

مقاله

پژوهشی

Research

Article

## اثر بخشی گروه درمانی کیفیت زندگی بر تغییر سطح باورهای فراشناختی منفی و مثبت مردان معتاد به شیشه

بنفشه حسونند<sup>۱</sup>، رضوان میرزایی سرایی<sup>۲</sup>، سارا سوری<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۱/۰۲

### چکیده

**هدف:** اعتیاد امروزه به یکی از جدی ترین معضلات جامعه بشری و مخصوصاً کشورهای در حال توسعه که جمعیت جوان و فقر و بیکاری بالایی دارند تبدیل شده است. هدف اصلی این پژوهش، تعیین میزان اثربخشی گروه درمانی کیفیت زندگی بر تغییر سطح باورهای فراشناختی منفی و مثبت مردان معتاد به شیشه شهرستان خرم آباد بود. **روش:** این پژوهش به صورت نیمه آزمایشی بود که در آن از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه استفاده شد. نمونه پژوهش ۴۰ مرد معتاد به شیشه شهرستان خرم آباد بود که به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (کیفیت زندگی درمانی) و گواه گمارده شدند. در مرحله مداخله گروه آزمایش در ۸ جلسه تحت گروه درمانی قرار گرفتند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسش‌نامه باورهای فراشناختی ولز (۲۰۰۰) استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کواریانس تفاوت معناداری بین دو گروه نشان داد ( $p < 0/01$ ). یافته‌ها حاکی از آن بود که مداخله در تغییر سطح باورهای فراشناختی مثبت و منفی اثربخش است. **نتیجه گیری:** این شیوه‌ی درمانی قابل استفاده برای بیمارانی که مشکل اعتیاد دارند می‌باشد. **کلیدواژه‌ها:** کیفیت زندگی درمانی، باورهای فراشناختی مثبت و منفی، اعتیاد، شیشه

۱. نویسنده مسئول: مربی گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، واحد الشتر، الشتر، ایران پست الکترونیکی: K.p@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم تحقیقات، واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم تحقیقات، واحد کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

## مقدمه

اختلالات سوء‌مصرف مواد از رایج‌ترین مشکلات روان‌پزشکی است که از تعامل عوامل ژنتیکی و محیطی مثل نابهنجاری‌های رشدی و وضعیت نامساعد روانی-اجتماعی ناشی می‌شود (فیرستون و کتلت، ۲۰۰۹). یکی از بلاهای خانمان‌سوز که آفتی بر پیکر جوامع بشری است مسئله اعتیاد به شیشه است که قدرت تفکر، خلاقیت، کوشش و سازندگی را از انسان‌ها می‌گیرد (هورتا و یاپ، ۲۰۱۶). اعتیاد منجر به پیدایش فقر و بیکاری و مهمتر از آن بروز مشکلات مکرر شغلی، اجتماعی و قانونی می‌شود و این سیکل معیوب همواره در جریان است و قطع کردن آن نیازمند سال‌ها تلاش و برنامه‌ریزی در تمام زمینه‌هاست (هورتا و یاپ، ۲۰۱۶). انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۴) علائم وابستگی به مواد را شامل مجموعه‌ای از علائم فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی می‌داند که براساس آن فرد علی‌رغم داشتن اختلالات وابسته به مواد، مصرف آن را ادامه می‌دهد. در چنین مواردی الگویی از مصرف وجود دارد که منجر به تحمل<sup>۳</sup>، محرومیت<sup>۴</sup> و رفتار اجبار برای مصرف می‌شود (قربانی، ۱۳۹۰). یکی از خطرناک‌ترین مواد مورد مصرف مواد محرک و توهم‌زا می‌باشند که به تدریج جایگزین مواد مخدر سنتی می‌شوند. مت‌آمفتامین که کریستالیزه آن در کشور ما به عنوان شیشه شناخته می‌شود، یکی از مواد اصلی است که مورد مصرف قرار می‌گیرد. مصرف این ماده به عنوان ماده محرک در کشورهای مختلف و در میان جوانان رواج دارد آمار رسمی ایران در سال ۲۰۰۵ مصرف‌کنندگان شیشه را ۵/۲ درصد مصرف‌کنندگان برآورد کرده بود (نارنجیها، رفیعی و باغستانی، ۲۰۰۵). سوء‌مصرف آمفتامین به دلیل اثرات مخربی که بر مغز دارد، همچنین وسوسه شدید و همراه شدن با علائم روان‌پزشکی قابل ملاحظه، برنامه‌های کاهش تقاضا مانند درمان و پیشگیری را دچار چالش جدی کرده است. شیشه به شدت اعتیادآور است و بر سیستم دوپامینرژیک مغز اثر می‌گذارد و بلافاصله پس از مصرف حالتی به نام فلاش یا راش (اوج لذت) در فرد ایجاد می‌شود (اختیاری و همکاران، ۱۳۸۹). شیشه بیشترین پتانسیل آسیب‌های روانی،

1. Firestone, & catlett  
2. Hureta, & Yip

3. tolerance  
4. deprivation

جسمانی، خانوادگی و اجتماعی را دارد (موسک و گیلوا، ۲۰۱۶). بیماران وابسته به شیشه معمولاً از خود رفتارهای پر خاشگرانه و خشونت بار بروز می دهند. شیشه اگر به مقدار زیاد مصرف شود موجب اضطراب شدید و موقت، شبه اختلال وحشت زدگی و بدبینی یا سوءظن می شود. مواد روان گردان موجبات ناامنی خانواده و جوامع را فراهم آورده و منشأ بسیاری از کج رفتاری ها، ناهنجاری ها و جرائم می باشد (کیانی، شاملو و صادقی، ۱۳۹۰). در طول سالیانی که اعتیاد به صورت یک مشکل اجتماعی و فردی درآمده، از روش های مختلفی برای ترک و درمان اعتیاد استفاده شده است. برخی از این روش ها اثرات مثبت، برخی اثرات منفی داشته و برخی بی تاثیر بوده اند.

گروه درمانی یکی از راه هایی است که می تواند به افراد کمک کند تا سلامت روانی بیشتری را احساس کنند. همچنین گروه یک حالت حمایتی را برای افراد ایجاد می کند تا به کمک آن افراد راحت تر خود را افشا کنند و به مشکل خود پردازند. زمانی که هدف ما افزایش مهارت های اجتماعی، تغییر باورهای ذهنی و چیزهای شبیه این است، گروه درمانی می تواند کمک بسیار خوبی کند. رویکردهای درمانی مختلفی برای کاهش یا از بین بردن اعتیاد به شیشه و نشانگان آن استفاده می شود. یکی از این رویکردهای درمانی کیفیت زندگی درمانی<sup>۲</sup> است که برای درمان انواع بیماران وابسته به شیشه مطرح شده و سودمندی آن در برخی از پژوهش ها تأیید شده است. کیفیت زندگی درمانی رویکردی جدید و جامع است که بر جهت گیری روان شناسی مثبت نگر استوار است (کنارد، لیبرمن، ساید و رولف<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). علاوه بر این رویکرد روان شناختی کیفیت زندگی درمانی در دامنه نسبتاً وسیعی از اختلالات، از جمله اعتیاد به شیشه مورد مطالعه قرار گرفته و اثربخشی آن مشخص شده است (لی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). فریش<sup>۵</sup> (۲۰۰۶)، با ترکیب رویکرد شناختی-رفتاری آرون تی بک و روان شناسی مثبت به همراه استفاده از استعاره، تن آرامی و مراقبه، کیفیت زندگی درمانی را ارائه داد. کیفیت

1. Mosek, & Gilboa  
2. quality of life therapy  
3. Kennard, Lieberman, Saaid, & Rolfe

4. Li  
5. Frisch

زندگی‌درمانی از رویکرد رضایت از زندگی حمایت می‌کند. در این رویکرد، اصول و مهارت‌های معطوف به کمک به مراجعان در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های با ارزش زندگی آموزش داده می‌شود. نظریه کیفیت زندگی بیشتر فرض می‌کند که مؤلفه‌های عاطفی شادکامی تا حد زیادی از قضاوت یا ارزیابی‌های انسان از رضایت زندگی بر اساس شناخت سرچشمه می‌گیرد. درست مثل هنگامی که استانداردها و ملاک‌های انسان برای کار رضایت‌بخش تحقق یافته است و فرد احساس شادی، ایمنی و آسایش می‌کند (موتا و ماتوز، ۲۰۱۶). هدف کیفیت زندگی‌درمانی (کیفیت زندگی‌درمانی) افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای یا غنای درونی و پیش‌گیری از فرسودگی است. در کیفیت زندگی‌درمانی مراقبت از خود، معادل غنای درونی است و به عنوان احساس آرامش عمیق، راحتی، هوشیاری و آمادگی برای مواجهه با چالش‌های روزانه به شیوه اندیش‌مندان، عاشقانه، دلسوزانه و جامع تعریف می‌شود (فریش، ۲۰۰۶). این رویکرد یک مدل پنج‌راهه به نام CASIO در زمینه رضایت از زندگی به مثابه طرحی برای کیفیت زندگی و مداخلات روان‌شناسی مثبت برای مددجویان مشخص می‌کند.

۱۹۲

192

مدل کیفیت زندگی‌درمانی بر اساس دیدگاه کیم‌ویل و استل‌ویل<sup>۲</sup> (۲۰۱۴) برای افزایش رضایت‌مندی و شادی تشکیل شده است از: شرایط عینی یک حوزه یا شرایط زندگی (C). نگرش نسبت به ادراک حوزه‌ها (A). استانداردهایی برای تحقق این حوزه‌ها (S). اهمیتی که برای شادکامی کلی نسبت به یک حوزه قائل می‌شود (I). رضایت‌مندی یک شخص در دیگر حوزه‌های مهم، که فرد فعلاً به آن اهمیت نمی‌دهد (O). سرخط درمان مبتنی بر کیفیت زندگی هفده حوزه اصلی از زندگی است که از توسعه معنویت و خودپنداره شروع تا همسایگان، اجتماع و این که چگونه رضایت از زندگی و شادی را در هر یک از این حوزه‌ها افزایش دهیم، ادامه می‌یابد. این هفده حوزه اصلی که مداخلات بر آن تمرکز پیدا می‌کند، عبارتند از: ۱) اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی، ۲) عزت نفس، ۳) بهداشت و سلامت جسمی، ۴) پول یا استانداردهای زندگی، ۵) کار، ۶) بازی و تفریح،

سال سیزدهم، شماره ۵۱، بهار ۱۳۹۸  
Vol. 13, No. 51, Spring 2019

1. Mota, &amp; Matos

2. Kimweli, &amp; stilweli

۷) یادگیری، ۸) خلاقیت، ۹) کمک، ۱۰) عشق، ۱۱) دوستان، ۱۲) فرزندان، ۱۳) اقوام و بستگان، ۱۴) همسر، ۱۵) خانه، ۱۶) همسایگان، ۱۷) جامعه. کیفیت زندگی درمانی به صورت گروهی و انفرادی قابل اجرا است. ابتدا از فرد می‌خواهند که از میان هفده حوزه، حوزه‌های مهمی را که می‌خواهند در آن تغییر ایجاد کنند، مشخص نمایند. سپس درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در طول جلسات بر روی این حوزه‌ها تمرکز می‌یابد. برای هر کدام از این حوزه‌ها تکالیف و تمرین‌هایی بر اساس تکنیک‌ها و اصول درمان برای اجرا در درون جلسات و بیرون جلسات طراحی شده است (فریش، ۲۰۰۶). تحقیقات زیادی در این زمینه صورت گرفته و اثربخشی این درمان را نشان داده‌اند. در پژوهشی که توسط عابدی و وستانیس<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) به منظور ارزیابی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی برای والدین کودکان مبتلا به اعتیاد به شیشه در ایران انجام شد، نتایج نشان دادند کیفیت زندگی درمانی باعث کاهش نشانه‌های اعتیاد به شیشه مانند نشخوار فکری، گریز عاطفی، اضطراب، خود - تعیینی و افزایش رضایت کلی خانوادگی و موقعیتی کودکان مبتلا می‌شود. در پژوهشی نورث‌مور - بال و ایوان<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، میزان تاب‌آوری روان‌شناختی را در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش داد. رودریگو، ماهر و ویدوز<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) در پژوهشی نشان دادند کیفیت زندگی درمانی، باعث افزایش کیفیت زندگی و سطح خود - تعیینی می‌شود. گرانت، سالکد و هاینان<sup>۴</sup> (۱۹۹۵) اثر بخشی این درمان را بر کاهش نشانگان اعتیاد به شیشه مانند نشخوار فکری، گریز عاطفی، عدم تمایز عاطفی بین خود و دیگران نشان دادند. همچنین افزایش معناداری در کیفیت زندگی و خودکارآمدی، مشاهده شد. موسک و گیلپوا (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای نشان دادند زندگی درمانی باعث افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی دانش‌جویان معتاد به شیشه می‌شود.

از ضرورت‌های پرداختن به این مطالعه آن است که بسیاری از پژوهشگران دریافته‌اند اغلب افراد مبتلا به اعتیاد شیشه، باورهای فراشناختی منفی بالا و باورهای فراشناختی مثبت

1. Abedi, & Vostanis  
2. Northmore-Ball, & Evan

3. Rodrigue, Moher, & Widows  
4. Grant, Salced, & Hynan

پایینی دارند (عابدی و وستائیس، ۲۰۱۰). از آن جایی که افراد مبتلا به اعتیاد شیشه، احساس بی‌معنایی، و باورهای فراشناختی منفی دارند، گروه درمانی کیفیت زندگی می‌تواند باعث افزایش امید و کاهش باورهای فراشناختی منفی شود. بنابراین مفیدتر آن است که ارزیابی باورهای فراشناختی افراد مبتلا به اعتیاد شیشه به صورت دقیق‌تر مورد بررسی قرار گیرد. علاوه بر این از آن جایی که پایین بودن سطح باورهای فراشناختی مثبت به عنوان شکلی از باورهای اجتنابی به کاهش عملکرد مناسب افراد مبتلا به اعتیاد شیشه در زمینه ترک اعتیاد منجر می‌شود، نیاز به بررسی بیشتری دارد. از طرفی فهمیدن صرف این مسئله که بسیاری افراد مبتلا به اعتیاد شیشه از سطح پایینی از باورهای فراشناختی مثبت برخوردارند، کافی نیست، بلکه مهم این است که بدانیم چه عواملی می‌تواند به تغییر سطح باورهای فراشناختی افراد مبتلا به اعتیاد شیشه کمک کند.

پژوهش حاضر در صدد بررسی اثربخشی گروه درمانی کیفیت زندگی در تغییر سطح باورهای فراشناختی مثبت و منفی مردان معتاد به شیشه است.

## روش

۱۹۴

### طرح، جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

194

روش این پژوهش به صورت نیمه‌آزمایشی است که در سال ۹۸-۱۳۹۷ انجام شد. در این تحقیق از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعه آماری مطالعه حاضر را مردان معتاد به شیشه شهرستان خرم‌آباد تشکیل می‌دادند. افراد نمونه مورد مطالعه به صورت تصادفی از بین معتادین به شیشه در یکی از مراکز ترک اعتیاد شهر خرم‌آباد انتخاب و به تصادف گروه‌بندی شدند. همچنین به تصادف تعداد ۲۰ نفر برای کیفیت زندگی درمانی (گروه آزمایش) و ۲۰ نفر برای لیست انتظار (گروه گواه) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: دامنه سنی بین ۱۵ تا ۳۰ سال، اعتیاد به شیشه، عدم ابتلا به بیماری‌های ناتوان‌کننده و بیماری مزمن قلبی و تنفسی، عدم شرکت هم‌زمان در برنامه‌های درمانی دیگر، داشتن سواد خواندن و نوشتن و رضایت برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: عدم تمایل به ادامه مداخله، غیبت بیش از دو جلسه و عدم مشارکت و همکاری در فرآیند اجرای پژوهش.

محققان جهت رعایت ملاحظات اخلاقی از شرکت کنندگان رضایت‌نامه کتبی. همچنین گروه گواه پس از انجام پژوهش به صورت جداگانه و برای تغییر سطح باورهای فراشناختی مورد مداخله آزمایشی (ارثه گروه درمانی کیفیت زندگی) قرار گرفتند و نتایج مفید و سودمندی نیز برای آن‌ها حاصل شد.

## ابزار

۱- پرسش‌نامه باورهای فراشناختی ولز و کاتریت - هاتن (۲۰۰۴): این پرسش‌نامه خودگزارشی ۳۰ سوال دارد که تفاوت‌های فردی را در مورد باورهای فراشناخت، قضاوت‌ها و گرایش‌های نظارت‌گری ارزیابی می‌کنند. شامل ۵ خرده‌مقیاس ۱-تضاد شناختی (سوالات ۸، ۱۴، ۱۷، ۲۶، ۲۴، ۲۹) ۲-باورهای مثبت (سوالات ۷، ۱۰، ۱۹، ۲۳، ۲۸) ۳-خودآگاهی شناختی (سوالات ۳، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۳۰) ۴-کنترل‌ناپذیری و خطر افکار (سوالات ۲، ۹، ۲۱) ۵-نیاز به کنترل افکار (سوالات ۶، ۲۰، ۲۷) می‌باشد. هر سوال بر روی مقیاس ۴ گزینه‌ای لیکرت (موافق نیستم، کمی موافقم، تا حدی موافقم، کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. ولز و کاتریت - هاتون (۲۰۰۴) در پژوهشی همسانی درونی، اعتبار همگرا و اعتبار بازآزمایی را مناسب و قابل قبول گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ و ضریب همبستگی با مقیاس اضطراب صفت اشپیل برگر بین ۰/۲۶ تا ۰/۷۳ گزارش شده است (نریمانی و ابولقاسمی، ۱۳۸۴).

## روند اجرا

بعد از انتخاب نمونه و گروه‌بندی و تخصیص تصادفی گروه آزمایش تحت گروه درمانی کیفیت زندگی به شرح جدول ۱ قرار گرفت.

**جدول ۱: شرح جلسات کیفیت زندگی درمانی (برگرفته از کیم ویل و استل ویل، ۲۰۱۴)**

| جلسه‌ها | محتوای درمان  |
|---------|---|
| اول     | برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره آموزشی، گرفتن تعهد از شرکت کنندگان برای حضور در جلسات، معرفی و بحث پیرامون کیفیت زندگی، تاب آوری روانشناختی و خود تمایز یافتگی.          |
| دوم     | مروری بر بحث جلسه قبل، تعریف کیفیت زندگی درمانی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، معرفی حیطه‌های شانزده گانه زندگی که کیفیت کلی زندگی فرد را تشکیل می دهند، کشف موارد مشکل آفرین اعضا، خلاصه بحث، ارائه باز خورد. |
| سوم     | مروری بر بحث جلسه قبل، معرفی CASIO به عنوان پنج ریشه، شروع کردن با یکی از ابعاد، معرفی C به عنوان راهبرد اول و کاربرد آن در ابعاد شانزده گانه کیفیت زندگی.  |
| چهارم   | مروری بر بحث جلسه قبل، بحث پیرامون CASIO، معرفی A به عنوان استراتژی دوم در ابعاد شانزده گانه کیفیت زندگی.   |
| پنجم    | مروری بر بحث جلسه قبل، بحث پیرامون CASIO، معرفی S به عنوان استراتژی سوم برای افزایش کیفیت زندگی.  |
| ششم     | مروری بر بحث جلسه قبل، بحث پیرامون اصول مربوط به کیفیت زندگی، معرفی I به عنوان استراتژی چهارم و کاربرد این اصل برای افزایش رضایت.   |
| هفتم    | مروری بر بحث جلسه قبل، ادامه بحث درباره اصول، بحث درباره حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در حیطه روابط، معرفی O به عنوان استراتژی پنجم.  |
| هشتم    | ارائه خلاصه‌ای از مطالب عنوان شده در جلسات قبل، جمع بندی و آموزش.   |

۱۹۶

196

سال سیزدهم، شماره ۵۱، بهار ۱۳۹۸  
Vol. 13, No. 51, Spring 2019

**یافته‌ها**

آماره‌های توصیفی متغیرهای باورهای فراشناختی مثبت و منفی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.



جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای باورهای فراشناختی مثبت و منفی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

| متغیرها                   | پیش آزمون گواه             |                            | پس آزمون گواه              |                            | پیش آزمون آزمایش           |                            | پس آزمون آزمایش            |                            |
|---------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
|                           | انحراف - میانگین استاندارد | انحراف - میانگین استاندارد | انحراف - میانگین استاندارد | انحراف - میانگین استاندارد | انحراف - میانگین استاندارد | انحراف - میانگین استاندارد | انحراف - میانگین استاندارد | انحراف - میانگین استاندارد |
| باورهای مثبت              | ۵/۵۲                       | ۲۳/۶۹                      | ۴/۶۳                       | ۲۱/۴۱                      | ۵/۹۵                       | ۳۰/۶۲                      | ۳/۳۱                       | ۳/۳۱                       |
| خودآگاهی شناختی           | ۶/۵۲                       | ۱۹/۳۱                      | ۵/۴۳                       | ۱۹/۵۷                      | ۵/۶۹                       | ۳۱/۵۳                      | ۳/۹۵                       | ۳/۹۵                       |
| تضاد شناختی               | ۴/۲۵                       | ۱۶/۲۱                      | ۴/۱۵                       | ۱۷/۷۲                      | ۵/۶۳                       | ۱۱/۹۷                      | ۳/۹۶                       | ۳/۹۶                       |
| کنترل ناپذیری و خطر افکار | ۳/۵۴                       | ۱۵/۹۱                      | ۴/۶۵                       | ۱۵/۷۴                      | ۴/۵۲                       | ۱۱/۵۹                      | ۲/۵۴                       | ۲/۵۴                       |
| نیاز به کنترل افکار       | ۵/۳۲                       | ۲۱/۸۴                      | ۴/۴۸                       | ۱۸/۱۵                      | ۵/۹۶                       | ۱۳/۲۶                      | ۳/۳۶                       | ۳/۳۶                       |

برای بررسی اثربخشی مداخله می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از پیش فرض‌های این تحلیل نرمال بودن توزیع است. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی این پیش فرض در جدول ۳ ارائه شده است.

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

| متغیرها             | گروه‌ها | آماره Z | معناداری | متغیرها                   | گروه‌ها | آماره Z | معناداری |
|---------------------|---------|---------|----------|---------------------------|---------|---------|----------|
| باورهای مثبت        | گواه    | ۰/۸۵    | ۰/۲۰۰    | خودآگاهی شناختی           | گواه    | ۰/۷۶    | ۰/۱۹۹    |
| تضاد شناختی         | گواه    | ۰/۷۶    | ۰/۱۴۰    | کنترل ناپذیری و خطر افکار | آزمایش  | ۰/۷۹    | ۰/۱۸۲    |
| نیاز به کنترل افکار | گواه    | ۰/۹۲    | ۰/۰۸۰    | آزمایش                    | گواه    | ۰/۶۵    | ۰/۰۸۹    |
|                     | آزمایش  | ۰/۹۴    | ۰/۰۸۴    |                           | آزمایش  | ۰/۴۷    | ۰/۰۹۴    |

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، پیش فرض نرمال بودن در همه متغیرها برقرار است. پیش فرض دیگر تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون برای بررسی این پیش فرض در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها

| متغیرها              | آماره F | درجه - معنا - آزادی داری | متغیرها                   | آماره F | درجه - معنا - آزادی داری |
|----------------------|---------|--------------------------|---------------------------|---------|--------------------------|
| نگرانی از تصویر بدنی | ۴/۴۳۲   | ۷۸                       | تضاد شناختی               | ۰/۱۲۰   | ۷۸                       |
| باورهای مثبت         | ۲/۶۴۰   | ۷۸                       | نیاز به کنترل افکار       | ۱/۴۲۷   | ۷۸                       |
| خودآگاهی شناختی      | ۲/۴۵۰   | ۷۸                       | کنترل ناپذیری و خطر افکار | ۱/۰۵۰   | ۷۸                       |

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود در همه متغیرها پیش فرض همگنی واریانس‌های خطا برقرار است. پیش فرض دیگر این تحلیل برابری ماتریس واریانس-کواریانس است. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ( $M=۶/۵۵$ ,  $F=۱/۲۲۱$ ,  $P>۰/۰۵$ ). بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از معناداری تفاوت ترکیب خطی متغیرها در دو گروه داشت ( $۰/۶۹۱$ =اندازه اثر,  $P<۰/۰۰۱$ ,  $F=۱۹/۵۶۳$ ,  $\lambda=۰/۴۹۶$ ) برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۵ استفاده شد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای بررسی الگوهای تفاوت متغیرها

| متغیرها                   | میانگین مجذورات | آماره F | معناداری | اندازه اثر |
|---------------------------|-----------------|---------|----------|------------|
| باورهای مثبت              | ۹۵۷/۳۲          | ۳۹/۴۸   | ۰/۰۰۰۵   | ۰/۵۲       |
| خودآگاهی شناختی           | ۳۷۵/۴۱          | ۱۴/۳۵   | ۰/۰۰۱    | ۰/۴۱       |
| تضاد شناختی               | ۲۹۴/۵۸          | ۱۲/۶۷   | ۰/۰۰۱    | ۰/۳۷       |
| کنترل ناپذیری و خطر افکار | ۳۰۱/۳۶          | ۱۳/۴۸   | ۰/۰۰۱    | ۰/۳۹       |
| نیاز به کنترل افکار       | ۲۹۸/۸۷          | ۱۲/۲۰   | ۰/۰۰۱    | ۰/۳۵       |

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی کیفیت زندگی در تغییر سطح باورهای فراشناختی مثبت و منفی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد کیفیت زندگی درمانی باعث تغییر سطح باورهای فراشناختی مثبت و منفی شده است. این یافته با نتایج مطالعات گران و همکاران (۱۹۹۵)، پاداش (۱۳۸۹)، طغیان (۱۳۹۰)، رودریگو و همکاران (۲۰۰۶)، پاترا<sup>۱</sup> (۲۰۱۶)، نورث مور - بال و ایوان (۲۰۱۶)، موسک و گیلوبا

(۲۰۱۶) و هانگ و همکاران (۲۰۱۶) همسو است. افرادی که دچار اعتیاد به شیشه هستند مفهوم‌های ذهنی منفی بیشتری نسبت به خود و محیط اطراف دارند و همین داشتن مفهوم‌های منفی باعث می‌شود که این دسته افراد دید خوب و مثبتی نسبت به خود، دیگران و ارتباط با محیط اطراف نداشته باشند (پاترا، ۲۰۰۶). یکی از ابعاد این منفی‌نگری نسبت به خود و دیگران به این معقوله بر می‌گردد که چون فرد افسرده دید منفی نسبت به خود و دیگران دارد فکر می‌کند یا در این اندیشه است که دیگران نیز همچین دیدگاهی نسبت به او دارند. بنابراین این امر باعث می‌شود فرد سطح شایستگی ادراک شده‌اش پایین بیاید و نتواند به خوبی با دیگران ارتباط برقرار کند. حال آن‌که در روش کیفیت زندگی درمانی بر مفهوم‌سازی مجدد، آماده‌سازی مراجعین و همچنین آموزش مهارت‌های مثبت اندیشی و تشکیل مفاهیم مثبت و نو نسبت به خود و دیگران، و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش تاکید می‌شود که این موارد می‌توانند رابطه فرد را با خود و دیگران بهبود دهد و نسبت به خود و دیگران دید مثبت‌تر و خوش‌بینانه‌تری داشته باشد به طوری که سطح ارتباط و شایستگی ادراک شده‌اش افزایش می‌یابد و می‌تواند به خوبی با دیگران و محیط اطراف ارتباط مثبت و سازنده برقرار کند. همچنین گنجاندن این فعالیت‌ها و تمرین‌ها در برنامه هفتگی، باعث می‌شود که فرد افسرده به تدریج از شرایط نامناسب خود مبنی به تفکرات منفی، دلهره، شایستگی و ارتباط ادراک شده سطح پایین فاصله گرفته و کم‌کم به سمت و سوی مثبت‌اندیشی و داشتن دید بهتر و خوش‌بینانه نسبت به خود و دیگران حرکت کند (کیم ویل و استل ویل، ۲۰۱۴).

از دلایل دیگر این تغییرات می‌توان گفت: کیفیت زندگی درمانی از راهبردهایی چون شناسایی هیجانات منفی و نحوه مقابله با آن‌ها استفاده می‌کند. همچنین برنامه‌های درمانی اختلال اعتیاد به شیشه شامل راهبردهای مقابله هیجان‌محور از قبیل ارائه پاسخ‌های هیجانی مناسب در برابر اضطراب، افسردگی، گریز عاطفی، گریز از دیگران، جایگاه من تضعیف شده و خیال‌پردازی برای تعدیل موقعیت است. این موارد موجب افزایش هم‌آمیختگی با دیگران و واکنش‌پذیری عاطفی می‌شود.

از طرف دیگر، خود - تعیینی پایین با اعتیاد به شیشه ارتباط قوی داشته و افراد دارای خود - تعیینی پایین، احتمال بیشتری دارد که به اعتیاد به شیشه مبتلا شوند. لذا این روش با افزایش تسلط و توانمندی افراد مبتلا، می‌تواند در ارتقاء میزان خود - تعیینی آنان مؤثر باشد. همچنین در این روش به چگونگی ادراکات فرد از توانایی تغییر رفتار، سطح انگیزختگی، الگوهای فکری و واکنش‌های احساسی پرداخته می‌شود و از خود تمایز یافتگی به عنوان عامل اثرگذار بر پذیرش، حفظ و تغییر هیجان مرتبط با دامنه وسیعی از رفتارهای مورد نیاز در کاهش اعتیاد به شیشه استفاده می‌شود (موسک و گیلبوا، ۲۰۱۶). همچنین در کیفیت زندگی درمانی به بررسی ابعاد مختلف زندگی فرد، خواسته‌ها، مشکلات پیش‌رو، نحوه غلبه بر مشکلات پرداخته می‌شود. افراد وابسته به شیشه می‌توانند از این راه آگاهی خود را بالا برده و شناخت بهتری از مشکلات خود داشته باشند. همین عامل باعث می‌شود که افراد تاب‌آوری بالاتری را به دلیل شناخت بیشتر نسبت به مشکلات و راه‌حل‌های غلبه بر این مشکلات داشته باشند.

پیشنهاد می‌شود با توجه به تاثیر کیفیت زندگی درمانی در کاهش باورهای فراشناختی منفی و افزایش باورهای فراشناختی مثبت این درمان در مراکز مشاوره و ترک اعتیاد استفاده شود و در این مراکز، کارگاه‌های آموزشی و دوره‌های آموزش کیفیت زندگی درمانی مختص معتادین، در نظر گرفته شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد که تحقیق فوق بر روی معتادین سایر مواد مخدر اجرا شود تا بتوان نتایج را مورد مقایسه قرار داد. این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بود. تحقیق حاضر در شهر خرم‌آباد اجرا شده و نتایج آن قابل تعمیم به دیگر نقاط کشور نیست.

## منابع

- بشارت، علی (۱۳۸۶). *رابطه علی بین خوش‌بینی، شوخ‌طبعی، سلامت روان و امید به زندگی در دبیران مقطع راهنمایی شهرستان ایذه*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- پاداش، زهرا (۱۳۸۹). *بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی همسران شهر اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه اصفهان.

طغیانی، معین (۱۳۹۰). اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر سلامت روان، تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی نوجوانان پسر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی: دانشگاه اصفهان.  
 محمدی، محسن (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء‌مصرف مواد. پایان‌نامه دکتری. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران.

- Abedi, M. R., & Vostanis, P. (2010). Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(7), 605-613.
- Burrim, A., Schweitzer, R., & O'Brien, J. (2014). Correlates of Female Sexual Functioning: Adult Attachment and Differentiation of Self. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(9), 2188-2195.
- Burton, K. L. O., Williams, L. M., Clark, C. R., Harris, A., Schofield, P. R., Gatt, J. M. (2015). Sex differences in the shared genetics of dimensions of self-reported depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 188(1), 35-42. DOI:10.1016/j.jad.2015.08.053.
- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson resilience scale. *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. DOI: 10.1002/da.10113.
- Cordeiro, P., Paixão, P., Lens, W., Lacante, M., Sheldon, K. (2016). Factor structure, depressive, and dimensionality of the balanced measure of psychological needs among Portuguese high school students. Relations to well-being and ill-being. *Learning and Individual Differences*, 47, 51-60.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Frisch, M. I. B. (2006). *Quality of life therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons Press.
- Gonzalez, D., Sicilia, Á., Sierra, A. C., Ferriz, R., & Hagger, M. S. (2016). Understanding the need for novelty from the perspective of self-determination theory. *Personality and Individual Differences*, 102, 159-169.
- Grant, G. M., Salced, V., & Hynan L.S. (1995). Effectiveness of quality of life therapy for depression. *Psychological Report*, 19 (7), 1203-1208.
- Gutman, T. M., & Shean, F. T. (2012). *Increasing Resilience in Adolescent Nursing Students*. Unpublished Doctoral dissertation. The University of Tennessee, Knoxville.
- Hung, S., Li, M. S., Chen, Y. L., Chiang, J. H., Chen, Y. Y., & Hung, C. L. (2016). Smartphone-based ecological momentary assessment for Chinese patients with depression: An exploratory study in Taiwan. *Asian Journal of Psychiatry*, 23(11), 131-136.
- Kamimura, A., Nourian, M., Assasnik, N., & Roa, K. (2010). Depression and intimate partner violence among college students in Iran. *Asian Journal of Psychiatry*, 23(4), 51-55.
- Kennard, E., Lieberman, J., Arjmand, S., & Rolfe, K. (2015). Preliminary Comparison of Laryngeal Manipulation and Postural Treatment on Voice Quality in a Prospective Randomized Crossover Study. *Journal of Voice*, 29(6), 751-754. DOI: 10.1016/j.jvoice.2014.09.026.
- Kimbrel, N. A., Meyer, E. C., DeBeer, B. B., Gulliver, S. B., Morissette, S. B. (2014). A 12-Month prospective study of the effects of PTSD

- depression comorbidity on suicidal behavior in Iraq/Afghanistan-era veterans. *Psychiatry Research*, 19(7), 97-99.
- Kimweli, D. M. S., & stilweli, W. E. (2014). Community subjective well – being personality traits and quality of life therapy. *Social Indicators research*, 401(7), 605-613.
- Lackner, R. J., & Fresco, D. M. (2016). Interaction effect of brooding rumination and interoceptive awareness on depression and anxiety symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 85(7), 43-52.
- Li, N., Chen, G., Zeng, P., Pang, J., Gong, H., Han, Y., Zhang, Y., Zhang, E., Zhang, T., & Zheng, X. (2012). Prevalence of depression and its associated factors among Chinese elderly people: A comparison study between community-based population and hospitalized population. *Psychiatry Research*, 243(30), 87-91.
- Liang, L., Zhou, D., Yuan, C., Shao, A., & Bian, Y. (2013). Gender differences in the relationship between internet addiction and depression: A cross-lagged study in Chinese adolescents. *Computers in Human Behavior*, 63, 463-470.
- Mosek, A., & Gilboa R. B. (2016). Integrating art in life therapy psychodynamic-narrative group work to promote the resilience of caring professionals. *The Arts in Psychotherapy*, 25(51), 25-32.
- Mota, C., & Matos, P. (2016). Does sibling relationship matter to self-concept and resilience in adolescents under residential care? *Children and Youth Services Review*, 56(14), 97-106. DOI: 10.1016/j.childyouth.2015.06.017.
- Northmore-Ball, K., & Evan, G. (2016). Secularization versus religious revival in Eastern Europe: Church institutional resilience, state repression and divergent paths. *Social Science Research*, 57(7), 31-48.
- Patra, S. (2016). Return of the psychedelics: Psilocybin for treatment resistant depression. *Asian Journal of Psychiatry*, 24(8), 51-52.
- Richardson, S. T. (1990). Adolescents Resilience, family adversity and wellbeing among Hawaiian and non-Hawaiian adolescents. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(291), 605-613.
- Roca, J., & Marylene, G. (2008). Understanding e-learning continuance intention in the workplace: A self-determination theory perspective. *Computers in Human Behavior*, 24, 1585–1604.
- Rodrigue, J. R., Moher, A. B., & Widows, M. R. (2006). A randomized evaluation of quality of life therapy with patients awaiting lung transplantation. *American Journal of Transplantation*, 5(10), 2425-2432
- Shimotsu, S., & Horikawa, N. (2014). Self-stigma in depressive patients: Association of cognitive schemata, depression, and self-esteem. *Asian Journal of Psychiatry*, 19(7), 125-129.
- Sorebo, O., Halvari, H., Flaata G., & Kristiansen, R. (2009). The role of self-determination theory in explaining teachers' motivation to continue to use eLearning technology. *Computers & Education* 53, 1177–1187
- stress buffering? Self-differentiation Consequences of compassion and social support for physiological reactivity to stress. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46, 816-823.
- Thomson, O. P., Petty, N. J., & Moore, A. P. (2014). Diagnostic reasoning in osteopathy – A qualitative study. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 17(2), 83-93.