

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر شادکامی، رضایت از زندگی و تنظیم خلق معتادان مرد شهر اهواز

سوران رجبی^۱، یوسف دهقانی^۲، فروغ ریاحی^۳، فرزاد الهیاری^{۴*}

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر شادکامی، رضایت از زندگی و تنظیم خلق معتادان مرد شهر اهواز انجام شده است. **روش بررسی:** طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه می‌باشد. جامعه آماری شامل معتادان مراجعه‌کننده به کلینک‌های ترک اعتیاد اهواز بوده است که از میان آن‌ها به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای تعداد ۳۰ نفر که از لحاظ شادکامی و رضایت از زندگی یک انحراف معیار از میانگین کمتر بودند، به‌عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه تحت درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به شیوه گروهی قرار گرفتند، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار این پژوهش شامل پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد و پرسش‌نامه تنظیم خلق گرانسکی و همکاران بود که شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به سؤالات آن پاسخ دادند. از روش‌های آماری توصیفی و کواریانس جهت تجزیه و تحلیل اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج حاصل نشان داد که میان گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر شادکامی، رضایت از زندگی و تنظیم خلق تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). میزان شادکامی، رضایت از زندگی و تنظیم خلق در گروه آزمایش در پس‌آزمون به‌طور معناداری بیش از گروه کنترل بود.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر کیفیت زندگی که از ترکیب روان‌شناسی مثبت‌نگر و با رویکرد شناختی-رفتاری شکل گرفته، می‌تواند شادکامی، رضایت از زندگی و تنظیم خلق افراد معتاد را افزایش دهد.

کلید واژگان: درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به شیوه گروهی، شادکامی، رضایت از زندگی، تنظیم خلق، معتادان.

- ۱-دانشیار گروه روان‌شناسی.
- ۲-استادیار گروه روان‌شناسی.
- ۳-دانشیار گروه روان‌پزشکی.
- ۴- کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی.
- ۱و۲- گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه خلیج فارس بوشهر، ایران
- ۳-گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
- ۴- روان‌شناسی عمومی.

* نویسنده مسئول:

گروه روان‌شناسی، اداره مشاوره و خدمات روانشناختی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
تلفن: ۰۰۹۸۹۱۶۳۰۰۶۲۵۶

Email:
farzadallahyari34@yahoo.com

مقدمه

با نگاهی واقع‌بینانه به مسأله اعتیاد و سوء مصرف مواد، به‌راحتی درمی‌یابیم که سوء مصرف مواد قرن‌ها وجود داشته و اکنون نیز هیچ کشوری نیست که از شیوع و گسترش آن در امان مانده باشد. کشور ما نیز به دلایل خاص جغرافیایی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی، شرایط مستعدی را برای روی آوردن جوانان به اعتیاد و گرایش روزافزون به مصرف مواد روانگردان دارا است. به‌ویژه با کاهش سن اعتیاد و رواج آن میان جوانان (۱)، ضرورت چاره‌اندیشی بیشتر احساس می‌شود. بر همین اساس، یکی از تلاش‌های مسئولان نظام بعد از پیروزی انقلاب اسلامی مبارزه جدی با مواد روانگردان است؛ هرچند که در ابتدا مبارزه با این مشکل اساسی به‌صورت برخورد قانونی بوده است، اما به‌دلیل ناکارآمد بودن روش‌های قانونی، در سال‌های اخیر توجه به سوی درمان و پیشگیری از اعتیاد از طریق شناخت عوامل به‌وجود آورنده و استفاده از روش‌های علمی معطوف شده است. به‌نظر می‌رسد با وجود مطالعات زیادی که طی چند سال اخیر در مورد شناخت، پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد مخدر صورت گرفته، هنوز تا رسیدن به هدف نهایی به‌ویژه در طیف درمان راه بسیار طولانی در پیش است؛ چرا که مقوله اعتیاد، پدیده‌ای چندبعدی و چندعاملی است. به‌عبارتی، عوامل بیولوژیک، دارویی و اجتماعی-روانی در آن سهم هستند. از آنجایی که اقدام به مصرف مواد مخدر پدیده پیچیده‌ای است که عوامل متعدد فردی، فرهنگی و اجتماعی در بروز آن نقش دارند، کاربرد برنامه آموزشی مهارت‌های مقاومت در برابر سوء مصرف مواد باید با تأکید بر مدل‌های تغییر رفتار انجام گیرد (۱۲). یکی از عوامل مهم و مؤثر بر گرایش افراد به سوء مصرف مواد، کژکارکردی در طرح‌واره‌های هیجانی است. تنظیم خلق به‌عنوان یکی از عوامل روان‌شناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهش‌گران قرار گرفته است. تنظیم خلق یک

انگیزه اساسی و مهم برای مصرف مواد است، و نتایج تحقیق شیفمن (Shiffman) (۱۹۹۳) نشان داد که مصرف دخانیات موقعی بیشتر می‌شود که افراد عصبانی، مضطرب، غمگین یا پریشان‌تر می‌شوند (۳). هنگامی که فرد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت مؤثر هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند. افرادی که تنظیم خلق بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آنها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد، مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (۴). در مقابل، افرادی که تنظیم خلق پایین‌تری دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، اغلب به سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (۵). به‌علاوه، تنظیم خلقی با توانایی ذهنی بیشتر برای پردازش اطلاعات اجتماعی همراه است؛ این توانمندی می‌تواند به افراد کمک کند تا درک بهتری از پیامدهای منفی و زیان‌بار مصرف مواد داشته باشند و بنابراین در برابر فشارهای روانی و اجتماعی برای مصرف مواد موفق‌تر عمل کنند (۶). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که ظرفیت افراد در تنظیم مؤثر هیجان‌ها بر شادمانی روان‌شناختی، جسمانی و بین فردی تأثیر می‌گذارد (۷). در گذشته، روان‌شناسی به‌جای توجه به هیجان‌ات مثبت از جمله شادکامی و رضایت از زندگی بیشتر بر هیجان‌ات منفی مثل اضطراب و افسردگی تمرکز می‌کرد. اگرچه حتی امروز محتوای تعدادی از کتاب‌ها و مقالات علمی بر درد و رنج انسانی تأکید دارد تا شادمانی و لذت، لیکن در چند دهه اخیر، علاقه بسیاری از محققان و نویسندگان به سوی لذت، شادمانی و رضایت از زندگی معطوف شده است. شادکامی به‌عنوان یکی از متغیرهای موجود در روان‌شناسی مثبت عبارت است از مقدار ارزش

نشخوار فکری انتظار می‌رود که در صورت اثربخش بودن درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در به‌کارگیری و تنظیم این راهبردها و شادکامی و رضایت از زندگی نسبت به افراد معتادی که بدون شروع این دوره درمانی بسر می‌برند در سطحی بالاتر قرار گیرند. در نتیجه این سؤال پیش می‌آید که به‌کارگیری درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر شادکامی، رضایت از زندگی و تنظیم خلق معتادان چه تأثیری دارد؟

روش بررسی

پژوهش حاضر، از نوع پژوهش‌های نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه کنترل می‌باشد. متغیر مستقل، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (QOLT) بود که فقط در گروه آزمایش، اعمال شد و تأثیر آن بر نمرات پس‌آزمون افراد گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، مورد مقایسه قرار گرفت. جامعه پژوهش حاضر را کلیه معتادان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر اهواز در سال ۱۳۹۲ تشکیل می‌داد. جهت تعیین حجم نمونه، ابتدا به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر اهواز تعداد سه کلینیک انتخاب شد. سپس از میان مراجعه‌کنندگان به این کلینیک‌ها تعداد ۸۷ نفر به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند. از بین این افراد، تعداد ۴۰ نفر که کمترین میزان شادکامی و رضایت از زندگی - یک انحراف معیار کمتر از میانگین نمونه را داشتند - جهت حضور در جلسه توجیهی دعوت شدند. بعد از جلسه توجیهی ۳۰ نفر از شرکت‌کنندگان موافقت کردند در پژوهش شرکت کنند و سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل، تقسیم شدند. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۱۹ تا ۵۲ سال بود. میانگین سنی گروه آزمایش ۳۲/۸، انحراف استاندارد آن ۷/۴، میانگین سنی گروه کنترل ۳۳/۷، و انحراف استاندارد ۸ بود.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسش‌نامه شادکامی آکسفورد (Oxford Happiness Inventory-

مثبتی که یک فرد برای خود قایل است (۸). این سازه دو جنبه دارد: یکی، عامل عاطفی که نمایانگر تجربه عاطفی هیجانی شادی، خشنودی، سرخوشی و سایر هیجان‌های مثبت است، و دیگری، ارزیابی شناختی رضایت از قلمروهای مختلف زندگی که بیانگر شادکامی و بهزیستی روانی می‌باشد (۹). همچنین دانیر (Diener) (۱۹۹۷)، شادکامی را نوعی ارزشیابی فرد از خود و زندگی‌اش می‌داند و مواردی از قبیل خشنودی از زندگی، هیجان و خلق مثبت، فقدان افسردگی و اضطراب را شامل می‌شود (۱۰). با وجود این، شادکامی نشانه فقدان افسردگی نیست؛ بلکه نشان‌دهنده وجود شماری از حالت‌های شناختی و هیجانی مثبت است (۱۰). با توجه به اینکه شادکامی و رضایت از زندگی در مورد از متغیرهایی است که طی سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته و در پژوهش‌های اخیر به‌عنوان پیش‌بین‌های سلامت روان در معتادان شناخته شده است (۱۱)، بنابراین افزایش شادکامی و رضایت از زندگی در معتادان می‌تواند احتمال ترک را در این گروه از بیماران افزایش دهد. طی سال‌های گذشته، برنامه‌های درمانی مختلفی برای درمان اعتیاد معرفی شده است، اما همچنان شاهد عدم موفقیت برخی بیماران در این برنامه‌های درمانی هستیم. شاید دلیل آن این است که توجه بیش از حد به عواطف منفی و بهبود علائم در معتادین، روان‌درمانگران را از توانایی‌ها و نقاط مثبت بیماران روانی از جمله بیماران وابسته به مواد بازداشته است. در این راستا درمان مبتنی بر کیفیت زندگی (QOLT) 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 (Condition, Attitude, Standards, Importance, Others, CASIO) نامیده می‌شود، مورد بررسی قرار می‌گیرد (۱۲). با توجه به نقش تنظیم خلق، شادکامی و رضایت از زندگی در بهبود وضعیت روانی افراد و ارتقای شادکامی روان‌شناختی و سلامت روان‌شناختی و کاهش

گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی قرار گرفت. جلسات درمانی به مدت ۹۰ دقیقه بوده است. موضوع جلسات هفتگی به ترتیب زیر بود: (۱) جلسه اول: آموزش مدل کیفیت زندگی، شامل: آموزش مدل پنج‌راهه CASIO. تکمیل نیم‌رخ کیفیت زندگی به صورت فردی، توافق بر حوزه‌های مهم از بین ۱۶ حوزه مشخص شده در مدل مبتنی بر کیفیت زندگی. (۲) جلسه دوم: بررسی نقش عزت نفس در بهزیستی ذهنی و سلامت روانی شامل: تعریف عزت نفس بر اساس مدل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش و ارائه تکلیف «یادداشت موفقیت» برای اجرا در منزل، آموزش اصول رسیدن به عزت نفس شامل خودپذیری، بسط روابط اجتماعی سودبخش، یاری رسانی، آموزش و ارائه تکنیک BAT (توجه به نعمت‌ها) جهت تکمیل در منزل. آموزش استفاده از «لیست توانایی‌ها». (۳) جلسه سوم: ارتباط شادکامی با سلامت روانی و جسمانی شامل: بررسی عادات غلط در مورد سلامتی، آموزش تمرین «سبد تخم مرغ» (Basket of Eggs) جهت تکمیل در منزل، آموزش برنامه شش مرحله‌ای کنترل عادات، مطابق با دستورالعمل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش برنامه‌ریزی روزانه (Day Applied Planning, DAP)، اصل «پذیرش چیزهایی که نمی‌توانیم تغییر دهیم». (۴) جلسه چهارم: آشنایی با نقش اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی در رضایت از زندگی شامل: مشخص کردن فلسفه زندگی، اجرای تمرین هدف‌یابی، آموزش تکنیک نمایشنامه زندگی (Vision Quest)، کارکردهای مذهبی و معنوی بودن، آشنایی با اصول تعیین هدف. (۵) جلسه پنجم: جایگاه ارتباط در آموزش مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی 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. (۶) جلسه ششم: جایگاه یادگیری در درمان مبتنی

(OHI) بود. این ابزار در سال ۱۹۸۹ توسط آرگایل (Argylo) و لو (Lu) تهیه شده است و به صورت چهارگزینه‌ای از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه دارای ۲۹ سؤال می‌باشد (۱۳). علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸)، پایایی این پرسش‌نامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و با روش دو نیم کردن ۰/۹۲ و با روش بازآزمایی ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. همچنین در بررسی روایی صوری پرسش‌نامه از ۱۰ کارشناس نظرخواهی شد که همگی توان سنجش شادکامی را توسط این آزمون تأیید کردند (۱۴). در این پژوهش، پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمده است. همچنین در این پژوهش از پرسش‌نامه تنظیم خلق گرنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) استفاده شد، که ۳۶ آیتم دارد (۱۵). پاسخگویی به هر یک از آیتم‌های آن به صورت مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (۱=تقریباً هرگز، تا ۵=همیشه) می‌باشد. این پرسش‌نامه دارای ۹ زیرمقیاس است. پنج زیرمقیاس این پرسش‌نامه سبک‌های تنظیم هیجان شناختی سازگار، و چهار زیرمقیاس دیگر سبک‌های تنظیم هیجان شناختی ناسازگار هستند. در بررسی مشخصات روان‌سنجی آزمون، گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ به دست آوردند. روایی ساختاری و پایایی این مقیاس در ایران با استفاده از تحلیل عامل تأییدی مورد تأیید قرار گرفته و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیر مقیاس‌ها مابین ۰/۶۴ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (۱۶).

پس از انجام نمونه‌گیری به‌گونه‌ای که گفته شد در جلسه پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان به سؤالات آزمون شادکامی آکسفورد و تنظیم خلق پاسخ دادند. پس از آن افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار داده شدند. گروه آزمایش به صورت هفتگی تحت درمان

که این مقدار، بعد از مداخله در مرحله پس‌آزمون به ۱۵/۴۵ افزایش پیدا کرده است. در گروه کنترل، میانگین نمرات رضایت از زندگی در مرحله پیش‌آزمون، برابر ۸/۲ است که در مرحله پس‌آزمون به ۷/۲ کاهش پیدا کرده است. همچنین میانگین نمرات تنظیم خلق گروه آزمایش در مرحله پیش-آزمون، برابر ۱۰۳/۲ است که این مقدار، بعد از مداخله در مرحله پس‌آزمون به ۱۳۰/۳ افزایش پیدا کرده است. در گروه کنترل، میانگین نمرات تنظیم خلق در مرحله پیش-آزمون، برابر ۱۰۲/۸۶ است که در مرحله پس‌آزمون به ۱۰۹/۴۶ افزایش پیدا کرده است.

همچنین به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. جدول ۲ نتایج آزمون لوین را به منظور تعیین همگنی واریانس‌های گروه کنترل و آزمایش نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود تفاوت معناداری در واریانس نمرات پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد. بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است.

جهت بررسی اثر مداخله آزمایشی، تحلیل کوواریانس چندمتغیری مانکوا (MANCOVA) بر روی نمره‌های پس‌آزمون، با کنترل پیش‌آزمون پژوهش (شادکامی، رضایت از زندگی و تنظیم خلق) انجام گرفت. جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری را روی نمره‌های پس‌آزمون، با کنترل پیش‌آزمون نشان می‌دهد.

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P < 0/001$ تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (شادکامی، رضایت از زندگی و تنظیم خلق) بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یک-راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام گرفت که

بر کیفیت زندگی شامل: آموزش مراحل پنج‌گانه جهت افزایش یادگیری (در حیطه‌های مورد علاقه)، آموزش مهارت‌های مطالعه و یادگیری. (۷ جلسه هفت‌م: تعیین جایگاه بازی و تفریح در شادکامی 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 ارائه تکلیف لیست بازی‌ها جهت تکمیل در منزل. (۸ جلسه هشتم: دریافت بازخورد از آموزش کیفیت زندگی و پیشگیری از عود شامل: آموزش استفاده از فرم استرس‌های شخصی و چک‌لیست 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.

پس از هشت جلسه آموزش، همه افراد نمونه به شکل عمومی در یک جلسه پس‌آزمون مجدداً به سؤالات پاسخ دادند. داده‌های به دست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیری با استفاده از نسخه ۱۸ نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده است؛ میانگین نمرات شادکامی گروه آزمایش در مرحله پیش-آزمون، برابر ۳۴/۱ است که این مقدار، بعد از مداخله درمانی در مرحله پس‌آزمون به ۶۹ افزایش پیدا کرده است. در گروه کنترل، میانگین نمرات شادکامی در مرحله پیش-آزمون، برابر ۳۲/۶۶ است که در مرحله پس‌آزمون به ۳۶/۱۳ افزایش پیدا کرده است. همچنین میانگین نمرات رضایت از زندگی گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون، برابر ۹/۳ است

بنابراین فرضیه‌های پژوهش مبتنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر افزایش شادکامی، رضایت از زندگی و تنظیم خلق معتادان شهر اهواز تأیید می‌شوند. به علاوه، ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۷۴ درصد تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون از نظر متغیر شادکامی و ۷۳ درصد تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون از نظر متغیر رضایت از زندگی و ۵۵ درصد تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون از نظر متغیر تنظیم خلق، مربوط به مداخله آزمایشی است و توان آماری برابر ۱ می‌باشد.

نتایج حاصل از آن در جدول ۴ ارائه شده است. جدول ۴ نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا را برای مقایسه میانگین پس‌آزمون‌های هر دو متغیر وابسته (شادکامی، رضایت از زندگی و تنظیم خلق) با کنترل پیش-آزمون‌ها، در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متغیرهای شادکامی ($F=74/26$ و $P<0/001$)، رضایت از زندگی ($F=47/88$ و $P<0/001$)، تنظیم خلق ($F=31/24$ و $P<0/001$) معنادار می‌باشد.

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات شادکامی، رضایت از زندگی و تنظیم خلق دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون

گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شادکامی	آزمایش	۱۵	۳۴/۱	۸/۴۸	۶۹
	کنترل	۱۵	۳۲/۶۶	۷/۸۱	۳۶/۱۳
رضایت از زندگی	آزمایش	۱۵	۹/۳	۳/۱	۱۵/۴۵
متغیر	کنترل	۱۵	۸/۲	۲/۵۷	۷/۲
تنظیم خلق	آزمایش	۱۵	۱۰۳/۲	۱۱/۰۲	۱۳۰/۳
	کنترل	۱۵	۱۰۲/۸۶	۱۲/۱۸	۱۰۹/۴۶

جدول ۲: آزمون لوین برای همسانی واریانس‌ها در متغیر شادکامی، رضایت از زندگی و تنظیم خلق

متغیر	مرحله شاخص	F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	معناداری
شادکامی	پس‌آزمون	۰/۰۴۹	۱	۲۸	۰/۸۲۶
رضایت از زندگی	پس‌آزمون	۱/۲۹	۱	۲۸	۰/۲۷
تنظیم خلق	پس‌آزمون	۱/۲۹	۱	۲۸	۰/۲۷

جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون شادکامی، رضایت از زندگی و تنظیم خلق گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	اندازه اثر	توان آماری	سطح معناداری
اثر پیلائی (Pillai Trace)	۰/۷۸۲	۲۷/۴۲	۳	۲۳	۰/۷۸۲	۱	P</۰۰۰۱
لامبدای ویلکز (Wilks' Lambada)	۰/۲۱۸	۲۷/۴۲	۳	۲۳	۰/۷۸۲	۱	P</۰۰۰۱
اثر هتلینگ (Hoteling's Trace)	۳/۵۷	۲۷/۴۲	۳	۲۳	۰/۷۸۲	۱	P</۰۰۰۱
بزرگترین ریشه روی (Roy's Largest Rot)	۳/۵۷	۲۷/۴۲	۳	۲۳	۰/۷۸۲	۱	P</۰۰۰۱

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون شادکامی، رضایت از زندگی و تنظیم خلق گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	توان آماری	سطح معناداری
شادکامی	۷۹۹۷/۳۸	۱	۷۹۹۷/۳۸	۷۴/۲۶	۰/۷۴	۱	P</۰۰۰۱
رضایت از زندگی	۵۰۳/۷۵	۱	۵۳/۷۵	۴۷/۸۸	۰/۷۳۹	۱	P</۰۰۰۱
تنظیم خلق	۲۹۰۸/۴	۱	۲۹۰۸/۴	۳۱/۲۴	۰/۵۵	۱	P</۰۰۰۱

بحث

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر شادکامی، رضایت از زندگی و تنظیم خلق معنادان شهرستان اهواز انجام شد. بررسی فرضیه‌های پژوهش، نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، شادکامی، رضایت از زندگی و تنظیم خلق معنادان گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل، افزایش داده است.

نظر به اینکه تاکنون پژوهشی مبنی بر به‌کارگیری درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در جامعه معنادان انجام نشده است، بنابراین در این بخش به آن دسته از درمان‌های مرتبطی پرداخته می‌شود که به‌منظور مداخله در جامعه معنادان انجام شده است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش محمدی، اکبری، حاتمی، مکرری، کاویانی، سلیمانی و صحت (۱۷)، تبریزی، جزایری و بابایی (۱۸)، که به بررسی مداخلات روان‌شناختی در حیطه درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان معنادان پرداختند، همسو است. از

آنجا که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی تلفیقی است از درمان شناختی و روان‌شناسی مثبت‌نگر، بنابراین افزایش شادکامی و رضایت از زندگی یکی از اهداف مهم این رویکرد درمانی است که این هدف هم در پژوهش حاضر و هم در پژوهش‌های دیگر مورد تأیید قرار گرفته است. در این راستا پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر حیطه‌های سلامت روان، همسو با یافته‌های امید، وطن‌خواه، مهربانی‌زاده هنرمند (۱۹)، پاداش (۲۰)، قاسمی (۲۱) می‌باشد. از آنجایی که یکی از حیطه‌های مورد بحث در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، بعد اهداف و زندگی معنوی است؛ نتایج پژوهش محمدی، اکبری، حاتمی، مکرری، کاویانی، سلیمانی و صحت (۱۷)، که به بررسی روان‌درمانی معنوی در مبتلایان به اختلال وابستگی به مواد آپیودی پرداختند، نشان داد که روش درمان معنوی موجب کاهش مشکلات روانی نظیر افسردگی و اضطراب

یکی دیگر از حیطه‌های مورد بررسی در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، کنترل یا مدیریت استرس است و در این راستا از تکنیک‌های ثبت استرس‌های روزانه، تکنیک دروغ-سنج و توجه به توانایی‌های خود استفاده شد. همسو با یافته‌های پژوهش حاضر در این قسمت (مدیریت استرس و شادکامی)، بامیری و وطن‌خواه (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه سبک‌های مقابله با استرس، افکار خودآیند منفی و امیدواری با شادکامی افراد معتاد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد» که به بررسی عوامل مرتبط با رضایت زندگی و شادکامی در افراد معتاد پرداختند، به این نتیجه رسیدند که سبک مقابله مسأله مدار بیشترین سهم را در پیش‌بینی شادکامی در افراد معتاد دارد. هر چه که افراد احساس کنترل درونی نسبت به احساس کنترل بیرونی داشته باشند از رضایت زندگی بیشتری برخوردارند (۱۱). از آنجایی که در تکنیک "ثبت استرس‌های روزانه" و "دروغ-سنج" تلاش می‌شود که به افراد با انجام دادن تکلیف‌های مربوطه حس کنترل داده شود، از این طریق می‌تواند در افزایش رضایت از زندگی و شادکامی مؤثر بوده باشد.

یکی دیگر از متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش، تنظیم خلق بود. یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص تأثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر تنظیم خلق معتادان با پژوهش تریند، آگر، کو و جانسون (۵) همسو است. به طور کلی، تنظیم خلق، به‌عنوان پردازش‌های درونی و بیرونی مسؤول برای بازبینی، ارزشیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی، تعریف می‌شود (۲۵)، به عبارت دیگر، تنظیم خلق به تاکتیک‌هایی اطلاق می‌شود که افراد استفاده می‌کنند تا واکنش‌های هیجانی‌شان را اصلاح و تعدیل کنند. با توجه به کارهای انجام‌شده می‌توان به این موضوع اشاره کرد که واکنش‌پذیری بالاتر و راهبردهای تنظیم خلق منفی بالاتر، احتمال سوء مصرف مواد را بالا می‌برد. به علاوه، دشواری در بازشناسی هیجان‌ها و نارسایی در برقراری رابطه عاطفی

شده و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد و روند منفی شدن تست مورفین را تسریع می‌کند. همچنین نتایج پژوهش طباطبایی (۲۲) که به بررسی تأثیر گروه درمانی دینی و معنوی بر کیفیت زندگی و افسردگی بیماران وابسته به مواد پرداخته، نشانگر آن بود که گروه درمانی دینی و معنوی بر متغیرهای پژوهش شامل کیفیت زندگی و افسردگی بیماران وابسته به مواد تأثیر مثبت داشته است. همچنین نتایج پژوهش ریاحی و همکاران (۲۳) بیانگر آن است که در بررسی رابطه بین سلامت روانی و جهت‌گیری دینی، متغیرهای میزان حمایت اجتماعی، میزان خوش‌بینی، جهت‌گیری درونی و جهت‌گیری بیرونی دینی بر سلامت روانی دانشجویان، تأثیر مثبت داشته است. این یافته‌ها، با نتایج پژوهش حاضر، هماهنگ است. درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، یکی از حوزه‌های بسیار مهم و ارزشمند در داشتن رضایت از زندگی بهتر را نقش ارزش‌ها، اهداف و یا زندگی معنوی می‌داند؛ چنان‌که در طول جلسات آزمودنی‌ها فرا - گرفتند که چگونه بین اهداف معنوی و غیر معنوی خود، تفاوت قایل شوند و به این بینش رسیدند که در طول روز، نیاز است که بخش‌هایی از زمان خود را برای ارزش‌های خود قرار دهند و با آفرینش دوباره «نقشه زندگی (Life Script)» 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 ارتباط، نصیری و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی مشخص کردند که بین معناداری زندگی با امید، شادی و رضایت از زندگی، همبستگی مثبت و معنادار و با افسردگی، همبستگی منفی وجود دارد و معناداری زندگی می‌تواند باعث افزایش شادی و رضایت از زندگی شود. یعنی به عبارت دیگر، معناداری زندگی به گونه‌ای غیر مستقیم و در تماس با امید می‌تواند سبب افزایش شادی و رضایت از زندگی شود (۲۵).

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی، گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی 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 ثمربخش و مؤثر کار کنند و در جامعه خود نقش داشته باشند.

از محدودیت‌های این پژوهش این است که این پژوهش بر روی معتادین مراجعه‌کننده به کلینیک‌های شهر اهواز انجام شد. این پژوهش صرفاً بر روی مردان انجام شد و بهتر است به‌منظور تعمیم بهتر نتایج این پژوهش در شهرهای دیگر کشور و بر روی زنان نیز انجام شود. همچنین به‌دلیل هنجار نشدن این بسته آموزشی، بعضی از مفاهیم آن با فرهنگ جامعه ایران منطبق نبوده که بهتر است بررسی‌های آینده معطوف به هنجار آن در ایران نیز گردد. بنابراین در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود که از این بسته در جوامع آماری دیگر مانند زنان معتاد، بیماران خاص، گروه‌های معتاد استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که به‌منظور نیل به نتایج بهتر این بسته آموزشی بر اساس موقعیت فرهنگی و بومی جامعه ایرانی هنجار شود.

قدردانی

بدین وسیله از کلیه همکارانی که در تهیه و تدوین این مقاله با ما همکاری کرده‌اند تشکر می‌نماییم.

با دیگران منجر به سوء مصرف مواد در افراد می‌شود. هنگامی که فرد برای مصرف مواد تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت مؤثر هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که خطر مصرف مواد بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند. افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آنها فشارهای ناخواسته دیگران را درک و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در نتیجه در برابر مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند. همچنین افرادی که تنظیم هیجانی پایین‌تری دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، اغلب به‌سوی مصرف مواد کشیده می‌شوند (۴، ۵). در درمان مبتنی بر ارتقای کیفیت زندگی از مهارت‌هایی استفاده می‌شود که میزان استفاده افراد را از راهبردهای تنظیم هیجان مثبت افزایش می‌دهد، از جمله این مهارت‌ها افزایش آگاهی و مدیریت استرس بوده است. تکنیک‌های کیک شادمانی و توجه به نعمت‌ها در افراد حس آگاهی از خود ایجاد می‌کند که این به خودی خود موجب افزایش توجه به توانایی خود می‌شود و از تأکید فرد به ضعف‌های خود می‌کاهد. از طرف دیگر، افزایش آگاهی منجر به افزایش آگاهی افراد از هیجان‌های خود می‌شود و آنها را نسبت به هیجان‌های خود واقف می‌سازد. این امر از طریق مهارت لیست احساسات در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به آزمودنی‌ها آموزش داده شد. همچنین در تکنیک دروغ‌سنج و ثبت استرس‌های روزانه به آزمودنی‌ها آموزش داده می‌شود که چگونه منابع استرس خود را مدیریت و با آنها مقابله کنند. استرس‌های محیطی منجر به حالات هیجانی منفی شده و در نتیجه احتمال کشش معتادین به مواد را افزایش می‌دهد. معتادین با یادگیری اصول کنترل استرس می‌توانند با شیوه‌های مقابله‌ای کارآمد به مدیریت استرس خود و در نتیجه مدیریت هیجان‌های خود پردازند.

منابع

- 1-Hunt W, Barnett, LW, Branch LG. Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology* 1971; 27(4): 455-6.
- 2-Bandura A. Self-regulation of motivation and action through internal standards and goal systems. In: Pervin A, ed. *Goal concepts in personality and social psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates 1989; p:19-85.
- 3-Shiffman S. Assessing smoking patterns and motives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61: 732-742.
- 4-Trinidad DR, Johnson CA. The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences* 2002; 32(1): 95-105.
- 5-Trinidad DR, Unger JB, Chou CO, Johnson A. The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescent. *Personality and Individual Differences* 2004; 36: 945-954.
- 6-Mayer JD, Caruso DR, Salovey P. Emotional intelligence meets traditional standards for intelligence. *Intelligence* 2000; 27(2): 267-298.
- 7-Gross JJ. *Emotion and emotion regulation*. Handbook of personality, theory and research 1999; New York: The Guilford Press.
- 8-Veenhoven R. Quality-of-life and happiness: Not quite the same. *Faculty of Social Sciences* 2001; (18): 29-74.
- 9-Andrews F, McKannell A. Measure of self-reported well-being: Their affective, cognitive and other components. *Social Indicators Research* 1980; 125-55.
- 10-Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin* 1999; (125): 276-302.
- 11-Babamiri M, Vatankhah M, Masumi H, Nemati M, Darvishi M. The correlation of coping styles, negative automatic thought and hope with happiness in addicts refer to clinics of withdrawal. *Jur of zanjan medicine science* 2012; [in Persian].
- 12-Frisch MB. *Quality of life therapy, Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. khamsheh A. (Persian translator) first edition. Tehran: Arjmand 2010. pp: 329-337.
- 13-Argylo M, Lu L. The happiness of extroverts. *Personality and Individual Difference* 1989; (11): 1011-1017.
- 14-Alipoor A, Noorbala A. Preliminary study of the reliability and validity of the Oxford Happiness Questionnaire at Tehran University. *Journal of thought & behavior* 1387,2(1): 29-34.
- 15-Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual difference* 2001; 30, 1311-1327.
- 16-Abdi S. The correlation of emotional compare, gender role, self-monitoring and emotional regulation in student. Master thesis, psychological department, Tabriz university 2005; [in Persian]
- 17-Mohammadi M, Akbari A, Hatami, N, Mokri A, Kaviani H, Salmanian M, Sehat M. The investigation of efficacy of spiritual therapy in opioid substance dependents. *Ju of Hakim* 2010; (6), 144-150.
- 18-Tabrizi A, Jazayeri A, Babaii N. meta-analysis studies of substance abuse with psycho-social approach from 1370-1380. *Jur of social problems of iran* 2010; (1), 1 176-200.
- 19-Hamid N, Vatankhah M, Mehrabizadeh HM. The Efficacy of quality of life group training on happiness and vitality of aged men. *Jur of Oroomie medical science* 2013, (on publish). [in Persian].
- 20-Padash Z. Effects of treatment on quality of marital life of wives of Esfahan city Master's Thesis of counseling. Department of counseling of Esfahan University 1389; 10-20. [Persian].
- 21-Ghasemi N. [The effect of treatment on quality of life based on subjective well-being and mental health counseling center (Persian)]. Master's Thesis of clinical psychology. department of psychology of Esfahan University 2008; (23): 65-77.
- 22-Tabatabaii K, The efficacy of religious spiritual on quality of life and depression of addicts in withdrawal. Masters thesis. Psychology department of Allame- Tbatbairi University 2011 [in Persian].
- 23-Riahy MA. Aliverdynia A. & Baniyasi MR. Evaluation of effectiveness of religious on mental health of student of Mazandaran University. *Journal of Social Sciences Faculty of Letters and Humanities Ferdowsi University of Mashhad* 1388; (5): 51-90.[in Persian]
- 24-Nasiri H, Jokar B. Meaning of life, Hope, life satisfaction & mental health in women. *Jur of women reaserch* 1387; (6), 2 . 157-176.[in Persian].
- 25-Han S. *Emotion regulation, coping, and attachment in binging behaviors*. (Dissertation), Faculty of the University of Purdue. Doctor of Philosophy. Mishigan 2009.

The Efficacy of Group Quality of Life Therapy on Happiness, Life Satisfaction and Emotional Regulation of Ahvaz Men Addicts

Sooran Rajabi¹, Yousef Dehghani², Fourogh Riahi^۳, Farzad Allahyari^{۴*}

1-Associate Professor of Clinical Psychology.

2-Assistant Professor of Psychology.

3-Associate Professor of Psychiatry.

1,2-Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Khalij Fars University, Bushehr, Iran.

3-Department of Psychiatry, Sciences, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

4-MSc of General Psychology,

*Corresponding author:

Farzad Allahyari; Department of Psychology, Department of Counseling and Psychological Services, University of Medical Sciences, Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Tel:+989163006256

Email:

farzadallahyari34@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: The purpose of this research was study the efficacy of quality of life group therapy on happiness, life satisfaction and emotional regulation of addict men.

Subjects and Methods: The research method was semi-experimental with pre-post and control group. The sample consisted of 30 addict males who referred to withdrawal clinics in Ahvaz who acquiring one standard deviation below the mean in happiness scale. Then randomly divided in to experimental and control groups. We used 8 sessions of quality of life group therapy in experimental group but the control group did not receive any intervention. The instrument was Oxford Happiness Inventory and Garnefski Emotional regulation scale.

Results: A significant difference between two groups in happiness, life satisfaction and emotional regulation ($P<0.001$). The rat of happiness ($P<0.001$, $F=74.26$) life satisfaction ($P<0.001$, $F=47.87$) and emotional regulation ($P<0.001$, $F=31.24$) in experimental group in comparison with pretest and control group was significantly higher.

Conclusion: According to results of this research quality of life therapy as the combined of positive psychology and cognitive behavioral therapy can increase the rate of happiness, life satisfaction and emotional regulation of addict men.

Key words: Quality of life group therapy, Happiness, Life satisfaction, Addict men.

► Please cite this paper as:

Rajabi S, Dehghani Y, Riahi F, Allahyari F. The Efficacy of Group Quality of Life Therapy on Happiness, Life Satisfaction and Emotional Regulation of Ahvaz Men Addicts. *Jundishapur Sci Med J* 2015; 14(5):493-503.

Received: Sep 16, 2013

Revised: Jan 17, 2015

Accepted: Apr 29, 2015