



اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی

پرویز پرزور^۱، جابر علیزاده گورادل^۲، حسن یاقوتی زرگر^۳، سجاد بشرپور^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۶/۳۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۹/۳

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی بود. **روش:** روش پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش افراد مبتلا به مواد افیونی مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد استان اردبیل در سال ۱۳۹۲ بودند که تعداد ۳۶ نفر از این افراد به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی طی ۸ جلسه بر روی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش انجام شد، درحالی‌که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج حکایت از اثربخشی مداخله بر کیفیت زندگی داشت. **نتیجه‌گیری:** این روش مداخله که از ترکیب روان‌شناسی مثبت با رویکرد شناختی-رفتاری شکل گرفته، می‌تواند به عنوان درمانی اثربخش مورد استفاده قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، روان‌شناسی مثبت، کیفیت زندگی، معتادان به مواد افیونی

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۲. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران، پست الکترونیک: j.alizadeh45@gmail.com
۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان اردبیل
۴. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

امروزه علاوه بر پرهیز از مواد در معتادان به مواد مخدر، به پیامدهای انواع روش‌های درمانی اعتیاد و کیفیت زندگی افراد معتاد نیز اهمیت داده می‌شود. اعتیاد با آسیب‌های جسمی و روانی مرتبط است و سلامت و امنیت فرد را تهدید می‌کند. شواهد پژوهشی حاکی از آن است که سوءاستفاده از مواد مخدر و مصرف مواد افیونی با کیفیت زندگی پایین‌تر همراه است (فیلمیر، جارلایس، آراسته، فیلیپس و هاگان، ۲۰۱۴؛ کارو^۱ و همکاران، ۲۰۱۱؛ مایر، واندرپلاسچن و برویکارت، ۲۰۱۰؛ پورنقاش، حبیبی و ایمانی، ۱۳۹۱). در طی سه دهه اخیر نیز توجه به کیفیت زندگی به عنوان یک عامل مهم در ارزیابی نتایج درمانی و اثر بخشی درمان در بیماری‌های جسمانی و روانی افزایش پیدا کرده است (کارو و همکاران، ۲۰۱۰). رویکردهای سنتی برای ارزیابی پیامد درمان‌های روان‌شناختی یا اثر بخشی آن عمدتاً متمرکز بر علائم و نشانه‌های بیماری بوده و کمتر به کیفیت زندگی و مفاهیم مرتبط با آن پرداخته‌اند. هر چند تغییر در میزان علائم و نشانه‌های بیماری لزوماً نشان دهنده تغییر در بهبودی فرد نیست (مارمانی، پانی، پاسینی و پروگی^۲، ۲۰۰۷). کیفیت زندگی به روش‌های گوناگونی تعریف شده است. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به عنوان ادراک فرد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که فرد در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، معیارها و امور تلقی می‌کند (کاتسچینگ^۳، ۲۰۰۶). کیفیت زندگی مفهومی با دامنه وسیع است که تحت تاثیر مجموعه‌ای گسترده از سلامت فیزیکی شخص، حالات روان‌شناختی، سطح استقلال روابط قرار دارد. در مجموع کیفیت زندگی دارای ابعاد مختلف فیزیکی، روانی و اجتماعی است که گستره وسیعی از طیف زندگی فرد را در بر می‌گیرد. در حیطه اعتیاد و سوءمصرف مواد نیز، محققان بر نیاز به مدلی که از آسیب‌های جدی اعتیاد و پیامدهای آن پیشگیری نماید، تاکید نموده‌اند. بدیهی است که

این مدل بایستی چند وجهی بوده و ابعاد فیزیکی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیطی را مد نظر قرار دهد (مورالز فانیروک^۱ و همکاران، ۲۰۰۷؛ میلر و میلر^۲، ۲۰۰۹). با توجه به آنکه اعتیاد پدیده‌ای چند عاملی است به منظور بهبود کامل بایستی چندین دوره درمانی صورت گیرد. دو مقوله اصلی در درمان اعتیاد، دارو درمانی و روان درمانی است (میلر و فاپا^۳، ۲۰۰۷). با وجود آنکه دارو درمانی یکی از رویکردهای رایج و اثربخش محسوب می‌شود اما به نظر م رسد که این درمان به تنهایی کافی نبوده و بایستی از سایر درمان‌هایی که ابعاد روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیطی بیماران را مد نظر قرار می‌دهند استفاده شود. از میان مداخلات ذکر شده، درمان شناختی رفتاری، درمان انتخابی برای برخی از اختلالات روان‌شناختی است که دارای مزایایی همچون صرفه جویی در وقت و نیرو، آموزش مهارت‌های اجتماعی، اصلاح و بهبود روابط بین فردی می‌باشد. این مزایا باعث استفاده گسترده از این روش به عنوان درمان انتخابی برای بیماران وابسته به مواد شده است (برینک و هاسن^۴، ۲۰۰۶). مطالعات نشان داده است که از میان مداخلات روان‌شناختی صورت گرفته، رویکرد شناختی- رفتاری از جمله اثربخش‌ترین رویکردها بوده که نقش مهمی در کاهش عود از طریق کاهش اضطراب و افسردگی، بهبود روابط با اطرافیان، افزایش عزت نفس و به طور کلی کیفیت زندگی داشته است (مارلات و اون^۵، ۲۰۰۱). شواهد زیادی مبنی بر ارتباط کیفیت زندگی بالاتر و درمان موفق‌تر در معتادان به مواد افیونی وجود دارد. به نظر می‌رسد کیفیت زندگی پس از شروع درمان و در طی درما‌های نگهدارنده بهبود یافته (مارمانی و همکاران، ۲۰۰۷) و میزان آن پس از درمان سوء مصرف مواد در بسیاری از حیطه‌ها افزایش می‌یابد. به عنوان مثال فرد درد جسمانی کمتری را تجربه نموده و یا وقت بیشتری را صرف بودن با اعضای خانواده می‌کند. این امر می‌تواند تاثیر زیادی بر سایر ابعاد زندگی فرد داشته باشد (رنو و آیکن^۶، ۱۹۹۳). درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، درمانی جدید در حوزه روان‌شناسی مثبت می‌باشد که با هدف ایجاد بهزیستی، ارتقاء

رضایت از زندگی و درمان اختلالات روانی نظیر افسردگی در بافت زندگی تدوین شده است. این درمان از ترکیب رویکرد شناختی بک در حوزه بالینی، تئوری فعالیت میهالی با روان‌شناسی مثبت‌سلیگمن، توسط فریش^۱ در سال ۲۰۰۶ طراحی شده است. گروه-های هدف آن علاوه بر کسانی که دارای اختلالاتی نظیر افسردگی می‌باشند، افراد معمولی و سالمی هستند که می‌خواهند میزان بهزیستی و سلامت روانی و در کل کیفیت زندگی بالاتری را تجربه کنند (فریش، ۲۰۰۶). اغلب صاحب‌نظران در این زمینه توافق دارند که کیفیت زندگی، حقایق مثبت و منفی زندگی را در کنار یکدیگر در نظر می‌گیرد (هاجرتی، کامینز و فریس^۲، ۲۰۰۱؛ کومینس^۳، ۲۰۰۵). کیفیت زندگی درمانی شامل رویکردی برای افزایش رضایت از زندگی است. رضایت از زندگی به عنوان ارزیابی فرد از جنبه‌های مختلف زندگی خویش توصیف می‌شود (فریش و سانفورد^۴، ۲۰۰۵؛ فریش و همکاران، ۲۰۰۵). در این مدل، درمان با ایجاد تغییر شناختی - رفتاری در پنج مفهوم اصلی انجام می‌شود، این پنج مفهوم به طور خلاصه CASIO (حروف اول پنج کلمه) نامیده می‌شود و عبارتند از: شرایط زندگی^۵، ۲- نگرش‌ها^۶ یا چگونگی ادراک توسط شخص^۳، ۳- استانداردهایی که ما برای خود تعریف کرده‌ایم^۷، ۴- ارزش‌ها^۸، ۵- رضایت کلی از زندگی^۹. کاسیو (CASIO) پنج راهبرد برای ایجاد رضایت در حوزه‌های مختلف است که بر اساس ایجاد رضایت مندی بین آنچه که شخص می‌خواهد و آنچه که دارد، باعث بالا بردن کیفیت زندگی می‌شود (فریش، ۲۰۰۶). هدف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، عبارت است از افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای یا غنای درونی و پیشگیری از فرسودگی. درمان مبتنی بر کیفیت زندگی معطوف به تقویت شادکامی از طریق توجه به مشکلات و شکوفایی در همه عرصه‌های باارزش زندگی است. در کیفیت زندگی درمانی، مراقبت از خود معادل غنای درونی است و به عنوان احساس آرامش عمیق، راحتی، تمرکز، محبت، هوشیاری و آمادگی برای مواجهه با

1. Frisch

4. Sanford

7. standards of fulfillment

2. Hogerty, Cummins, & Ferriss

5. circumstance

8. importance

3. Commins

6. attitude

9. overall satisfaction

چالش‌های روزانه زندگی به شیوه‌ای اندیشمند، عاشقانه، دلسوزانه و جامع تعریف می‌شود (فریش، ۲۰۰۶).

با توجه به آن که آمار اعتیاد رو به افزایش بوده و پدیده اعتیاد همان گونه که بعنوان بلای قرن از آن یاد شده علاوه بر هزینه مالی فراوان، اثرات زیادی بر همه جوانب زندگی فرد می‌گذارد. از آنجایی که اختلالات مزمن و طولانی مانند اعتیاد، به عنوان یک بحران در زندگی افراد به خصوص معتادین می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی در بعد روانی و جسمانی شود بنابراین، نوع مداخلات صورت گرفته برای بهبود جوانب روان شناختی این افراد اهمیت به سزایی دارد. شواهد زیادی مبنی بر ارتباط کیفیت زندگی بالاتر و درمان موفق‌تر در معتادان به مواد افیونی وجود دارد. مدل درمانی روان درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر کیفیت زندگی، با کار بر روی حیطه‌های مختلف و فعال کردن همه حیطه‌ها در زندگی افراد تلاش دارد با ارائه راهکارهای شناختی و روان‌شناسی مثبت، به افزایش کیفیت زندگی بپردازد. لذا پژوهش حاضر با استفاده از مدل درمانی فریش (کیفیت زندگی درمانی) که ترکیبی است منسجم از دو رویکرد شناخت درمانی و روانشناسی مثبت، به دنبال بررسی اثربخشی روان درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی بود.

روش

جامعه نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر، شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل افراد مبتلا به مواد افیونی مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد استان اردبیل در سال ۱۳۹۲ بودند که تعداد ۳۶ نفر از این افراد به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص اصلی و اولیه وابستگی به مواد افیونی؛ عدم ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی نظیر اختلالات روان‌پریشی، هذیانی، کنترل‌تکانه و اختلالات ارگانیک؛ مرد بودن؛ دارا بودن حداقل ۲۰ و حداکثر ۵۰ سال؛ داشتن حداقل سطح تحصیلات ابتدایی؛ عدم مصرف داروهای ضد روان‌پریشی در زمان ورود به

درمان؛ زندگی در خانواده. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: عدم تمایل برای شرکت در جلسات. در ادامه پس از کسب رضایت‌نامه کتبی، از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش برای شرکت در جلسات دعوت به عمل آمد.

ابزار

پرسش‌نامه کیفیت زندگی: این پرسش‌نامه ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سوال می‌سنجد (هریک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سوال می‌باشند). دو سوال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند، بنابراین این پرسش‌نامه در مجموع، ۲۶ سوال دارد. پس از انجام محاسبه‌های لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۲۰-۴ برای هر حیطه به تفکیک، به دست خواهد آمد که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. این امتیازها قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۱۰۰-۰ می‌باشند (WHOQOL group، ۱۹۹۶). اعتبار محاسبه شده‌ی این آزمون در حیطه‌های سلامت فیزیکی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵ و سلامت محیط ۰/۸۴ می‌باشد. و آلفای کرونباخ در حیطه‌های سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روان ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و سلامت محیط ۰/۸۴ محاسبه گردید (نجات، منتظری، مجل‌زاده، محمد و هلاکوئی نائینی، ۱۳۸۵).

روش اجرا

گروه آزمایش تحت آموزش کیفیت زندگی بر مبنای عناوین و اهداف جلسات آموزش کیفیت زندگی با ترکیب روان‌شناسی مثبت و رویکرد شناخت-رفتاری قرار گرفت که این دوره روان‌درمانی طی ۸ جلسه، هفته‌ای یک جلسه‌ی یک ساعته برگزار شد. و گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکردند. عناوین جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات آموزش کیفیت زندگی (ترکیب روان شناسی مثبت با رویکرد شناخت- رفتاری)

جلسات	شرح مختصر
اول	جلسه معارفه و آشنایی، بیان اهداف و معرفی دوره آموزشی، بحث درباره کیفیت زندگی و رضایت از آن، شادی، اجرای پیش آزمون، بازخورد.
دوم	مروری بر جلسه قبل، تعریف کیفیت زندگی، معرفی ابعاد آن، گفتگو درباره درخت زندگی، کشف مواردی از مشکلات افراد، خلاصه مطالب، بازخورد.
سوم	مرور مطالب قبلی، معرفی CASIO، شروع از بعد C بعنوان استراتژی اول، و کاربرد آن در کیفیت زندگی افراد.
چهارم	مرور مطالب قبلی، بحث درباره CASIO، معرفی A بعنوان استراتژی دوم، و کاربرد آن در ابعاد کیفیت زندگی.
پنجم	مرور مطالب جلسه قبلی، ادامه بحث درباره CASIO، معرفی SIO بعنوان استراتژی‌های سوم، چهارم و پنجم برای افزایش رضایت در زندگی، آموزش اصول کیفیت زندگی.
ششم	مرور جلسه قبل، بحث درباره اصول مربوط به کیفیت زندگی، ارائه اصول و توضیح کار برای این اصول برای افزایش رضایت از زندگی.
هفتم	مرور مطالب قبل، ادامه بحث درباره اصول کیفیت زندگی، بحث درباره حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در آن حیطه.
هشتم	بیان خلاصه‌ای از مطالب عنوان شده در طی جلسه‌های قبل، جمع‌بندی مطالب، آموزش تعمیم CASIO در شرایط مختلف زندگی، کاربرد اصول کیفیت زندگی در ابعاد گوناگون زندگی و اجرای پس آزمون.

یافته‌ها

میانگین سنی اعضای گروه نمونه ۴۰ سال بود. ۷۵ درصد متأهل، ۲۰ درصد مجرد و ۵ درصد در آستانه‌ی طلاق بودند. ۶۰ درصد تحصیلات راهنمایی تا دیپلم داشتند. همچنین ۹۰ درصد شاغل بوده و از درآمد کافی برخوردار بودند. آماره‌های توصیفی کیفیت زندگی به تفکیک گروه و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است. برای بررسی اثربخشی گروه‌درمانی بر کیفیت زندگی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. یکی از مفروضه‌های مانکوآ برابری ماتریس واریانس- کواریانس است. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این مفروضه داشت ($P > 0.05$).

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

گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۷۹/۳۳	۱۰/۸۷	۸۷/۴۰	۱۶/۷۲
گواه	۷۱/۶۵	۱۵/۳۳	۷۳/۶۸	۱۶/۴۳

نتایج مانکوآ حکایت از معناداری تفاوت ترکیب خطی مؤلفه‌ها در دو گروه داشت (۰/۳۶ = مجذور اتا، $F = ۶/۳۶$ ، $P < ۰/۰۱$ ، $F = ۰/۴۳$ = لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از آنکوآ به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی اثربخشی روان‌درمانی بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی

مؤلفه‌ها	آماره F	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
سلامت جسمانی	۱۲/۴۲۰	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۱
سلامت روانی	۵/۶۵۰	۰/۰۱۶	۰/۲۴	۰/۷۲
ارتباطات اجتماعی	۴/۹۵	۰/۰۴۱	۰/۱۸	۰/۲۷
شرایط محیطی	۳/۳۳	۰/۱۴۸	-	-

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی در بهبود مؤلفه‌های سلامت جسمانی ($F = ۱۲/۴۲۰$ ، $P < ۰/۰۰۱$)، سلامت روانی ($F = ۵/۶۵۰$ ، $P < ۰/۰۵$)، و ارتباطات اجتماعی ($F = ۴/۹۵$ ، $P < ۰/۰۵$) موثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود کیفیت زندگی معنادان به مواد افیونی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی توانسته است بر بهبود کیفیت زندگی معنادان در مرحله پس آزمون اثربخش باشد. در ادبیات پژوهشی، تحقیق مستقیمی در این زمینه یافت نشد که نشان دهد آموزش روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی در کیفیت زندگی معنادان تأثیر داشته است، اما از آنجایی که این درمان تلفیقی از درمان شناختی و روان‌شناسی

مثبت نگر است نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های سوگرمن، نیچ و کارول^۱ (۲۰۱۰)، اوسیلا، هپنر، مونوز، وو و واتکینز^۲ (۲۰۰۹)، دريسن و هولون^۳ (۲۰۱۱) و مک‌هاک، هرون و اوتا^۴ (۲۰۱۰) در خصوص اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی است. در تبیین یافته فوق می‌توان اظهار داشت که کیفیت زندگی مفهومی پیچیده، کلی و چند جانبه است که علاوه بر برداشت ذهنی فرد به شرایط جسمانی و اجتماعی او نیز بستگی دارد. بنابراین، به نظر می‌رسد برای بهبود آن لازم است که مداخله طولانی مدت و همه جانبه صورت گیرد که نه تنها بر بعد روانی بیمار، بلکه بر ابعاد جسمانی، اجتماعی و محیطی نیز تمرکز نماید. روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، با ایجاد تغییر شناختی-رفتاری در پنج حوزه اصلی (شرایط زندگی، نگرش‌ها، استانداردهایی که برای خود تعریف کرده‌ایم، ارزش‌ها و رضایت کلی از زندگی) انجام می‌شود (فریش، ۲۰۰۶). با توجه به این حوزه‌ها و بر اساس نظریه شناختی رفتاری، وابستگی به مواد مخدر مانند سایر رفتارها، متشکل از یک سلسله رفتارهای یاد گرفته شده است که از طریق تقلید از الگوها در اثر پی بردن به نتایج ماده مخدر استفاده شده، مانند کاهش اضطراب و افسردگی، تسکین درد و بالا بردن توانایی معاشرت اجتماعی آموخته می‌شود. بنابراین، مهم‌ترین هدف درمان آن است که پیش‌آیندهای مهم را شناسایی و روش‌های موثر تسلط بر آن‌ها را برای گسیختن رابطه با مواد به مراجع و فرد معتاد آموزش دهد. همچنین در این درمان بر شیوه‌های مدیریت خلق منفی و اضطراب و کنترل خشم تاکید می‌شود. اثربخشی این درمان در پژوهش حاضر بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی معتادان از جمله بعد جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و شرایط محیطی، همسو با یافته‌هایی است که تأثیر درمان‌های شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی را نشان داده‌اند (مؤمنی، مشتاق و پورشهباز، ۱۳۹۲). همچنین در همین راستا پژوهشی نشان داده است که روان‌درمانی‌های مثبت‌گرا نه تنها منابع مثبت ایجاد می‌کند، بلکه می‌تواند تأثیر متقابلی بر نشانگان منفی افراد معتاد ایجاد کرده و نیز

بعنوان سدی در برابر وقوع مجدد آن‌ها باشد (کردمیرزا نیکوزاده، ۱۳۹۰). طبق شواهد پژوهشی نیز از میان مداخلات روانشناختی صورت گرفته، رویکرد شناختی - رفتاری از جمله اثر بخش ترین رویکردها بوده که نقش مهمی در کاهش عود از طریق کاهش اضطراب و افسردگی، بهبود روابط با اطرافیان، افزایش عزت نفس و به طور کلی کیفیت زندگی داشته است (مارلات و اون، ۲۰۰۱). روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی با استفاده از اصول خود از جمله اصل پذیرش و علاقه به جسم خویش، اصل سهمیه ناکامی، اصل فرار رفتن از طرحواره‌ها و رفتارهای برخاسته از خانواده، اصل عادت‌های شادکامی، اصل شوخ طبعی، اصل نشخوارهای فکری، اصل خردورزی فردی، اصل توجه به نقاط مثبت خویش، اصل تفریحات سالم و چندین اصل دیگر به افراد (در مطالعه حاضر به معنادان به مواد افیونی) کمک می نماید تا با استفاده از تغییر در نگرش، عاطفه و شادی به افزایش رضایت زناشویی و کیفیت زندگی خود پردازند (فریش، ۲۰۰۶).

کیفیت زندگی درمانی، علاوه بر کار بر روی اسنادها به ارائه راهکارها و اصولی برای افزایش شادی وحل مسأله می پردازد. همچنین با استفاده از روان‌شناسی مثبت و اصول آن به جایگزینی تفکر مثبت به جای تفکر قدیمی می‌پردازد. با در نظر گرفتن مطالبی که ذکر شد و همچنین بیان این نکته که شناخت‌ها، شادی و عاطفه مثبت و منفی با کیفیت زندگی در ارتباط هستند، می‌توان تبیین نمود که روان‌درمانی مثبت‌گرا مبتنی بر کیفیت زندگی، روی کیفیت زندگی معنادان مواد افیونی موثر بوده است. بر این اساس، نتایج این پژوهش می‌تواند الگویی مناسب و موثری برای افزایش کیفیت زندگی باشد و پیشنهاد می‌شود که به عنوان مدل درمانی در درمان‌های سوء مصرف کنندگان مورد استفاده متخصصین قرار گیرد. عدم امکان پیگیری طولانی مدت، انتخاب شرکت کنندگان از میان معنادان مراکز خصوصی شهر اردبیل، استفاده از شیوه خودگزارش دهی به منظور جمع آوری اطلاعات و تعداد کم جلسات درمانی، از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های بعدی با نمونه‌های بیشتری صورت گیرد. همچنین، پیگیری طولانی مدت برای بررسی اثربخشی درمان در طولانی مدت انجام گردد.

منابع

- پورنقاش تهرانی، سید سعید؛ حبیبی، مجتبی و ایمانی، سعید (۱۳۹۱). رابطه بین کیفیت زندگی و صفات شخصیتی در افراد معتاد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰(۳)، ۱۵۵-۱۶۷.
- کردمیرزا نیکوزاده، عزت الله (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی برنامه مداخله مبتنی بر روان شناسی مثبت نگر و گروه درمانی آدلری در ارتقای تاب آوری افراد وابسته به مواد. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۲(۵)، ۲۷-۱.
- مومنی، فرشته؛ نهاله، مشتاق پور و شهباز، عباس (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۷(۲۷)، ۷۹-۹۲.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکوئی نائینی، کوروش؛ محمد، کاظم، مجدزاده، سید رضا (۱۳۸۵). *استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF)*: ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی. *مجله بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱۲-۱.
- Brink, W. V., & Hassen, C. H. (2006). Evidenced-base treatment of opioid-dependent patients. *Canadian Journal of psychiatry*, 51, 635-646.
- Commins, R. A. (2005). Moving from the Quality of life concept to a theory. *Journal of International Disability Research*, 49, 699-706.
- Daley, D.C., & Marlatt, G.A. (2005). *Relapse prevention*. In J.H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman, & J.G. Langrod (Eds.), *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*, 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 772-785
- Driessen, E., & Hollon, S. D. (2011). Motivational interviewing from a cognitive behavioral perspective. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18 (1), 70-73.
- Feelemyer, J. P., Jarlais, D. D., Arasteh, K., Phillips, B. W., & Hagan, H. (2014). Changes in quality of life (WHOQOL-BREF) and addiction severity index (ASI) among participants in opioid substitution treatment (OST) in low and middle income countries: An international systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 251-258.
- Frisch M. B. (2006). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Hoboken: NJ: Wiley.
- Frisch, M. B., & Sanford, K. P. (2005). *Construct validity and the search for a one dimensional factor solution: Factor analysis of the Quality of Life Inventory in a large clinical sample*. Waco, TX: Baylor University.
- Frisch, M. B., Clark, M. P., Rouse, S. V., Rudd, M. D., Paweleck, J. K., Greenstone, A., et al. (2005). Predictive and treatment validity of life satisfaction and the quality of life inventory. *Assessment*, 12(1), 66-78.
- Hogerty, M. R., Cummins, R. A. & Ferriss, A. L. (2001). Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for rearsch. *Social indicator Research*, 55, 1-7.
- 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, 209-215.

- Karow, A., Verthein, U., Pukrop, R., Reimer, J., Haasen, C., Krausz, M., Schafer, I. (2011). Quality of life profiles and changes in the course of maintenance treatment among 1015 patients with severe opioid dependence. *Substance Use & Misuse*, 46, 705–715.
- Katschnig, H. (2006). Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*, 5(3), 139–145.
- Le Moal, M. 1., Koob, G. F. (2007). Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *European Neuropsychopharmacology*, 17(6-7), 377-93.
- Maremmani, I., Pani, P. P., Pacini, M., & Perugi, G. (2007). Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 91– 98.
- Marlatt, G. A., & Owen, P. (2001). Should Abstinence be the goal for alcohol treatment? *The American Journal of Addictions*, 10, 286-295.
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 511-525.
- Miller, M. M., & Fappa, F. (2007). Evaluating Addiction treatment outcomes. *Addictive Disorders and their treatment*, 6, 101-106.
- Miller, P. G., & Miller, W. R. (2009). What should we be aiming for in the treatment of addiction? *Addiction*, 104, 685–686.
- Morales-Manrique, C. C., Valderrama-Zurián, J. C., Castellano-Gómez, M., Alexandre-Benavent, R., Palepu, A., & Cocaine Group, C. V. (2007). Cross cultural adaptation of the Injection Drug User Quality Of Life Scale (IDUQOL) in Spanish drug dependent population, with or without injectable consumption: Drug User Quality of Life Scale-Spanish (DUQOL-Spanish). *Addictive Behaviors*, 32(9), 1913-21.
- Osilla, K. C., Hepner, K. L., Muñoz, R.F., Woo, S., & Watkins, K. (2009). Developing an integrated treatment for substance use and depression using cognitive-behavioral therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37 (4), 412-420.
- Reno, R. R., & Aiken, L. S. (1993). Life activities and life quality of heroin addicts in and out of methadone treatment. *The International Journal of the Addictions*, 28(3), 211–232.
- Sugarman, D. E., Nich, C., & Carroll, K. M. (2010). Coping Strategy Use Following Computerized Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(4), 689-695.
- WHOQOL group. (1996). *WHOQOL-BREF Introduction, Administration and scoring, Field Trial version*, World Health Organization, Geneva.