ارتباط و ایجاد رابطه ی حسنه و آشنایی با نظریه انتخاب.
دوم	آموزش پنج نیاز اساسی (بقاء، تفریح، آزادی، قدرت و پیشرفت، تعلق).
سوم	آموزش رفتار کامل (عمل، تفکر، احساس و فیزیولوژی).
چهارم	شناسایی انواع کنترل (درونی و بیرونی)، آشنایی با کنترل بیرونی و هفت رفتار مخرب و تبیین هفت رفتار مخرب با رفتار کنونی آنها.
پنجم	آموزش اهمیت کنترل درونی و هفت رفتار سازنده و تبیین هفت رفتار سازنده با رفتار کنونی افراد.
ششم	آموزش دنیای کیفی و آشنایی افراد با دنیای کیفی خود.
هفتم	آشنایی با تعارض نیازها و تأثیر آن بر روابط بین فردی و انتخاب رفتارهای مؤثر یا غیر مؤثر.
هشتم	آشنایی با مفاهیم واقعیت و مسئولیت و آموزش مسئولیت پذیری و رفتار مسئولانه.
نهم	آشنایی با انواع هویت (توفیق و شکست) و ویژگی های هر یک از افراد با هویت های متفاوت.
دهم	آموزش فنون و روش های تسهیل کننده تغییر رفتار از طریق الگوی WDEP.

یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان گروه آزمایش ۲۵/۶۰ و ۵/۶۶ سال با دامنه ۱۷ تا ۳۹ سال؛ ۲۰٪ (۵ نفر) دارای مدرک تحصیلی راهنمایی، ۴۸٪ (۱۲ نفر) دارای مدرک تحصیلی دیپلم و ۲۰٪ (۵ نفر) دارای مدرک تحصیلی فوق دیپلم و ۱۲٪ (۳ نفر) دارای مدرک لیسانس بودند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان گروه گواه

۲۵/۲۸ و ۵/۹۸ سال با دامنه ۱۸ تا ۳۹ سال؛ ۲۴٪ (۶ نفر) دارای مدرک تحصیلی راهنمایی، ۳۲٪ (۸ نفر) دارای مدرک تحصیلی دیپلم دبیرستان و ۲۸٪ (۷ نفر) دارای مدرک تحصیلی فوق دیپلم و ۱۶٪ (۴ نفر) بودند. آماره‌های توصیفی مؤلفه‌های کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی مؤلفه‌های کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیکیری
		انحراف- میانگین	انحراف- استاندارد	انحراف- میانگین	انحراف- استاندارد	
حیطه‌ی جسمی	آزمایش	۱۶/۸۸	۱/۶۱	۲۲/۵۶	۱/۹۳	۱/۷۹
	گواه	۱۶/۵۲	۲/۳۴	۱۶/۸۰	۲/۴۱	۲/۲۶
حیطه‌ی روان‌شناختی	آزمایش	۱۵/۲۴	۱/۷۶	۱۹/۷۶	۲/۵۲	۲/۳۲
	گواه	۱۴/۳۶	۲/۱۹	۱۴/۱۶	۱/۹۵	۱/۹۹
حیطه‌ی روابط اجتماعی	آزمایش	۷/۳۲	۱/۰۶	۱۰/۰۴	۱/۵۴	۱/۵۲
	گواه	۷/۴۴	۱/۲۹	۷/۴۰	۱/۳۸	۱/۳۸
حیطه‌ی محیطی	آزمایش	۱۸/۵۶	۲/۰۶	۲۵/۸۰	۲/۷۰	۲/۸۳
	گواه	۱۶/۷۲	۲/۰۷	۱۶/۷۶	۱/۴۷	۲/۰۰
نمره کل	آزمایش	۵۸/۳۲	۳/۹۲	۷۹/۴۸	۴/۴۹	۳/۴۵
	گواه	۵۸/۳۶	۴/۴۷	۵۷/۵۲	۳/۷۹	۴/۱۶

برای بررسی اثربخشی مداخله می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. ابتدا مفروضه‌های تحلیل کواریانس می‌بایستی بررسی شود. برای بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کولموگروف اسمیرنوف به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳: نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها

متغیرها	آزمایش		گواه	
	آماره Z	معناداری	آماره Z	معناداری
حیطه‌ی جسمی	۰/۷۸	۰/۵۸	۱/۰۶	۰/۲۱
حیطه‌ی روان‌شناختی	۰/۸۷	۰/۴۴	۰/۶۶	۰/۷۷
حیطه‌ی اجتماعی	۱/۰۸	۰/۱۹	۱/۱۴	۰/۱۵
حیطه‌ی محیطی	۰/۸۳	۰/۴۹	۰/۷۷	۰/۶۰

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می شود در تمام مؤلفه ها در هر دو گروه شرط نرمال بودن توزیع برقرار است. برای بررسی همگنی واریانس ها از آزمون لون استفاده شد. نتایج نشان داد در حیطه ی جسمی ($F= ۰/۰۵۹, P>۰/۰۵$)، در حیطه ی روان شناختی ($F= ۰/۷۰۸, P>۰/۰۵$)، در حیطه ی اجتماعی ($F= ۰/۰۲۴, P>۰/۰۵$)، در حیطه ی محیطی ($F= ۰/۲۰۳, P>۰/۰۵$)، شرط همگنی واریانس ها برقرار است. مفروضه دیگر همگنی شیب رگرسیون است که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج بررسی همگنی شیب های رگرسیون بر روی نمره های پس آزمون و پیگیری مؤلفه های کیفیت زندگی

متغیرها	میانگین مجدورات	آماره F	معناداری	میانگین مجدورات	آماره F	معناداری
حیطه ی جسمی	۱/۴۹	۰/۳۱۸	۰/۸۳	۵/۰۲	۱/۰۰۴	۰/۵۴
حیطه ی روان شناختی	۴/۹۳	۰/۸۹۷	۰/۴۶	۳/۲۰	۰/۹۵۴	۰/۵۱
حیطه ی اجتماعی	۰/۳۹	۰/۱۶۶	۰/۸۵	۱/۶۷	۰/۲۹۸	۰/۷۲
حیطه ی محیطی	۲/۷۱	۰/۴۸۳	۰/۶۲	۲/۶۴	۰/۴۷۰	۰/۶۵

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می شود در تمام مؤلفه ها این مفروضه برقرار است. با توجه به برقراری مفروضه ها آزمون کواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی مداخله بر بهبود کیفیت زندگی در نمرات پس آزمون انجام شد که نتایج حکایت از اثربخش بودن مداخله داشت ($۰/۹۰=$ اندازه اثر، $P<۰/۰۰۱, F=۹۳/۴۰, \lambda=۰/۰۹۹$ لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در نمرات پس آزمون

متغیرها	میانگین مجدورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
حیطه ی جسمی	۳۷۸/۲۴	۸۱/۲۱	۰/۰۰۰۵	۰/۶۵
حیطه ی روان شناختی	۳۰۲/۹۱	۵۶/۶۵	۰/۰۰۰۵	۰/۵۶
حیطه ی اجتماعی	۶۵/۴۹	۲۸/۸۴	۰/۰۰۰۵	۰/۴۰
حیطه ی محیطی	۸۰۳/۴۱	۱۵۶/۵۸	۰/۰۰۰۵	۰/۷۸

برای بررسی بقای اثربخشی مداخله بر بهبود کیفیت زندگی از تحلیل کواریانس چندمتغیری در نمرات پیگیری استفاده شد که نتایج حکایت از بقای اثربخشی داشت (0/72=اندازه اثر, $F=61/06$, $P<0/001$, $F=0/088$, $F=0/088$, $F=0/088$, $F=0/088$). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول 6 ارائه شده است.

جدول 6: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در نمرات پیگیری

متغیرها	میانگین مجزورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
حیطه‌ی جسمی	376/92	79/02	0/0005	0/61
حیطه‌ی روان‌شناختی	233/02	62/27	0/0005	0/52
حیطه‌ی اجتماعی	52/25	26/14	0/0005	0/37
حیطه‌ی محیطی	912/76	160/86	0/0005	0/78

همان‌گونه در جدول 6 مشاهده می‌شود، در تمام مؤلفه‌ها اثربخشی بادوام بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش مفاهیم نظریه‌ی انتخاب منجر به افزایش کیفیت زندگی در تمام حیطه‌های آن شده و این افزایش بادوام بود. در تبیین اثربخشی می‌توان گفت از آنجایی که نظریه‌ی انتخاب مفهوم منسجمی از رفتار انسان را آموزش می‌دهد و افراد را به سوی کنترل درونی، هویت توفیق و رفتار مسئولانه و احساس ارزشمندی دعوت می‌کند و در نتیجه فرد به خوبی در مسیر اثربخش و طولانی مدت قرار خواهد گرفت لذا، مداخلات مبتنی بر آموزش گروهی مفاهیم نظریه‌ی انتخاب باعث می‌شود در یچ‌ه‌ی نوینی از زندگی به روی افراد معتاد گشوده شده و فرد معتاد کیفیت زندگی خود را ارزیابی دوباره‌ای نماید و بر میزان رضایتش از شرایط زندگی افزوده شود. همچنین در تبیین اثربخشی مداخله بر حیطه‌ی سلامت جسمانی به شکل اخص می‌توان گفت آموزش مفاهیم نظریه‌ی انتخاب به افراد کمک می‌کند تا فرد نیازهای خود را بهتر بشناسند و فریب مغز توسط مواد مخدر را تشخیص دهد. در اصل لذتی که از مصرف مواد مخدر شکل می‌گیرد حاصل فریب مغز است. وقتی ماده‌ی مخدر اعتیادآور وارد مغز می‌شود، با خودش آن چنان

لذتی را به همراه می آورد که با هیچ تجربه‌ی دیگر انسان قابل مقایسه نیست (گلسر، ۲۰۰۲) و فرد با استفاده از مواد مخدر، مغز خود را فریب می‌دهد. یعنی احساس استفاده از مواد مخدر، مشابه احساسی است که معمولاً از ارضای واقعی نیازها ایجاد می‌شود (گلسر، ۱۹۹۹). با آموزش فرد یاد می‌گیرد نباید بازیچه‌ی لایه‌های زیرین مغز و هورمون‌ها باشد. بنابراین می‌توان گفت منطقی است که انتظار داشته باشیم با مداخلات مبتنی بر آموزش گروهی نظریه‌ی انتخاب وضعیت سلامت جسمانی فرد دچار تحولات قابل توجهی شود.

همچنین مداخله بر بهبود سلامت روان تأثیر داشته و این بهبودی بادوام بوده است. در تبیین این امر می‌توان گفت، افراد با آموزش این نظریه درمی‌یابند احساس بدبختی و فلاکت را خودشان انتخاب می‌کنند و ناخشنودی و افسردگی نتیجه عدم احساس مسئولیت است. گلسر معتقد است که احساس مسئولیت و کنترل و ارضای نیازها مخصوصاً نیاز به عشق و تعلق باعث بهبود سلامت روان می‌شود. به این ترتیب انسان می‌تواند با پذیرش واقعیت، مسئولیت و افزایش احساس ارزشمندی از خود انسانی سالم بسازد. همچنین نتایج نشان داد مداخله بر بهبود روابط اجتماعی مؤثر و این اثر بادوام بوده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت تمام کسانی که رابطه‌ی صمیمی و نزدیکی با دیگران ندارند، تقریباً همیشه احساس تنهایی و ناراحتی می‌کنند. در نتیجه، آموزش مفاهیم نظریه‌ی انتخاب برای آگاهی دادن به معنادان، نقش مهمی در ایجاد و بهبود روابط صمیمانه و انتخاب رفتارهای مؤثر آن‌ها خواهد داشت. مداخله باعث افزایش سلامت محیطی شده و این افزایش بعد از انقطاع مداخله بادوام بوده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد معتاد با دریافت آموزش مفاهیم نظریه‌ی انتخاب، دنیای ادراکی آن‌ها تغییر نموده و وقتی افراد راه درست ارضای نیاز خود از جمله نیاز به تفریح، احساس ارزشمندی، هویت توفیق را بیاموزند، در زندگی دچار درد و رنج کمتری خواهند شد چون که زندگی، جهان و موقعیت انسان لحظه‌به‌لحظه در حال تغییر است و این مسأله ایجاد می‌کند همواره به‌طور فعال در حال یادگیری باشیم تا بدانیم در شرایط مختلف و تحت فشارهای روانی متفاوت چگونه نیازهای روانی خود را برآورده نماییم.

در انتها با توجه به اهمیت و اثربخشی آموزش مفاهیم نظریه‌ی انتخاب برافزایش کیفیت زندگی معتادان، پیشنهاد می‌شود این شیوه‌ی آموزشی در مراکز مشاوره ترک اعتیاد، کمپ‌های ترک اعتیاد، کلینیک‌های مشاوره، دفاتر خصوصی مشاوره، خدمات مشاوره دانشجویی دانشگاه‌ها و کارشناسی‌های هسته مشاوره اداره‌ی آموزش و پرورش برای پیشگیری و کمک به افراد معتاد استفاده گردد. همچنین، یکی از محدودیت‌های این پژوهش آن است که جامعه‌ی آماری آن معتادان در حال ترک شهر اهواز می‌باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود، این نوع پژوهش روی گروه‌های سنی با نوع مصرف خاصی از مواد مخدر و در استان‌های دیگر و در هر دو جنس نیز انجام شود.

منابع

اسماعیلی، ایرج (۱۳۸۷). اقدامات کاهش زیان (متادون درمانی) در زندان و اثر آن بر بهبود کیفیت زندگی. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۲(۸)، ۲۰-۱۰۵.

ایمانی، سعید؛ حبیبی، مجتبی؛ پاشایی، سودابه؛ ظهیری سروری، معصومه؛ میرزایی، جعفر و زارع، مریم (۱۳۹۱). اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر ارتقاء کیفیت زندگی سوء مصرف کنندگان مواد مخدر (تریاک): بهبود سلامت جسمانی و روان‌شناختی. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت، ۲(۵)، ۶۳-۸۱.

ترخان، مرتضی (۱۳۹۰). اثربخشی درمان بین فردی گروهی کوتاه مدت بر بهزیستی روانی و کیفیت زندگی. فصلنامه روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، ۲(۵)، ۲۳-۳۶.

حجتی، حمید؛ آل‌وستانی، سودابه؛ آخوندزاده، گل‌بهار؛ حیدری، بهروز؛ و شریف‌نیا، سید حمید (۱۳۸۱). بررسی بهداشت روانی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در معتادین. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۸(۳)، ۱۴-۲۰۷.

حکم آبادی، محمد ابراهیم؛ رضایی، علی محمد؛ اصغری ابراهیم آباد، محمد جواد؛ و سلامت، علی (۱۳۹۳). تأثیر واقعیت‌درمانی نوین گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر امیدواری سوء مصرف کنندگان مواد. مجله پزشکی ارومیه، ۲۵(۸)، ۵۹-۷۵۲.

سودانی، منصور؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ ضرغامیان، ضرغام (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش کسب معنا بر کیفیت زندگی و حیطه‌های آن در مادران دارای فرزند با نیاز ویژه. همایش ملی رویکردهای نوین در حفظ و ارتقای سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آستارا.

- سیام، شهره (۱۳۸۵). بررسی شیوع سوء مصرف مواد اعتیاد آور بین دانشجویان پسر دانشگاه‌های مختلف رشت، مجله طب شرق، ۴۸(۴)، ۹-۱۵.
- عاملی، طیبه؛ ابو المعالی، خدیجه؛ و میرزایی، بهشته (۱۳۹۱). مقایسه حل تعارض و کیفیت زندگی معتادان به تریاک با معتادان به مواد محرک. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۶(۲۴)، ۶۸-۵۵.
- فریش، ایکل (۲۰۰۶). روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی. جلد اول، تهران: انتشارات ارجمند.
- کاظمی مجرد، ملیحه؛ بحرینیان، عبدالمجید؛ و محمدی آریا، علیرضا (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش نظریه انتخاب بر میزان کیفیت زندگی و شادکامی در ترک کنندگان مواد مخدر. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۲(۲)، ۷۴-۱۶۵.
- گلسر، ویلیام (۱۹۹۹). زبان نظریه انتخاب. ترجمه علی صاحبی (۱۳۹۱). چاپ سوم، گرگان: رشد فرهنگ.
- گلسر، ویلیام (۱۹۹۴). ارتباط مؤثر. ترجمه حسین ثقفی (۱۳۸۸). چاپ اول، تهران: انتشارات آرمان رشد.
- گلسر، ویلیام (۱۹۹۹). تئوری انتخاب. ترجمه علی صاحبی (۱۳۹۰). چاپ سوم، تهران: انتشارات سایه سخن.
- گلسر، ویلیام (۲۰۰۰). هر دانش آموزی می‌تواند موفق شود. ترجمه مهرداد فیروز بخت (۱۳۸۶). چاپ اول، تهران: انتشارات رسا.
- گلسر، ویلیام (۲۰۰۲). نوجوانان ناخشنود. ترجمه کیوان سپانلو و لادن گنجی (۱۳۸۷). چاپ دوم، تهران: انتشارات سبزان.
- گلسر، ویلیام (۲۰۱۰). واقعیت‌درمانی. ترجمه علی صاحبی (۱۳۹۳). چاپ دوم، تهران: انتشارات سایه سخن.
- گلسر، ویلیام؛ و گلسر، کارولین (۲۰۰۷). ازدواج خوشبخت. ترجمه احمد جعفری (۱۳۸۹)، تبریز: مترجم.
- منتظری، علی؛ گشتاسبی، آریتا؛ و وحدانی‌نیا، مریم سادات (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-۳۶، فصلنامه پایش، ۵(۱)، ۵۶-۴۹.
- موسوی، حسن؛ و حسینی، سید محمدرضا (۱۳۹۱). مواد مخدر صنعتی و نوین. چاپ سوم، تهران: انتشارات شلاک.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نائینی، کورش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، سید رضا (۱۳۸۵). استانداردهای پرشش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴(۴)، ۱۲-۱.
- نجفی، سمیه؛ نادری، فرح؛ و صاحبی، علی (۱۳۹۴). بررسی کاربست تئوری انتخاب بر کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری کنشی در افراد مصرف‌کننده مواد مخدر. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۹(۳۳)، ۴۴-۱۳۵.

نریمانی، محمد (۱۳۹۰). مقایسه هوش هیجانی و کیفیت زندگی در مردان معتاد و غیر معتاد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۵(۱۹)، ۲۱-۳۸.

نوابی نژاد، شکوه (۱۳۷۶). رفتارهای بهنجار در کودکان و نوجوانان. چاپ هفتم، تهران: انتشارات اولیا و مریبان.

Aceijas, C.; Stimson, G.W.; Hickman, M. (2004). Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS*, 18(17), 295-303.

Bizzarri, J.; Rucci, P.; Vallotta, A.; Girelli, M.; Scandolari, A.; Zerbetto, E. (2005). Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Substance Use and Misuse*, 40(12), 1765-76.

Corey, G. (2013). *Theory and Practice of Counselling and Psychotherapy (9th ed)*. Loose Leaf edition, ISBN: 13: 978.1.133.30933.8. Brooks/cole: 20 Davis Drive, Belmont, CA 94002-3098, USA.

Diener, E; & Seligman, M.E.P. (2004). Beyond money: Toward an Economy of well- being. *Psychological Science in the Public Internet*, 5(1), 1-31.

Glasser, W. (1998). *Choice theory: a new psychology of personal freedom*. New York, NY: Harper Perennial.

Hampton, N.Z. (2009). Quality of life of people with HIV substance abuse disorder in Thailand: An exploratory study statistical data included. *Journal of Rehabilitation*, 13(3), 603-13.

Kaplan, R.M. (2003). The significance of quality of life in health care. *Quality of Life Research*, 1, 3-16.

Karow, A.; Reimer, J.; Schäfer, I.; Krausz, M.; Haasen, C.; Verthein, U. (2010). Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 112, 209-15.

Nordonfelts, S.G. (2003). Childhood socio-emotional characteristics as antecedent's of marital stability and quality. *Journal of Family therapy*, 8(4), 223-37.

Preau, M.; Spire, B. (2007). Health related quality of life among both current and former injection drug users who are HIV infected. *Drug and alcohol dependence*, 36(2, 3), 175-82.

Rector, T.S.; Kubo, SH.; & Cohn, J.N. (1993). Validity of the Minnesota Living with hearth failure questionnaire as a measure of therapeutic response to enalapril of placebo. *The American journal of cardiology*, 71(12), 1106-7.

Schwartz, C.E.; Andersen, E.M.; Nosek, M.A.; & Krahn, G.L. (2007). Response shift therapy: important implications for measuring quality of life in people with disability. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(4), 529-36.

Seligman, M.E.P. (1998). *Learned Optimism*. New York, Pocket Books.

Seligman, M.E.P. (2007). *What you can change and what you can't. (2ded.)*. New York: Vintage.

Smith, W.K.; & Larson, J.M. (2003). Quality of life assessment by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuser*, 12, 141-62.

Srivastava, S.; Bhatia M.S.; Rajender, G.; Angad, S. (2009). Quality of Life in Substance Use Disorders. *Delhi Psychiatry Journal*, 12(1), 114-120.