

## اثربخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی جنسی معنادان

رقیه نوری پورلیاوی<sup>۱\*</sup>، رویا رسولی<sup>۲</sup>، تقی پورابراهیم<sup>۳</sup> و علیرضا سلیمی‌نیا<sup>۴</sup>

دریافت مقاله: ۹۲/۲/۲؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۲/۵/۱۷؛ پذیرش مقاله: ۹۲/۷/۲۱

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش تعیین تأثیر آموزش گروهی خودکارآمدی بر افزایش کیفیت زندگی و خودکارآمدی جنسی مردان معنادان در حال ترک بود. **روش:** روش مطالعه نیمه تجربی و جامعه آماری کلیه معنادان مرد مرکز ترک اعتیاد پرواز شهر قزوین به تعداد ۱۵۰ نفر بود که از میان آنها به روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزار پژوهش مقیاس کوتاه کیفیت زندگی ۲۶ سؤالی سازمان بهداشت جهانی ۱۹۹۸ و خودکارآمدی جنسی رینولدز (۱۹۷۸) بود که در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه اجرا شد. آموزش گروهی خودکارآمدی در ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای ۱ جلسه در گروه آزمایش انجام و داده‌های با آزمون تحلیل کواریانس و اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد آموزش خودکارآمدی به‌جز در مؤلفه سلامت محیطی، موجب بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی و خودکارآمدی جنسی معنادان شده و این تأثیر ۲ ماه بعد در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است. **نتیجه‌گیری:** آموزش گروهی خودکارآمدی را می‌توان روش مؤثری برای ارتقاء کیفیت زندگی و عملکرد جنسی معنادان تلقی کرد، که آن‌ها را توان‌مند می‌سازد تا دانش، نگرش و ارزش‌هایشان را به فعلیت برسانند و انگیزه و رفتار سالم داشته باشند.

**کلیدواژه‌ها:** آموزش گروهی، خودکارآمدی جنسی، کیفیت زندگی، معنادان

\*۱. نویسنده مسئول، کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید بهشتی Email: roghiehn@y7mail.com

۲. استادیار دانشگاه الزهرا

۳. استادیار دانشگاه شهید بهشتی

۴. استادیار دانشگاه تهران

## مقدمه

اعتیاد یک بیماری مزمن و عودکننده است که عوامل مختلف ژنتیکی، روانی، اجتماعی و محیطی در تعامل با یکدیگر منجر به شروع و تداوم این بیماری می‌شود. همانند دیگر بیماری‌های روانی، اعتیاد از چندین عامل نشأت می‌گیرد که در هر فرد، ممکن است گروه خاصی از عوامل مداخله‌گر شرکت داشته باشد و اگر در درمان اعتیاد تنها یکی از عوامل مدنظر قرار گیرد و از سایر عوامل چشم‌پوشی شود، به فرض تأثیر مثبت آن عامل، عوامل دیگر می‌توانند تأثیر عامل مورد نظر را کاهش دهد. از این‌رو، روش‌های رایج درمان اعتیاد از کارایی کافی برخوردار نیست و حتی در بهترین روش‌های درمانی، میزان موفقیت یک‌ساله ۳۰ تا ۵۰ درصد گزارش شده است (برین و مک لین، ۲۰۰۶). لذا توجه به همه عوامل در درمان اعتیاد ضروری می‌نماید.

کیفیت زندگی یکی از عواملی است که در سبب‌شناسی و فرایند درمان اعتیاد از اهمیت خاصی برخوردار است (ویگ، لکشمی، پال، آوجا، میتال و آکوروال<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶) و معمولاً در جریان درمان به فراموشی سپرده می‌شود. معتادان به‌عنوان قشر آسیب‌پذیر جامعه، علاوه بر پیامدهای جسمانی این بیماری با مشکلات روانی، عاطفی، اجتماعی و اقتصادی نیز روبه‌رو هستند که بر خودکارآمدی جنسی و کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر نامطلوبی می‌گذارد و آن‌ها را از فعالیت‌های روزانه باز می‌دارد (فیلیپس، ۲۰۰۶).

بدکارکردی نعوظی<sup>۲</sup> ناتوانی در ایجاد یا حفظ نعوظ کافی آلت جنسی در فعالیت رضایت‌بخش جنسی است (مؤسسه ملی سلامت<sup>۳</sup>، ۱۹۹۳). این اختلال شایع‌ترین اختلال جنسی در میان مردان است و می‌تواند به روابط زناشویی آسیب برساند. همچنین بدکارکردی نعوظی می‌تواند بر خود انگاره<sup>۴</sup> یک مرد و رابطه او با شریک‌اش از نظر هیجانی و جسمانی تأثیری منفی بگذارد. بدکارکردی نعوظی می‌تواند با برخی پیامدهای روانی-اجتماعی مانند افسردگی، اضطراب درباره عملکرد جنسی، انکار نشانه‌ها، خودداری از برقراری رابطه جنسی، پریشانی رابطه و اختلال در کیفیت زندگی همراه باشد (فیلدمن، گلداشتاین و هاتزیچریستو، ۱۹۹۴؛ کورمن، ۱۹۹۸).

پیشرفت‌های به‌دست آمده در علوم پایه سبب گسترش روش‌های نوین درمانی برای مردان با بدکارکردی نعوظی شده است. در رویکرد بالینی سنتی برای ارزیابی بدکارکردی جنسی و نعوظی، شناسایی عوامل مخاطره‌آمیز جنسی مانند مصرف داروها، جراحی، پرتو درمانی یا دیگر عوامل خطرزای پزشکی مانند دیابت، تنیدگی، بیماری‌های عروقی، بیماری‌های عصب‌شناختی و

1. Wige, Lekshmi, Pal, Ahvja, Mittal & Aqurwal

2. erectile dysfunction

3. National Institute of Health

4. self-image

اثر بخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر کیفیت زندگی و ...

سیگار کشیدن، پایه‌هایی را برای رویکرد مبتنی بر شواهد مانند سونوگرافی داپلر<sup>۱</sup> و کاورنوزومتری<sup>۲</sup> برای تشخیص و مدیریت درمان فراهم آورده است. در بررسی تاریخچه جنسی بر نوع، مدت و تکرار بدکارکردی تجارب جنسی پیشین بیمار تأکید می‌شود (بیسلی، دیبانگ و بروک، ۲۰۰۰). از طرفی، کیفیت زندگی به سلامت و ارزیابی ذهنی فرد از وضعیت سلامت کنونی و مراقبت‌های بهداشتی وابسته است که موجب سطحی از فعالیت کلی در فرد می‌شود، و ابعاد اصلی آن شامل سلامت جسمانی، تصویر روان‌شناختی/بدنی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی است. در سال‌های اخیر توجه به درمان و پیش‌گیری از اعتیاد از طریق شناخت عوامل به‌وجود آورنده و استفاده از روش‌های علمی گسترش یافته است؛ که البته بهترین راه مبارزه با مواد فقط یک راه نیست، بلکه بایستی هم‌زمان، از چندین راهبرد استفاده شود (لیو، ۲۰۰۶).

از سه راهبرد قانونی و حفاظتی، تربیتی-آموزشی و درمانی اغلب در کشورهای جهان استفاده می‌شود. در زمینه راهبردهای آموزشی، می‌توان به افراد در مورد توانایی ترک اعتیاد آگاهی داد. از طرفی درصد بسیاری از توجهات درمانی به درمان دارویی معتادان معطوف شده، و درصد بسیار کمی از آن‌ها به جنبه‌های بهداشت روانی این بیماری تمرکز یافته است. در حالی که آن‌ها با توجه به شرایط جسمانی، روانی و اجتماعی خاصی که دارند، به درمان‌های آموزشی نیاز دارند (بولتون ۲۰۰۴). پژوهش‌هایی مانند بورگوین و رن ویک (۲۰۰۴)، جیا، آپهولد، واس، فیندلی، دانکن<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) راهبردهای آموزشی را برای بهبود سلامت جسمانی و روانی معتادان موثر می‌دانند. در عین حال، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مداخلات آموزشی می‌تواند کیفیت زندگی افراد معتاد را بهبود بخشد، عملکرد سیستم ایمنی آن‌ها را ارتقاء دهد و امید را در افراد زنده نماید (مارک و مایر، به نقل از سبحانی فرد، ۱۳۸۱).

می‌توان یکی از روش‌های مداخله‌ای مناسب را خودکارآمدی گروهی دانست. چرا که بندورا (۱۹۹۷) معتقد است باورهای خودکارآمدی در زمینه صلاحیت فرد برای اجرا و سازماندهی ارتباط جنسی بر عملکرد جنسی و واکنش‌های هیجانی تأثیر گذارند. این باور بر تلاشی که آن‌ها صرف می‌کنند، مدت زمانی که در برخورد با چالش‌ها پافشاری نشان می‌دهند و بر میزان درک آن‌ها از تکلیف اثر گذارند. روش شناختی-رفتاری بندورا برای افزایش خودکارآمدی، بر چهار اصل کلی استوار است. ۱. روبه‌رو کردن افراد با تجربه‌های پیروزمندانه، به‌وسیله ترتیب‌دادن هدف‌های دست‌یافتنی، زیرا موفقیت کارکرد را افزایش می‌دهد. ۲. روبه‌رو کردن افراد با الگوهای مناسبی که در یک زمینه خاص موفق‌اند، که تجربه‌های موفق جانشینی را بهبود می‌بخشد. ۳. قانع‌سازی

- 
1. Doppler ultrasonography
  2. cavernosometry
  3. Jia, Uphold, Wus, Findley, Duncan

رقیه نوری پورلیاوی، رویا رسولی، تقی پور ابراهیم و علیرضا سلیمی نیا

کلامی، که افراد را به این باور می‌رساند که توانایی کارکرد پیروزمندانه را دارند. ۴. مناسب‌کردن برانگیختگی جسمانی به وسیله رژیم غذایی مناسب، زیرا کاهش تنیدگی و برنامه‌های ورزشی، توانایی کنار آمدن با مسائل را افزایش می‌دهد (شولتز و شولتز، ۱۳۸۱). هم‌چنین بندورا (۲۰۰۶) خاطرنشان می‌سازد که موفقیت در کارکرد، بیشترین افزایش در خودکارآمدی را به دنبال دارد. به عقیده بندورا (۲۰۰۰)، نقل از فخری، رضایی، پاکدامن و ابراهیمی، (۱۳۹۲) باورهای خودکارآمدی به‌عنوان یک واسطه شناختی عمل می‌کند و ناظر بر باور به توانایی برای انجام تکالیف یا فعالیت خاص است با توجه به مطالب فوق، پژوهش حاضر اجرا شد تا فرضیه‌های زیر را بیازماید.

۱. آموزش گروهی خودکارآمدی، کیفیت زندگی و خودکارآمدی جنسی معتادان در حال ترک را افزایش می‌دهد.

۲. تأثیر آموزش گروهی خودکارآمدی بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی جنسی معتادان در حال ترک در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند.

## روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و جامعه آماری کلیه معتادان در حال ترک مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد پرواز شهر قزوین در سال ۱۳۹۱ به تعداد ۱۵۰ نفر بود. از میان آن‌ها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگزین شد. معیارهای ورود شامل جنس مذکر، تأهل، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی و معیارهای خروج شامل بی‌سوادی، وجود علائم روان‌پریشی و ابتلاء به اختلال وسواس، افسردگی، اضطراب و نظایر آن بود.

## ابزار پژوهش\*

۱. **مقیاس کوتاه ارزیابی کیفیت زندگی.** این مقیاس ۲۶ سؤال دارد که در ارتباط با ارزیابی کیفیت زندگی و دارای چهار حیطة اصلی سلامت جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و محیطی است. سلامت جسمی با هفت گویه ۳-۴-۱۰-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸، سلامت روانی با شش گویه ۵-۶-۷-۱۱-۱۹-۲۶، روابط اجتماعی با سه گویه ۲۰-۲۱-۲۲ و محیط زندگی با هشت گویه ۸-۹-۱۲-۱۳-۱۴-۲۳-۲۴-۲۵ ارزیابی می‌شود. به‌علاوه، دارای دو گویه اضافی ۱ و ۲ نیز برای مطالعه کیفیت آشکار زندگی و سلامت عمومی افراد است. به هر گویه نمره‌ای از یک تا

\* علاقه‌مندان می‌توانند جهت استفاده از ابزارهای این پژوهش با نشانی الکترونیکی نویسنده مسئول مکاتبه کنند.

اثربخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر کیفیت زندگی و ...

پنج تعلق می‌گیرد (گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸). نصیری (۱۳۸۵) روایی این مقیاس را با روش روایی همگرا و پایایی آن را مطلوب گزارش کرد. همچنین سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان صورت گرفته، پایایی آن را مطلوب و ضریب آلفای کرونباخ آن را بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده‌مقیاس‌های چهارگانه و ۰/۸۹ برای کل مقیاس گزارش کرده است (نصیری، ۱۳۸۵). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای کل مقیاس ۰/۸۸ به دست آمد.

**۲. مقیاس خودکارآمدی جنسی - کنش‌وری نعوظی<sup>۱</sup>.** این مقیاس بر پایه بررسی‌های بندورا، آدامز و بیرز ۱۹۷۷ و پرسش‌نامه درمان جنسی<sup>۲</sup> لوبیتز و بیکر (۱۹۷۹) و پرسش‌نامه دشواری نعوظی توسط رینولدز (۱۹۷۸) ساخته شده و توسط رجبی، داستان و شهبازی (۱۳۹۱) در ایران هنجاریابی شده است. این مقیاس دارای ۲۵ ماده پنج گزینه‌ای از خیلی زیاد = ۵ تا خیلی کم = ۱ است. نمره‌های بالاتر اطمینان، شایستگی و صلاحیت بیشتر نعوظی مردان را نشان می‌دهد. رجبی و همکاران (۱۳۹۱) با استفاده از تحلیل عاملی، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۵ و در پنج عامل آن بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۱ محاسبه کردند. عامل‌های آن شامل رابطه جنسی لذت‌بخش و بدون دلهره، سؤال‌های شماره ۱۶-۱۷-۱۹-۲۰-۲۳، حفظ نعوظ در طی ارتباط جنسی، سؤال‌های شماره ۱-۶-۷-۱۰-۱۲، اطمینان از رویارویی جنسی، سؤال‌های شماره ۳-۴-۹-۱۳-۲۱، رسیدن به اوج لذت جنسی، سؤال‌های شماره ۲-۱۱-۲۲-۲۴-۲۵، میل جنسی دوباره، سؤال‌های شماره ۵-۸-۱۴-۱۵-۱۸، است. ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۶۲ شد.

**۳. برنامه آموزش گروهی خودکارآمدی.** این بسته توسط پژوهشگران این پژوهش گردآوری شد و جهت روایی محتوای جلسات آموزش گروهی خودکارآمدی، از نظرات صاحب‌نظران و متخصصان موضوعی نیز علاوه بر مؤلفان مقاله حاضر استفاده شد که ۸۰ درصد از متخصصان روایی این برنامه را تأیید کردند. این برنامه در گروه آزمایش به شرح زیر آموزش داده شد. جلسه اول. در این جلسه آشنایی افراد با یکدیگر و با رهبر گروه، بیان قوانین جلسات، شرایط دستیابی به جایزه و سفارش‌هایی برای کارکرد بهتر در گروه صورت گرفت. خودکارآمدی تعریف و بخشی از ویژگی‌های افراد با خودکارآمدی بالا و پایین توصیف شد. در انتهای این جلسه هریک از اعضاء برداشت خود را از خودکارآمدی بیان کردند.

---

1. Sexual Self-Efficacy Scale-Erectile Functioning  
2. Goals for Sex Therapy Questionnaire

جلسه دوم. محتوای جلسه قبل مرور و بخشی دیگر از ویژگی‌های افراد با خودکارآمدی بالا و پایین بیان شد که در این باره اعضا به بحث پرداختند. از اعضا درباره اهدافی نظرخواهی شد که می‌خواهند به آن دست‌یابند، اما احساس می‌کنند که نمی‌توانند. درباره منطق آرامش کاربردی، پیوند آن با خودکارآمدی و شرایط لازم برای اثربخشی آن توضیح داده شد. تکلیف این جلسه پاسخ به این سؤال بود که آیا تاکنون هدفی داشته‌اید که به‌رغم تصور اولیه، توانسته‌اید به آن برسید؟ اگر چنین است، پیش از انجام کار چه فکری کردید که متوجه شدید، می‌توانید آن را انجام دهید؟ و همچنین، توصیف دو یا سه موقعیت اضطراب‌زا در هفته، درجه‌بندی شدت آن از صفر تا ۱۰۰ و توصیف نشانه‌های جسمی، شناختی و هیجانی همراه آن، تکلیف گروه برای جلسه آتی بود.

جلسه سوم. تکلیف خانگی به‌وسیله تک‌تک اعضا گزارش و سپس قانع‌سازی کلامی اجرا و همچنین گزارشی مربوط به تشخیص نشانه‌های اولیه اضطراب ارائه شد. تکلیف این جلسه این بود که فرد در مورد خواسته‌ایی که احساس می‌کند نمی‌تواند به آن برسد، با فردی مصاحبه کند که ترک کرده و قبلاً وضعیتی مانند او داشته ولی اکنون به خواسته خود رسیده است.

جلسه چهارم. تکلیف خانگی به‌وسیله تک‌تک اعضا گزارش شد. سفارش‌هایی درمورد رژیم غذایی مناسب، کاهش تنیدگی، برنامه‌های ورزشی با هدف مناسب کردن برانگیختگی جسمانی و شرح رابطه آن با خودکارآمدی ارائه شد. از جمله تکلیف افراد در این جلسه گزارش مصاحبه هفته پیش آن‌ها با فردی بود که موفق به ترک شده بود تا از این طریق بتوانند اطلاعاتی درباره شروع و ادامه تلاش برای رسیدن به خواسته خود، موانع و مشکلات پیش‌رو، راه‌حل‌های انتخابی، موفق یا ناموفق بودن تلاش‌ها به‌دست آورند و همچنین تمرین آرامش بدون تنش هر روز دو نوبت و نوشتن نتیجه آن بود.

جلسه پنجم. مرور جلسه قبل و بازخورد تکلیف خانگی توسط تک‌تک اعضا انجام شد. خودتنظیمی تعریف و درباره رابطه آن با خودکارآمدی و بیان شرایط تأثیرگذاری جانشینی مشاهده‌ایی بر خودکارآمدی افراد توضیح داده شد. تهیه گزارش از مصاحبه با فردی که قبلاً در مورد خواسته‌اش تصویری مشابه آزمودنی داشته، اما اکنون به‌خواسته خود رسیده است، و همچنین پاسخ به این سؤال که فرد هنگام برداشتن اولین گام در جهت دستیابی به هدف، چه موانع و مشکلاتی را پیش‌رو داشته و برای حل هرکدام چه راه‌هایی را در پیش گرفته است، تکلیف این جلسه بود.

جلسه ششم. مباحث جلسه قبل مرور شد و تکالیف این جلسه سخنرانی یک فرد ترک کرده موفق بود که درباره زندگی خود، موانع و مشکلاتی که هنگام تلاش برای دستیابی به اهداف

اثر بخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر کیفیت زندگی و ...

پیش‌رو داشته و راه‌هایی که برای حل هر یک از این مشکلات و موانع در پیش گرفته است، صحبت کرد. همچنین تکالیف این جلسه پاسخ به این سؤال بود که آیا فرد در هفته گذشته درباره تلاش برای رسیدن به هدف، دچار تردید یا ناامیدی شده و تصمیم گرفته است که دست از تلاش بکشد؟ اگر چنین بوده است، علت آن را چه می‌داند؟ به دنبال آن چه احساسی داشته است؟ اگر در رسیدن به هدف خود مصمم است، علت آن را چه می‌داند؟ همچنین تکالیف این جلسه این بود که هریک از آزمودنی‌ها تقدیرنامه‌های تحصیلی، شغلی و امثال آن‌ها را گردآوری و سپس با نگاه کردن به آن‌ها احساسی که به‌وی دست می‌دهد را توصیف کنند.

جلسه هفتم. مباحث جلسه قبل مرور و احساس و تصمیم فرد درباره ادامه تلاش برای دستیابی به هدف بیان شد. همچنین در این جلسه یکی از افراد ترک کرده موفق درباره زندگی خود، درباره موانع و مشکلاتی که هنگام تلاش برای دستیابی به اهداف در پیش‌رو داشته، سخنرانی کرد و راه‌هایی را بیان کرد که برای حل هریک از این مشکلات و موانع در پیش گرفته است. در پایان، اعضاء برنامه یک‌ساله برای دستیابی به اهداف خود را طراحی و جزئیات کامل این برنامه و پنج گام لازم برای رسیدن به آن را تشریح و موانع و مشکلات مربوط به هرگام و روش‌های برداشتن این موانع را توصیف کردند.

**شیوه اجرا.** بعد از در نظر گرفتن ملاک‌های ورودی و خروجی، و تقسیم تصادفی شرکت‌کنندگان به گروه آزمایشی و گروه گواه، پیش‌آزمون به‌صورت گروهی اجرا شد. سپس از طریق تماس تلفنی از گروه آزمایش خواسته شد که در آموزش گروهی خودکارآمدی که هدف آن بهبود وضعیت روان‌شناختی آن‌ها است در مرکز ترک اعتیاد پرواز قزوین، شرکت کنند و به آن‌ها وعده داده شد که در صورت شرکت منظم و فعال در این نشست‌ها در هزینه ترک اعتیادشان تخفیف داده می‌شود. چند روز پس از اجرای پیش‌آزمون، برگزاری نشست‌های گروهی آغاز شد و ۷ نشست هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای برنامه آموزش گروهی خودکارآمدی برای گروه آزمایش برگزار شد. گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد و در فهرست انتظار مرکز ترک اعتیاد قرار گرفت. همچنین کنترل شد طی انجام پژوهش در جای دیگر نیز مداخله‌ای دریافت نکنند. گروه آزمایش و گروه گواه به پرسش‌نامه‌ها یک هفته پس از پایان نشست‌های آموزشی، در مرحله پس‌آزمون و دو ماه بعد در مرحله پیگیری پاسخ دادند. به‌جهت رعایت اصل اخلاقی عدالت در پژوهش، بعد از انجام پژوهش، کارگاه آموزشی برای گروه گواه نیز برگزار شد.

### یافته‌ها

از نظر شغل افراد شرکت‌کننده ۷ نفر (۲۳/۵ درصد) کارگر، ۲ نفر (۶/۵ درصد) نانوا، ۸ نفر (۲۶/۵ درصد) راننده، ۳ نفر (۱۰ درصد) مکانیک، ۲ نفر (۶/۵ درصد) آرایشگر، ۵ نفر (۱۶/۵ درصد)

شغل آزاد و ۳ نفر (۱۰ درصد) بیکار بودند و در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۵ با میانگین سنی ۳۲ سال قرار داشتند.

### جدول ۱. نتایج آزمون شاپیرو ویلک در بررسی توزیع طبیعی داده‌ها

متغیر	گروه	F	df	سطح معنی داری
سلامت جسمانی	آزمایش	۰/۸۳۷	۱۵	۰/۲۱۱
	گواه	۰/۹۶۴	۱۵	۰/۷۵۶
تصویر روان‌شناختی/ بدنی	آزمایش	۰/۹۳۹	۱۵	۰/۳۶۸
	گواه	۰/۷۸۲	۱۵	۰/۵۴۲
روابط اجتماعی	آزمایش	۰/۸۹۷	۱۵	۰/۰۸۶
	گواه	۰/۹۲۵	۱۵	۰/۲۲۸
سلامت محیطی	آزمایش	۰/۹۶۷	۱۵	۰/۸۰۶
	گواه	۰/۹۲۸	۱۵	۰/۲۵۶
رابطه جنسی لذت‌بخش و بدون دلپره	آزمایش	۰/۹۱۷	۱۵	۰/۱۷۵
	گواه	۰/۹۴۰	۱۵	۰/۳۸۵
حفظ نعوظ در طی ارتباط جنسی	آزمایش	۰/۸۹۷	۱۵	۰/۰۸۶
	گواه	۰/۸۸۴	۱۵	۰/۰۶۵
اطمینان از روبرویی جنسی	آزمایش	۰/۸۸۹	۱۵	۰/۰۶۴
	گواه	۰/۹۳۶	۱۵	۰/۳۵۳
رسیدن به اوج لذت جنسی	آزمایش	۰/۸۹۳	۱۵	۰/۰۷۳
	گواه	۰/۸۸۵	۱۵	۰/۰۸۶
میل جنسی دوباره	آزمایش	۰/۸۹۶	۱۵	۰/۰۸۳
	گواه	۰/۸۸۱	۱۵	۰/۰۸۹

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد توزیع طبیعی بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو ویلک بررسی شد. مقدار  $F$  شاپیرو ویلک معنی‌دار نبود، بنابراین مفروضه طبیعی بودن تأیید و برقراری شیب رگرسیون و استفاده از آزمون تحلیل کواریانس برای بررسی فرضیه با پیش‌فرض طبیعی بودن داده‌های پیش‌آزمون بلا مانع ارزیابی شد.

### جدول ۲. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس درون گروهی داده‌ها

متغیر	F	df <sup>۱</sup>	df <sup>۲</sup>	سطح معنی داری
سلامت جسمانی	۲/۰۵۰	۱	۲۸	۰/۱۶۳
تصویر روان‌شناختی/ بدنی	۲/۴۲۴	۱	۲۸	۰/۱۳۱
روابط اجتماعی	۰/۲۶۶	۱	۲۸	۰/۶۱۰
سلامت محیطی	۰/۱۳۷	۱	۲۸	۰/۷۱۵
رابطه جنسی لذت‌بخش و بدون دلپره	۲/۷۹۱	۱	۲۸	۰/۱۰۶
حفظ نعوظ در طی ارتباط جنسی	۰/۴۹۵	۱	۲۸	۰/۴۸۸
اطمینان از روبرویی جنسی	۱/۰۰۱	۱	۲۸	۰/۳۲۶
رسیدن به اوج لذت جنسی	۰/۲۶۹	۱	۲۸	۰/۶۰۸
میل جنسی دوباره	۰/۰۶۳	۱	۲۸	۰/۸۰۴



اثر بخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر کیفیت زندگی و ...

طبق جدول ۲ همگنی واریانس درون گروهی و برقراری شیب رگرسیون تأیید و استفاده از کواریانس برای فرضیه با پیش فرض همگنی واریانس داده‌های پیش‌آزمون بلامانع ارزیابی شد.

### جدول ۳. تحلیل کواریانس آموزش گروهی بر خودکارآمدی جنسی و کیفیت زندگی معنادان

شاخص منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	ضرایب اتا
سلامت جسمانی	۵۶/۰۳۳	۲۸ و ۱	۵۶/۰۳۳	۲/۲۵۲*	۰/۱۸۳
تصویر روان‌شناختی/ بدنی	۱۲۲/۱۳۳	۲۸ و ۱	۱۲۲/۱۳۳	۱۰/۸۷۳**	۰/۲۷۹
روابط اجتماعی	۱۰۰/۸۳۳	۲۸ و ۱	۱۰۰/۸۳۳	۹/۲۴۷**	۰/۲۴۸
سلامت محیطی	۲/۷۰۰	۲۸ و ۱	۲/۷۰۰	۰/۹۲۲	۰/۰۳۲
رابطه جنسی لذت بخش و بدون دلپره	۹۰۵/۵۰۰	۲۸ و ۱	۹۰۵/۵۰۰	۵۰۳/۲۰۱**	۰/۷۸۵
حفظ نعوظ در طی ارتباط جنسی	۲۰۸/۰۳۳	۲۸ و ۱	۲۰۸/۰۳۳	۲۹۸/۱۰۲*	۰/۸۹۳
اطمینان از رویارویی جنسی	۲۱۳/۳۳	۲۸ و ۱	۲۱۳/۳۳	۲۰۱/۳۳۱*	۰/۸۳۸
رسیدن به اوج لذت جنسی	۲۸۸/۳۰۰	۲۸ و ۱	۲۸۸/۳۰۰	۲۶۵/۱۲۸*	۰/۸۳۷
میل جنسی دوباره	۳۸۱/۶۳۳	۲۸ و ۱	۳۸۱/۶۳۳	۳۱۸/۰۹۸*	۰/۷۴۰

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

با توجه به جدول ۳ و معنی‌دار بودن F و مقدار اتا، می‌توان نتیجه گرفت که اثر آموزش گروهی خودکارآمدی در ارتقاء مؤلفه‌های تصویر روان‌شناختی/ بدنی، روابط اجتماعی، سلامت جسمانی کیفیت زندگی موثر بوده ولی در ارتقا سلامت محیطی از کیفیت زندگی نقشی نداشته است و نیز اثر آموزش گروهی خودکارآمدی در ارتقاء مؤلفه‌های خودکارآمدی جنسی شامل رابطه جنسی لذت‌بخش و بدون دلپره، حفظ نعوظ در طی ارتباط جنسی، اطمینان از رویارویی جنسی، رسیدن به اوج لذت‌جنسی، میل جنسی دوباره در مردان در حال ترک قزوین موثر بوده است.

### جدول ۴. آزمون مویلی به منظور بررسی مفروضه کرویت

آزمون مویلی	آزمون مویلی	W مویلی	متغیر
سطح معنی داری	درجه آزادی	خی‌یک	کیفیت زندگی
۰/۰۵۵	۲	۵/۷۹۸	۰/۶۴۰

مطابق با جدول ۴، چون نتیجه آزمون موچلی معنی دار نیست؛ می توان گفت مفروضه کرویت برقرار است و می توان از نتیجه آزمون های درون گروهی بدون تعدیل درجات آزادی استفاده کرد.

**جدول ۵. تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر در مورد پایداری تأثیر آموزش خودکارآمدی گروهی بر کیفیت زندگی معناداران**

F	میانگین مجدورات	درجات آزادی	مجموع مجدورات	شاخص	
				منابع تغییرات	
۱۲/۸۲۸*	۹۲/۳۱۱	۲	۱۸۴/۶۲۲	کرویت فرض شده	اثر زمان
۱۲/۸۲۸*	۱۵۵/۵۰۸	۱/۱۸۷	۱۸۴/۶۲۲	گرین هاوس - گیسر	
۱۲/۸۲۸*	۱۵۲/۷۴۸	۱/۲۰۹	۱۸۴/۶۲۲	هوین - فلت	
۱۲/۸۲۸*	۱۸۴/۶۲۲	۱/۰۰۰	۱۸۴/۶۲۲	باند بالا	
	۷/۱۹۶	۵۸	۴۱۷/۳۷۸	کرویت فرض شده	خطا
	۱۲/۱۲۳	۳۴/۴۲۹	۴۱۲/۳۷۸	گرین هاوس - گیسر	
				هوین - فلت باند بالا	

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

جدول ۵ نشان می دهد مقدار مشخصه آماری F در عامل زمان معنی دار است یعنی می توان نتیجه گرفت که تغییر (افزایش) در مراحل مختلف آزمون معنی دار است. نتایج آزمون تعقیبی در مراحل مختلف آزمون در گروه آزمایش نیز نشان داد تفاوت میانگین در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نیز معنی دار است. بنابراین اثرات آموزش گروهی خودکارآمدی پس از گذشت دو ماه از آموزش پایدار مانده است.

**جدول ۶. آزمون موچلی به منظور بررسی مفروضه کرویت**

آزمون درون گروهی		آزمون موچلی	
متغیر	W موچلی	خی دو	درجه آزادی
خودکارآمدی جنسی	۰/۷۴۷	۱/۹۳۴	۲
سطح معنی داری			۰/۵۱۱

اثر بخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر کیفیت زندگی و ...

مطابق با جدول ۶، نتیجه آزمون موجلی معنی دار نیست. بنابراین می توان نتیجه گرفت مفروضه کروییت برقرار است و می توان از نتیجه آزمون های درون گروهی بدون تعدیل درجات آزادی استفاده کرد.

**جدول ۷. تحلیل اندازه گیری های مکرر در مورد پایداری تأثیر آموزش گروهی خودکارآمدی بر خودکارآمدی جنسی معتادان**

F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	شاخص منابع تغییرات	
۹/۰۵۴*	۱۰۱/۹۲۴	۲	۲۰۳/۸۴۸	کروییت فرض شده	
۹/۰۵۴*	۱۵۵/۵۴۵	۱/۳۱۱	۲۰۳/۸۴۸	گرین هاوس - گیسر	اثر
۹/۰۵۴*	۱۴۹/۵۸۵	۱/۳۶۳	۲۰۳/۸۴۸	هوبن - فلت	زمان
۹/۰۵۴*	۲۰۳/۸۴۸	۱/۰۰۰	۲۰۳/۸۴۸	باند بالا	
	۱۱/۲۵۸	۴۲	۴۷۲/۸۱۸	کروییت فرض شده	
	۱۷/۱۸۰	۲۷/۵۲۱	۴۷۲/۸۱۸	گرین هاوس - گیسر	خطا
	۱۶/۵۲۲	۲۸/۶۱۸	۴۷۲/۸۱۸	هوبن - فلت	
	۲۲/۵۱۵	۲۱/۰۰۰	۴۷۲/۸۱۸	باند بالا	

\*P<۰/۰۵ \*\*P<۰/۰۱

جدول ۷ نشان می دهد مقدار مشخصه آماری F در عامل زمان معنی دار است یعنی می توان نتیجه گرفت که تغییر (افزایش) در مراحل مختلف آزمون معنی دار است. بنابراین اثرات آموزش گروهی خودکارآمدی پس از گذشت دو ماه از آموزش پایدار مانده است.

**جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در مورد تأثیر آموزش گروهی بر خودکارآمدی جنسی و کیفیت زندگی معتادان**

سطح معنی داری	انحراف معیار	اختلاف میانگین (I - J)	I	J
۰/۰۰۳	۱/۱۱۷	-۳/۶۸۲*	پس آزمون	پیش آزمون
۰/۰۰۶	۱/۲۳۴	-۳/۷۷۳*	پیگیری	
۰/۰۰۳	۱/۱۱۷	۳/۶۸۲*	پیش آزمون	پس آزمون
۰/۸۶۹	۰/۵۴۶	-۰/۰۹۱	پیگیری	
۰/۰۰۶	۱/۲۳۴	۳/۷۷۳*	پیش آزمون	پیگیری
۰/۸۶۹	۰/۵۴۶	۰/۰۹۱	پس آزمون	

\*P<۰/۰۵ \*\*P<۰/۰۱

جدول ۸ نیز نتایج آزمون تعقیبی در مراحل مختلف آزمون را در گروه آزمایش نشان می‌دهد. چون تفاوت میانگین در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار است. بنابراین می‌توان اثرات آموزش گروهی خودکارآمدی پس از گذشت دو ماه، پایدار مانده است.

### بحث و نتیجه گیری

همان‌طور که تحلیل داده‌ها نشان داد، اثر آموزش گروهی خودکارآمدی در ارتقاء خودکارآمدی جنسی و کیفیت زندگی مردان معتاد در حال ترک شهر قزوین، به جز در سلامت محیطی آن‌ها، موثر بود. مهم‌ترین منبع داوری در مورد کارآمدی، موفقیت کارکرد است. تجربه‌های موفق پیشین، که نشانه‌های مستقیم در مورد سطح تسلط و شایستگی فرد را فراهم می‌کند، با نشان دادن توانایی‌های او، خودکارآمدی‌اش را تقویت می‌کند (شولتز و شولتز، ۱۳۸۱). تجربه‌ها و پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی مثبت نشان می‌دهد که حرکت در مسیر موفقیت می‌تواند موثرترین روش برای افزایش خودکارآمدی و اعتماد به نفس باشد (فریش، ۱۹۹۲).

حرکت در مسیر موفقیت به فرد کمک می‌کند که با به‌دست آوردن شایستگی در جنبه‌های مهم زندگی و برنامه‌ریزی برای شکست در این بخش‌ها به وسیله تکالیف خانگی مرتبط با زندگی واقعی، بر احساس شکست و روحیه ضعیف خود برتری یابد (فرانک و فرانک، ۱۹۹۳؛ فریش، ۲۰۰۶). به نظر می‌رسد تکالیف خانگی مربوط به توصیف موفقیت‌های پیشین، که به‌رغم تصور اولیه مبنی بر ناتوانی در دستیابی به آن صورت گرفته است، دقیق شدن در احساس خود به‌هنگام نگاه کردن تقدیرنامه‌های تحصیلی، شغلی و امثال آن و توصیف این احساس، و فراهم کردن گزارش درباره برداشتن اولین گام در جهت دستیابی به هدف و در آخر، طراحی برنامه یک‌ساله با جلب توجه شرکت‌کنندگان به موفقیت‌های پیشین، به آزمودنی‌های گروه آزمایش در برنامه‌ریزی موفقیت‌آمیز بخش‌های مهم زندگی و حرکت در مسیر آن کمک کرده است.

تجربه‌های جانشینی، یعنی دیدن افراد موفق نیز خودکارآمدی را تقویت می‌کند؛ به‌ویژه اگر این افراد، از لحاظ توانایی‌ها، همانند خود فرد باشند و به خود بگویند «اگر آن‌ها می‌توانند این کار را انجام دهند، پس من هم می‌توانم» بر این اساس، الگوهای موفق، تأثیری مهم بر احساس شایستگی فرد دارد و راهبردها و روش‌هایی مناسبی را برای برخورد با موقعیت‌های دشوار به شخص نشان می‌دهد (شولتز و شولتز، ۱۳۸۱). چنین می‌نماید که اجرای راه‌کارهایی هم‌چون سخنرانی افراد ترک کرده درباره زندگی‌نامه خود، موانع و مشکلاتی که هنگام تلاش برای دستیابی به اهداف در پیش‌رو داشته‌اند، راه‌هایی را که برای حل هرکدام از این مشکلات و موانع در پیش گرفته‌اند، تکلیف خانگی مصاحبه با افراد ترک کرده که موقعیت و خواسته‌هایی مشابه

اثر بخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر کیفیت زندگی و ...

آزمودنی‌ها داشته‌اند و به‌رغم تصور آغازین درباره انجام آن، اکنون به‌خواسته خود رسیده‌اند، کاوش درباره فرایندهای فکری و راهبردهایی که منجر به موفقیت آن‌ها شده است و بحث گروهی درباره این راه‌کارها و تکالیف، توانسته است با افزایش احساس شایستگی شرکت‌کنندگان، راهبردها و روش‌های مناسبی را برای برخورد با موقعیت‌های دشوار در اختیار آن‌ها قرار دهد. به باور بندورا (۱۹۷۷) قانع‌سازی کلامی نیز می‌تواند خودکارآمدی را افزایش دهد، یعنی این‌که به افراد گفته شود آن‌ها توانایی دارند به هر چیزی را که می‌خواهند، برسند. البته به باور بندورا (۲۰۰۰) قانع‌سازی کلامی در نشست‌ها، با سخنان رهبر و نظر اعضاء درباره اشتباه بودن تصور هر یک از اعضاء دیگر در مورد ناتوانی در دستیابی به هدف خود اجرا می‌شود. یعنی خودکارآمدی سازه‌ای موقعیتی ویژه است و هر یک از اعضاء که احساس توانایی و خودکارآمدی بالایی دارند ممکن است در حیطه‌ایی که خودکارآمدی عضوی دیگر در آن پایین است، تأثیر داشته باشند. در کل شواهد گسترده‌ای در خصوص تأثیر آموزش‌های مداخله‌ای وجود دارد، به‌طوری‌که نتیجه این پژوهش با پژوهش‌های بال، تاننهام، آرمیستید و ماکوئن (۲۰۰۲)، بورگوین و رن ویک (۲۰۰۴)، جیا و همکاران (۲۰۰۴)، وو و همکاران (۲۰۰۸) هم‌سو است. یائو و همکاران (۲۰۰۹) و هونگ و لیکس (۲۰۰۹) نیز به بررسی تأثیر مداخلات رفتاری با هدف اصلاح و تغییر رفتار در معنادان تزیقی پرداختند که نتایج مطالعات آن‌ها در راستای نتایج پژوهش حاضر است.

همان‌طور که بیان شد، معنادان به‌عنوان قشر آسیب‌پذیر جامعه، علاوه بر پیامدهای جسمانی این بیماری با مشکلات روانی، عاطفی، اجتماعی و اقتصادی نیز روبه‌رو هستند که بر عملکرد جنسی آن‌ها تأثیر نامطلوب دارد. نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از آن است که نیاز به مراقبت‌های بهداشت روانی، یکی از اساسی‌ترین نیازهای جمعیت معنادان است و احتمال بازگشت آن‌ها به مواد را کاهش می‌دهد (یانگ، ۲۰۰۵). برخی از پژوهشگران مانند ویکرم (۲۰۰۲)، وان‌ایمفلن و کوک (۲۰۰۳) نیز به تأثیر مثبت مداخلات آموزشی بر اصلاح رفتار معنادان صحه می‌گذارند.

در واقع پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مداخلات آموزشی مانند روش خودکارآمدی گروهی می‌تواند کیفیت زندگی افراد بیمار را بهبود بخشد، عملکرد سیستم ایمنی آن‌ها را ارتقاء دهد و امید را در این افراد زنده نماید (مارک و مایر، به نقل از سبحانی‌فرد، ۱۳۸۱). روش خودکارآمدی گروهی، آگاه‌سازی فرد را تسهیل و فضایی را برای گروه فراهم می‌کند تا احساس امنیت نمایند و بر ترس خود چیره شوند. همچنین تأثیر تمرینات آرام‌بخش (دین، ۲۰۰۰)، ورزش (استرینگر، ۲۰۰۶) و تغذیه درست (کلر، ۲۰۰۴) از جمله اقدامات مثبت جهت بهبود سلامت جسمانی و روانی معنادان است. از سویی با استناد به اظهارات ویگ و همکاران (۲۰۰۶) سلامت جسمانی و روانی این افراد پیش از جلسات تحت تأثیر سطح درآمد و میزان تحصیلات پایین و عدم حمایت

آنان قرار داشت، لیکن نتایج حاکی از آن است که آموزش‌های خودکارآمدی گروهی توانسته این عوامل را کنترل کند و سلامت جسمانی و روانی افراد گروه را بهبود بخشد، از طرفی با توجه به نتایج به دست آمده برنامه‌ی مداخله‌ای توانسته است کیفیت زندگی معتادان را ارتقا داده و نیز بر عملکرد جنسی و خودکارآمدی جنسی آن‌ها تأثیر مثبتی بگذارد، و امید به زندگی را در آن‌ها افزایش دهد و تحمل آن‌ها را در برابر مسائل سخت و ناگوار زندگی بالا ببرد و از بروز رفتارهای پرخطر آن‌ها پیش‌گیری کند.

این برنامه در حین ارائه آگاهی‌های لازم در زمینه اعتیاد، شیوه‌های مناسب برای داشتن یک زندگی شخصی با کیفیت را به گروه نمونه می‌آموزد. بنابراین گنجاندن برنامه‌های آموزشی لازم برای ارتقای سطح آگاهی این‌گونه افراد که همراه با ارزیابی و ارزشیابی باشد و با روش‌های ساده و به کمک وسایل کمک آموزشی و وسایل ارتباط جمعی ملی و محلی و آموزش‌های چهره به چهره و حتی غیرمستقیم از طریق مشاوران و مسؤولین اجرا شود ضروری به نظر می‌رسد.

هرچند روش نمونه‌گیری در دسترس از جامعه یکی از محدودیت‌های این پژوهش بود، لیکن به دلیل موثر بودن برنامه درمان، ترویج و توسعه این مداخله درمانی به سایر درمانگران و پژوهشگران برای این گروه از مراجعان توصیه می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود، بررسی‌هایی پیرامون تأثیر این مداخله برای گروه نمونه زنان و همچنین شهرها و فرهنگ‌های مختلف نیز صورت گیرد.

## منابع

- سبحانی‌فرد، طاهره. (۱۳۸۲). بررسی اثر روان‌درمانی حمایتی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران اچ آی وی مثبت، «پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته مشاوره و راهنمایی، دانشگاه الزهراء (س). شولتس، دوان، و سیدنی الن شولتز. (۱۳۸۱). نظریه‌های شخصیت. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: موسسه نشر ویرایش. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۲)
- رجبی، غلامرضا، داستان، نصیر، و شهبازی، مسعود. (۱۳۹۱). پایایی و روایی مقیاس خودکارآمدی جنسی کنش‌وری نعوظی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۸(۱): ۷۴-۸۲.
- فخری، زهرا، رضایی، عاطفه، پاکدامن، شهلا، و ابراهیمی سارا. (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای باورهای خودکارآمدی تحصیلی در پیش‌بینی اهداف پیشرفت بر اساس عاطفه مثبت و منفی در نوجوانان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، بهار*. ۷(۱ پیایی ۲۵): ۶۸-۵۵.
- نصیری، حبیب‌الله. (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) و تهیه نسخه ایرانیان. *مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*، خرداد. ۱۰۶-۹۷

- Ball, J., Tannenbaum L., Armistead. L., & Maquens, S. (2002). "Coping and HIV infection in African American women" *Women Health*, 35 (1): 17-36.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliff, NJ, USA: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York, NY, USA:Freeman.
- Bandura, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Journal of Psychological Science*, 9, 75-78.
- Bandura, A. (2006). Toward a Psychology of human agency. *Journal of Psychological Science*, 1(2): 1-17.
- Beasley, K. B., De Young, L. X., & Brock, G. B. (2000). Current status of standardized questionnaires in the measurement of erectile dysfunction. *Current Urology Reports*, 1, 285-290.
- Bolton. (2004). *Group Therapy can help treat depression among HIV/AIDS Patients*. www.theBody.com.
- Borgoyne, R., & Renwick R. (2004). "Social support and Qol over time among adults living with HIV in HAART era" *Society Science Medical Journal*, 58(7): 1353-60.
- Brien, C.P.O., & McLellan, A.T. (2006) Myths about the treatment of addiction. *Lancet*, 347, 237-240.
- Dane B. (2000). "Mediation as a way to cope with AIDS". *Journal of religion and Health*, Vo 139(1):76-89.
- Feldman, H. A., Goldstein, I., & Hatzichristou, D.G. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the massachusetts male aging study. *Journal of Urology*, 151, 54-61.
- Fitz Patrick, A, Standish L, Brom B, Sanders F, Berger J, Calares C. (2006). "Association of mind-body intervention with Qol in HIV positive individuals" Bastyr university: June 10, 34-48.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. 3rd edition. Baltimore, MD, USA: The Johns Hopkins University.
- Frisch, M. B. (1992). "Use of the Quality of Life Inventory in Problem Assessment and Treatment Planning for Cognitive Therapy of Depression." Pp. 27-52 in *Comprehensive Casebook of Cognitive Therapy*, edited by Arthur Freeman and Frank M. Dattilio. New York, NY, USA: Plenum Press.
- Frisch, M. B. (2006). *Quality of Life of Therapy: Applying Life Satisfaction Approach to Positive Psychology and Cognitive Therapy*. New York, NY, USA: John Wiley and Sons Press.
- Hong, Y., & Lix, T. (2009). HIV/AIDS behavioral interventions China. *AIDS Behavior*, 13 (3): 603-613.
- Jia, H., Uphold, C.R., Wus, R. K., Findley, K., & Duncan, P.W. (2004). "Health quality of life among men with HIV infection: effects of social support, coping and depression"; *Aids parentcare STDS*, 18 (10): 594-603.

- Keller, R.H., Dickerson, J., & Luckett J. (2004). "The importance of nutritional supplementation in patients infected with HIV/AIDS" VITIMMUNE.
- Knowlton, A. (2004). Social support among HIV positive injection drug user. *AIDS and Behavior*, 8(4): 357-363.
- Liu, L. (2006). Quality of life as a social representation in China: a qualitative study, *Social Indicators Research*, 75, 217-240.
- Lobitz, W. C., & Baker, E. C. (1979). Group treatment of single males with erectile dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 8, 127-138.
- Libman, E., Rothenberg, I., Fichten, C. S., & Amsel, R. (1985). The SSES-E: A measure of sexual self-efficacy in erectile functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11, 233-244.
- Mahanta, J., & Medhi, G. k. (2008). Injecting and sexual risk behaviors, sexually transmitted infections and HIV prevalence in injecting drug users in India. *Aids*. Dec 22, 15: 859-868.
- McCormick, D.P., Holder, B., Wetsel, M. A., & Cowthon, T. W. (2001). Spirituality and HIV disease, an integrated perspective *J Assoc Nurses AIDS care*. May – June 12 (3): 58-65.
- National Institute of Health. (1993). Development panel on impotence. *Journal of American Medical Association*, 270, 83-90.
- Phillips, D. (2006). *Quality of Life: Concept, Policy, and Practice*. London, UK: Rutledge.
- Reynolds, B. S. (1978). *Erectile Difficulty Questionnaire*. Unpublished manuscript. Los Angeles: UCLA Human Sexuality Program.
- Rhodes, T., & Treloar, C. (2008). The social production of hepatitis C risk among injecting drug users. *Addiction*. Oct, 103 (10), 1593-1603.
- Skivengton, S. M., Lotfy, M., & O'connel K. A. (2004). The world health organizations WHO QOL\_BREF quality of life assessment. *Quality of life research* 13: 299-310.
- Stringer, P. (2006). "Exercise Enhances life of HIV-positive patients"; *Web MED feature*, Nov 5:43-56.
- VanEmphelen, P., & Kok, G. (2003). Effective methods two change sex-risk among drug users: A Review of Psychosocial interventions. *Soc Science Medical*, 57 (9): 50-67.
- Vickerman, P. (2002). The Impact of HIV Preventive Intervention for Injection Drug Users in Belarus. *International Journal of Drug Policy*, 13(3): 149-164.
- Wig, N., Lekshmi, R., Pal, H., Ahvja, V., Mittal, C. M., & Aqurwal, S.K. (2006). The impact of HIV/AIDS on the Qol: A cross sectional study in North India. *Original Contributions*, 60(1): 3-12.
- Worley, S., & Didiza, Z. (2009). Wellness programs for persons living with HIV/AIDS. *Glob public Health*. 4 (4): 367-385.
- Wu, D.Y., Munoz, M., Espiritu, B., Zelandita, J., Sanchez, E., Callacna, M., Rojas, C., Arevalo, J., Caldas, A., & Shin, S. (2008). "Burden of depression



اثر بخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر کیفیت زندگی و ...

among impoverished HIV-positive Women in peru"; *J Acquir Immune Defic syndr.* Avg 1, 48(4): 500-4.

Yao, Y., Wang, N., & Chu, J. (2009). Sexual behavior and risks for HIV infection and transmission among male injection drug users in Yunnan. *International Journal of Infectious Diseases.* March 13 (2): 154–161

Young, F. (2005). Needs for service reported by adults with severe mental illness and HIV. *Psychiatry service*, 99 -110. [www.google.com](http://www.google.com).



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی