



Research Article

The Effectiveness of Group Therapy Based on Quality of Life on Resilience of Women with Opioid Use Disorder

Zahra Mohaddes Hakkak ¹ , Mohammad Javad Asghari Ebrahim Abad ^{2,*} , Hamid Reza Aaghamohammadian Sharbaf ³ , Hamid Reza Mohaddes Hakkak ⁴ 

¹ PhD Student of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

³ Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, North Khorasan University of Medical Science, Bojnurd, Iran

* **Corresponding author:** Mohammad Javad Asghari Ebrahim Abad, Department of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. E-mail: mjasghari@gmail.com

DOI: [10.29252/nkjmd-110411](https://doi.org/10.29252/nkjmd-110411)

How to Cite this Article:

Mohaddes Hakkak Z, Asghari Ebrahim Abad MJ, Aaghamohammadian Sharbaf HR, Mohaddes Hakkak HR. The Effectiveness of Group Therapy Based on Quality of Life on Resilience of Women with Opioid Use Disorder. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2020;**11**(4):78-84. DOI: [10.29252/nkjms-110411](https://doi.org/10.29252/nkjms-110411)

Received: 15 Sep 2019

Accepted: 27 Jan 2020

Keywords:

Group Therapy
Quality of Life
Resilience
Substance Use Disorder

Abstract

Introduction: Nowadays opioid abuse is one of the universal problems that in addition to men, women are also involved in it, the lack of resilience characteristic can increase the probability of using in the full of stress situations of life. On the other hand, there is a significant and positive relation between quality of life and resilience. So, that purpose of this study is investigation of effectiveness of group therapy based on quality of life on resilience of women with opioid use disorder.

Methods: This study is a kind of quasi-experimental or pretest- posttest with control group, 22 women with substance use disorder were chosen in a purposive accessible sampling method and stood randomly in two groups' namely experimental group and control group. At first, resilience questionnaire of Kenner and Davidson was performed. Then 10 sessions of group therapy based on quality of life for experiment group were held and the control group, receive the same number of session of the routine treatments of the center, finally, both groups were given the post test. Data analysis were done through statistical SPSS 16 ($P < 0/05$).

Results: The average age of subjects of study was 29/32 with a standard deviation of 3/70; also, most participants were married (54/5%), their educational levels were middle school education up to graduate education. the independent t-test with the significant level of $P < 0/05$, showed resiliency of the experimental group who received group therapy based on quality of life was significantly higher than the control group. However, there was no significant difference between their resiliency scores in the pre-test.

Conclusions: Group therapy based on quality of life will cause increase of resilience of women with substance use disorder. Addict people when experiencing stressor are disposed to substance use. Increasing resilience in these individuals can increase the ability to withstand stress and reduce the likelihood of lapse.



اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی

زهره محدث حكاك^۱، محمدجواد اصغری ابراهیم‌آباد^{۲*}، حمیدرضا آقامحمدیان شعرباغ^۳، حمیدرضا محدث حكاك^۴

^۱ دانشجوی دکترا، گروه روانشناسی بالینی و سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
^۳ استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
^۴ استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
* نویسنده مسئول: محمدجواد اصغری ابراهیم‌آباد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. ایمیل: mjasghari@gmail.com

DOI: 10.29252/nkjms-110411

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۶/۲۴	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۰۷	مقدمه: امروزه مصرف موادومشکلات ناشی از آن یکی از معضلات جهانی است که علاوه بر مردان، زنان نیز درگیر آن شده‌اند، نبود ویژگی تاب‌آوری می‌تواند احتمال مصرف را در موقعیت‌های پر استرس زندگی بالا ببرد. از طرفی کیفیت‌زندگی وتاب‌آوری رابطه مثبت ومعنادار دارند؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت‌زندگی بر تاب‌آوری زنان دارای اختلال مصرف مواد افیونی است.
واژگان کلیدی: گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی تاب‌آوری اختلال مصرف مواد افیونی	روش کار: پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل است، ۲۶ نفر از زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد به‌شیوه نمونه‌گیری دردسترس هدفمند انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابتدا برای هر دو گروه، پرسشنامه تاب‌آوری کانرودیدوسون، اجرا شد، سپس ۱۰ جلسه گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت‌زندگی برای گروه آزمایش، برگزار شده و گروه کنترل به همین تعداد، درمان‌های روتین مرکز را دریافت‌نمودند، نهایتاً، از هر دو گروه پس‌آزمون به‌عمل آمد. در طول اجرا ۴ نفر از پژوهش خارج شده و نتایج حاصل از ۲۲ نفر با نرم‌افزار آماری SPSS 16 تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها: میانگین سنی آزمودنی‌های پژوهش ۲۹/۳۲ با انحراف استاندارد ۳/۷۰ است. همچنین بیشتر افراد پژوهش متأهل (۵/۵۴/۵) و دارای تحصیلات بین سیکل تا لیسانس بودند. آزمون t مستقل، در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ نشان داد تاب‌آوری گروه آزمایش به‌طور معناداری از گروه کنترل، بالاتر بود. این درحالی است که تفاوت معناداری بین نمرات تاب‌آوری آن‌ها در پیش‌آزمون وجود نداشت. نتیجه‌گیری: گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت‌زندگی سبب افزایش تاب‌آوری زنان دارای اختلال مصرف مواد می‌شود. افراد معتاد هنگام تجربه عوامل استرس‌زا، مستعد مصرف مواد می‌شوند، افزایش تاب‌آوری در این افراد می‌تواند توانایی مقاومت در برابر استرس را بالا برده و احتمال لغزش را کاهش دهد.

مقدمه

مصرف مواد و عوارض ناشی از آن از مهم‌ترین مسائل سلامت عمومی در جهان است (۱، ۲). مهم‌ترین ویژگی اختلال مصرف ماده، مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌های فیزیولوژی، رفتاری و شناختی است که سبب می‌شود فرد علی‌رغم مشکلات ناشی از مصرف، به مصرف ماده ادامه دهد (۳). حدود ۲۷۱ میلیون نفر از مردم جهان، تجربه مصرف مواد را دارند. ایران دارای ۲ میلیون وابسته و ۶ میلیون مصرف‌کننده تفتنی است (۴، ۵) و بالاترین میزان مصرف مواد افیونی در جهان را دارد (۶، ۷). رشد مصرف مواد (۸) و کاهش ۱۰ ساله میانگین سنی مصرف‌کنندگان (۹) نگران‌کننده است. اکثراً تصور می‌شد اعتیاد پدیده‌ای مردانه است (۱۰)، حال‌آنکه پژوهش‌ها نشان می‌دهند رشد مصرف مواد زنان افزایش چشمگیری داشته است (۱۱-۱۳). به‌علاوه ننگ اجتماعی بیشتر و

حمایت‌های درمانی کمتر، رفتارهای پرخطر و ابتلا به بیماری‌ها (۱۴)، مشکلات مادر و جنین و به‌دنیای آمدن نوزاد معتاد (۱۵، ۱۶)، فرار از منزل و سوءاستفاده از آن‌ها در قبال تأمین هزینه مصرف (۱۰)، مشکلات مصرف در زنان را دوچندان می‌کند، از این رو پرداختن به جمعیت زنان دارای اختلال مصرف ماده بسیار حائز اهمیت است. با وجود حساسیت این گروه، پژوهش‌های حوزه اعتیاد زنان بسیار کمتر از مردان همتای آنها است (۱۲، ۱۳) و مراجعه آنها به مراکز درمانی کمتر اتفاق می‌افتد، همچنین آمارها نشان می‌دهند زنان در درمان موفقیت پایین‌تری دارند (۱۷). این امر نشان می‌دهد درمان‌های موجود برای جمعیت زنان معتاد یا کافی نیستند و یا به اندازه کافی خوب نیستند و نیاز به درمان‌های ویژه‌ای را می‌طلبد (۱۸).

کرده و مرحله سم‌زدایی را طی کرده باشد. ۵- تحت درمان دارویی نباشد. ۶- اختلال روان‌پزشکی جدی نداشته باشد ۷- سطح تحصیلات حداقل سیکل باشد ۸- مدت زمان مصرف و اعتیاد بین ۵ تا ۱۰ سال باشد؛ و معیارهای خروج از پژوهش ۱- ماده محرک مصرف کند ۲- اختلال روان‌پزشکی جدی داشته باشد ۳- غیبت بیش از یک جلسه داشته باشد. بر اساس اطلاعات پرونده بیماران، برای افرادی که دارای معیارهای قبول در پژوهش بودند (۳۲ نفر) یک جلسه گروهی ۱ ساعته جهت آشنایی با اهداف گروه و سنجش رضایت در شرکت در پژوهش برگزار شد. با روش نمونه‌گیری در دسترس از افراد داوطلب و علاقه‌مند به شرکت در پژوهش (۲۶ نفر) پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون گرفته شد، سپس به‌طور تصادفی آزمودنی‌ها در دو گروه ۱۳ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایش در گروه‌درمانی کیفیت زندگی مایکل فریش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت ۱ روز در هفته در مرکز درمان سوءمصرف مواد زنان شرکت کردند. آزمودنی‌های گروه کنترل در این مدت، با همین تعداد جلسات، درمان‌های معمول مرکز را دریافت می‌کردند. سپس، پس‌آزمون، بافاصله زمانی ۳ ماه پس از اولین مداخله برای هر دو گروه انجام شد.

ابزار پژوهش

شامل پروتکل گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی مایکل فریش و پرسشنامه دو قسمتی اطلاعات دموگرافیک و تاب‌آوری کانر و دیویدسون بود. پروتکل گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی: در گروه آزمایش گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی فریش اجرا شده است، جلسات و گام‌های گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شرح جدول ۱ می‌باشد (۳۳، ۳۴).

پرسشنامه

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش یک پرسشنامه دو قسمتی بود، بخش اول، سؤالات مربوط به اطلاعات دموگرافیک آزمودنی و بخش دوم مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون، قرار داشت. این مقیاس توسط دو نظریه‌پرداز مشهور در حوزه تاب‌آوری، یعنی کانر و دیویدسون، ساخته شده است؛ دارای ۲۵ گویه و مقیاس لیکرتی ۵ گزینه‌ای (هرگز، به‌ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) است. برای نمره‌گذاری این پرسشنامه به گزینه هرگز، نمره ۱ و به همیشه نمره ۵ داده می‌شود. این پرسشنامه نمره‌گذاری وارونه ندارد و هیچ زیرمقیاسی نیز برای آن محاسبه نمی‌شود، حداقل نمره محاسبه‌شده ۲۵ و حداکثر نمره ۱۲۵ است و هرچه نمره فرد بالاتر باشد تاب‌آوری بیشتری دارد. افراد دارای نمره بالاتر از ۹۵ جزو افراد تاب‌آور محسوب می‌شوند (۴۰). اعظمی و همکارانش در سال ۲۰۰۵، این مقیاس را برای استفاده در ایران انطباق داده‌اند (۴۱) و نیز پژوهش‌هایی در ایران (۴۱، ۴۲)، روایی این پرسشنامه را به دست آورده‌اند. همچنین پایایی این ابزار با روش آلفای کرونباخ در پژوهش کانر و دیویدسون برابر ۰/۹۳ گزارش شده است (۴۳) و در پژوهشی که توسط سامانی و همکارانش در سال ۲۰۱۰ در مقاله تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایت‌مندی از زندگی، انجام شد، پایایی این ابزار به کمک ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ به‌دست‌آمده است (۲۱، ۴۲، ۴۴).

تاب‌آوری، یکی از جنبه‌هایی است که در افراد معتاد تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۱۹) و توانایی مقاومت در برابر استرس و بازگشت به تعادل طبیعی پس از تجربه عوامل استرس‌زا، تعریف می‌شود (۲۰). تاب‌آوری با هیجانان مثبت که نقش حفاظتی در برابر مصرف مواد دارند، مرتبط است (۲۱)، از این رو افراد تاب‌آور به احتمال کمتری جذب رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد می‌شوند (۲۲، ۲۳). شواهد دیگری مانند تاب‌آوری پایین در مصرف کنندگان (۲۴-۲۷) و تاب‌آوری بالاتر در معتادان بهبودیافته (۲۱، ۲۲، ۲۸)، می‌توانند اهمیت تاب‌آوری را در مصرف مواد و یا ترک آن مشخص نمایند. تاب‌آوری و کیفیت زندگی بریکدیگر اثرگذارند (۲۴-۲۷) و می‌توانند تحمل فرد را در رویدادهای ناگوار بالا ببرند و بر رضایت از زندگی کلی فرد و سلامتی او اثر مثبت گذارند (۲۱)؛ متأسفانه هردوی این عوامل پس از مصرف مواد پایین می‌آیند (۲۹). اما درمان‌های اعتیاد بیشتر به مشکل متمرکز شده و به ارتقای سطح فعلی زندگی فرد کمتر توجه کرده‌اند، حال آنکه ناراضی‌تری از حیثه‌های مهم زندگی (کیفیت زندگی) و ناتوانی در تحمل رویدادها و هیجانان ناگوار (تاب‌آوری)، اغلب سبب روی آوردن مجدد به مصرف می‌شود (۲۱).

گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی یکی از رویکردهایی است که در مصرف‌کنندگان مواد مورد استفاده قرار گرفته است (۳۰، ۳۱). این درمان ترکیبی از درمان‌های شناختی رفتاری و روانشناسی مثبت است که با ۵ استراتژی خود سعی در بهبود ۱۶ حیثه مهم زندگی می‌کند و در نهایت کیفیت زندگی افراد را افزایش می‌دهد (۳۲، ۳۳). در این پژوهش گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی به علت ماهیت مثبت، همچنین وجود شواهدی مبنی بر اثربخشی این درمان در گروه‌های مختلف غیرمعتاد (۲۵، ۲۷، ۳۲، ۳۴-۳۶) و در برگرفتن حوزه‌های مهمی همچون روابط، کار، اجتماع و سلامت جسمانی و روانی که در افراد معتاد اهمیت ویژه‌ای دارد، انتخاب شده است. اثربخشی این درمان بر خودکارآمدی افراد معتاد (۳۷) بررسی شده است. با وجود اهمیت تاب‌آوری و رابطه آن با کیفیت زندگی (۲۴، ۲۵) پژوهش‌های اندک‌درد این حوزه، در زنان معتاد انجام شده است، از این رو، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر تاب‌آوری زنان دارای اختلال مصرف مواد افیونی است.

روش کار

پژوهش حاضر، شبه آزمایشی (مداخله‌ای) از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش، زنان دارای اختلال مصرف مواد بودند که جهت درمان به مرکز درمان سوءمصرف مواد زنان (خانه آفتاب) در فاصله زمانی خرداد تا آبان ماه سال ۱۳۹۳ مراجعه کرده بودند، از میان آنان ۲۶ نفر به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. تعیین حجم نمونه با توجه به مطالعات مشابه (۳۸، ۳۹) و با استفاده از نرم افزار G-power با در نظر گرفتن توان ۰/۸۴ تعداد ۱۱ نفر در هر گروه تعیین شد که در نهایت با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۱۰ درصدی نمونه‌ها، ۱۳ نفر به هر گروه اختصاص داده شد که هر کدام از گروهها دو نفر افت آزمودنی داشتند و نتایج ۲۲ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. معیارهای ورود در این پژوهش عبارت بودند از: ۱- زن باشد ۲- سن بین ۲۵ تا ۳۵ سال داشته باشد ۳- نوع مصرف، مواد افیونی باشد (و نه محرک) ۴- درمان را به‌تازگی شروع

جهت بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر تاب‌آوری، از آزمون تفاوت میانگین دو گروه مستقل t مستقل با تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر گروه استفاده شد. ملاحظات اخلاقی، در ابتدا اهداف برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد و از افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و هر زمان که تمایل داشتند می‌توانستند گروه را ترک نمایند، همچنین اسامی آزمودنی‌ها محرمانه باقی‌مانده است و گروه کنترل بدون درمان رها نشده بودند و درمان‌های معمول مرکز را دریافت می‌کرده‌اند.

تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS16 بررسی شد. ابتدا جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمونه‌گیری در متغیرهای مورد مطالعه، آزمون کالموگراف اسمیرنوف در سطح معنی داری $P < 0/05$ انجام شد و براساس نرمال بودن توزیع داده‌ها جهت تجزیه و تحلیل، آزمون‌های پارامتریک انتخاب شدند. سپس آزمون t مستقل جهت بررسی معناداری تفاوت میانگین سنی دو گروه و میانگین تاب‌آوری دو گروه قبل از مداخله در سطح معنی داری $P < 0/05$ انجام شد، جهت بررسی معناداری تفاوت وضعیت تأهل و تحصیلات قبل از مداخله از آزمون یومن ویتنی در سطح معنی داری $P < 0/05$ و در آخر

جدول ۱. جلسات پروتکل گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی مایکل فریش

موضوعات مهم	
اول	آشنایی و معرفی افراد و اهداف و ارزش‌ها و رابطه آن با کیفیت زندگی و درمان اعتیاد
دوم	احترام به خویشتن و تأثیر آن بر کیفیت زندگی و درمان اعتیاد - توضیح مدل ۵ گانه بهبود کیفیت زندگی (تغییر شرایط، تغییر نگرش‌ها، تغییر اهداف و معیارها، تغییر اولویت‌ها و ارزش‌ها، افزایش رضایت کلی زندگی از طریق افزایش رضایت از سایر حیطه‌ها که دغدغه فرد نیست)
سوم	سلامتی و ترک عادات غلط (ترک اعتیاد و کیفیت زندگی) اعتیاد چیست؟ علل گرایش به اعتیاد و بازگشت به آن چیست؟ وسوسه و عوامل آن
چهارم	روابط و کنترل خشم و تاب‌آوری و تأثیر آن‌ها بر کیفیت زندگی و درمان اعتیاد بر اساس مدل ۵ گانه بهبود کیفیت زندگی
پنجم	کار و بازنشستگی تفریح و سرگرمی و تأثیر آن در کیفیت زندگی و درمان اعتیاد
ششم	کمک و یاری‌رساندن، یادگیری و خلاقیت در کیفیت زندگی و اعتیاد بر اساس مدل ۵ گانه بهبود کیفیت زندگی
هفتم	شرایط محیطی (خانه، اطرافیان، جامعه) و اثر آن بر کیفیت زندگی و درمان اعتیاد
هشتم	کاربرد مدل کاسیو در زندگی روزمره به‌ویژه مسائل مربوط به درمان اعتیاد
نهم	پیشگیری از عود و حفظ سلامت در خصوص کیفیت زندگی و درمان اعتیاد
دهم	مرور جلسات، یادگیری‌ها و موارد کاربردی و تجربه‌های اعضا از آن‌ها

جدول ۲. وضعیت سن، تأهل و تحصیلات آزمودنی‌ها

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل	نمونه کل	نوع آزمون	نتیجه آزمون، $P > 0/05$
سن	$29/73 \pm 3/85$	$28/90 \pm 3/67$	$29/32 \pm 3/70$	t مستقل	$P = 0/616, t = 0/510$
وضعیت تأهل				یومن ویتنی	$P = 0/100, z = -1/647$
متأهل	۳۶/۴۴	۷۲/۷۸	۵۴/۵۱۲		
مجرد	۱۸/۲۲	۹/۱۱	۱۳/۶۳		
مطلقه	۴۵/۵۵	۱۸/۲۲	۳۱/۶۷		
تحصیلات				یومن ویتنی	$p = 0/153, z = 1/427$
سیکل	۱۸/۲۲	۴۵/۵۵	۳۱/۸۷		
دیپلم	۴۵/۵۵	۳۶/۴۴	۴۰/۹۹		
فوق‌دیپلم	۲۷/۳۳	۱۸/۲۲	۲۲/۷۵		
لیسانس	۹/۱۱	۰/۰۰	۴/۵۱		

اطلاعات در جدول به صورت تعداد (درصد) و یا انحراف معیار \pm میانگین آمده است.

جدول ۳. نمرات تاب‌آوری دو گروه و معناداری تفاوت پیش‌آزمون تاب‌آوری دو گروه

تاب‌آوری	گروه آزمایش	گروه کنترل	نتیجه آزمون t ، مستقل $P > 0/05$
پیش‌آزمون	$88/91 \pm 18/02$	$82/36 \pm 15/67$	$P = 0/374$ و $t = 0/909$
پس‌آزمون	$97/45 \pm 16/72$	$83/91 \pm 14/75$	

اطلاعات در جدول به صورت یا انحراف معیار \pm میانگین آمده است.

جدول ۴. معناداری تفاوت تاب‌آوری گروه آزمایش و گروه کنترل پس از مداخله

گروه	تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، D	انحراف استاندارد	درجه آزادی، df	مقدار t	سطح معناداری $P > 0/05$
آزمایش	۸/۵۴	۴/۹۸	۲۰	۴/۱۰	$P = 0/001$
کنترل	۱/۵۴	۲/۶۵			

یافته‌ها

تأهل بیشترین فراوانی با ۱۲ نفر مربوط به متأهلین بود (۵۴/۵٪) و کمترین فراوانی با ۳ نفر افراد مجرد را شامل می‌شد (۱۳/۶٪). تحصیلات

میانگین سنی آزمودنی‌های این پژوهش ۲۹/۳۲ با انحراف استاندارد ۳/۷۰ بود که سن آزمودنی‌ها ۲۵ تا ۳۵ سال بوده است. از نظر وضعیت

شود فرد وقتی با مسئله‌ای روبه‌رو می‌شود آن را با ۵ استراتژی این درمان (تغییر شرایط، تغییر نگرش‌ها، تغییر اهداف و معیارها، تغییر اولویت‌ها و ارزش‌ها، افزایش رضایت کلی زندگی در سایر حیطه‌ها)، بسنجد، نگرش‌های ناکارآمد، شرایط مشکل‌آفرین، اولویت‌ها و اهداف غیرضروری را تغییر دهد و از این طریق راه مقابله با مسائل را بهبود بخشد. وقتی شخص احساس کند می‌تواند بر مسئله مسلط بوده و به شیوه‌ای مثبت با آن به مقابله بپردازد، تاب‌آوری بیشتری خواهد داشت. چهارم، این درمان به بهبود روابط می‌پردازد (۳۳)، در نتیجه شخص انرژی روانی کمتری برای تعارضات خواهد گذاشت و این انرژی روانی می‌تواند برای شرایط سخت ذخیره شود تا بتواند به نحوه بهتری در این شرایط تاب آورد. پنجم، با تغییر نگرش‌هایی که سبب کاهش تحمل فرد در رویدادهای پر استرس و آسیب‌زا می‌شود به نگرش‌هایی که تحمل شرایط را برای او آسان‌تر می‌کند، بر تاب‌آوری اثر می‌گذارد. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به این موارد اشاره نمود که این پژوهش فقط در زنان انجام شده است، به علت محدودیت اعضا در گروه‌های مداخله‌ای، تعداد آزمودنی‌ها کم است و در این پژوهش به علت ترخیص آزمودنی‌ها از مرکز اقامتی درمان مصرف مواد و عدم دسترسی به آن‌ها و ماهیت اعتیاد که افت آزمودنی زیاد دارد، پیگیری انجام نشده است.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی با ۵ استراتژی بر حیطه‌های مهم زندگی اثر گذاشته و تاب‌آوری را افزایش می‌دهد، از آنجاکه افراد دارای اختلال مصرف مواد کسانی هستند که در شرایط ناگوار و پر استرس مصرف مواد را به‌عنوان یک‌راه انتخاب می‌کنند، وجود ویژگی تاب‌آوری سبب می‌شود شرایط سخت را بهتر تحمل کرده و ممکن است احتمال مصرف کاهش یابد. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جمعیت مردان نیز اجرا شود و با نتایج این پژوهش مورد مقایسه قرار گیرد، همچنین پژوهش با تعداد بیشتر و با گروه‌های مختلف اجرا شود که قابلیت تعمیم افزایش یابد و امکان مقایسه وجود داشته باشد. همین‌طور جهت بررسی اثر این درمان در درازمدت پیگیری به عمل آید و نهایتاً پیشنهاد می‌شود بررسی شود آیا با افزایش تاب‌آوری توسط این درمان در گرایش به مواد تفاوت معناداری ایجاد خواهد شد یا خیر.

تشکر و قدردانی

این پژوهش در دانشگاه فردوسی مشهد در جلسه شماره ۳۲۲ مورخ ۹۳/۰۴/۳۱ شورای پژوهشی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی با کد طرح ۲۴۵۳ تصویب شده است و کلیه حقوق مادی و معنوی این اثر مربوط به دانشگاه فردوسی مشهد می‌باشد؛ و در آخر از افراد تحت درمان در مرکز درمان سوء مصرف مواد زنان، مسئولین مرکز خانه آفتاب، مسئول فنی محترم مرکز درمان سوء مصرف مواد دماوند مشهد و تمامی کسانی که ما را در این پژوهش یاری نمودند تشکر می‌نماییم.

References

1. Kamarzarin H, Zaree H, Brouki M. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on increasing of self-efficacy and improving of addiction symptoms among drug dependency patients. *res addiction*. 2012;6(22):75-85.
2. Organization. Management of sub-stance abuse: World.Health; 2013.

آزمودنی‌های پژوهش حاضر سیکل تا لیسانس بود که ۷ نفر سیکل (۳۱/۸٪)، ۹ نفر دیپلم (۴۰/۹٪)، ۵ نفر فوق‌دیپلم (۲۲/۷٪) و ۱ نفر لیسانس بودند (۴/۵٪). اطلاعات دموگرافیک آزمودنی‌ها و معناداری تفاوت آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از نظر سن، وضعیت تأهل و تحصیلات در جدول ۲ نشان داده شده است.

با انجام آزمون کالموگراف اسمیرنوف مشخص شد متغیر تاب‌آوری با انجام آزمون کالموگراف اسمیرنوف مشخص شد متغیر تاب‌آوری (P = ۰/۷۹۸ و $k - s = ۰/۶۴۶$) و دارای توزیع نرمال می‌باشد، بنابراین در بررسی داده‌ها از آزمون پارامتریک استفاده شده است. به‌طور معمول در پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل، از تحلیل کوواریانس استفاده می‌شود، اما به دلیل عدم صدق برخی از پیش‌فرض‌های آزمون مذکور، از آزمون مقایسه تفاوت دو میانگین مستقل (آزمون t مستقل) با تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شده است.

در جدول ۳ آزمون معناداری تفاوت میانگین دو گروه مستقل (t مستقل) نشان داد تفاوت پیش‌آزمون تاب‌آوری دو گروه قبل از مداخله معنادار نیست. با استفاده از آزمون مقایسه دو میانگین مستقل (با تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل)، می‌توان نتیجه گرفت تفاوت میانگین تاب‌آوری دو گروه معنی‌دار است ($P \geq ۰/۰۰۱$)؛ که در جدول ۴ قابل مشاهده است. این مطلب نشان می‌دهد گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی سبب افزایش تاب‌آوری زنان دارای اختلال مصرف مواد افیونی می‌شود.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی سبب افزایش معنادار تاب‌آوری زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی می‌شود. نتایج پژوهش حاضر با نتایج حاصل از سایر پژوهش‌هایی (۳۷، ۴۵، ۴۶) که اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر مؤلفه‌های سرمایه روان‌شناختی (از جمله تاب‌آوری) را سنجیده‌اند و پژوهش‌های دیگری که (۱۹، ۳۴، ۴۶) اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر خودکارآمدی افراد دارای اختلال مصرف مواد که رابطه مثبت و معنادار با تاب‌آوری دارد (۴۷) را سنجیده‌اند، هم سو است.

به اعتقاد پژوهشگر دلایلی را که سبب افزایش معنادار تاب‌آوری با گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی شده است را به شرح زیر می‌توان تبیین نمود؛ اول، کیفیت زندگی با تاب‌آوری رابطه مثبت و معنی‌دار دارد (۱۴، ۱۸، ۴۴، ۴۶)، بنابراین درمان مذکور با افزایش کیفیت زندگی بر تاب‌آوری نیز مؤثر واقع شده است. دوم، گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، توانایی فرد را در حیطه‌های مهم زندگی بالا می‌برد (۳۳) و در شرایط استرس‌زا که شخص نیازمند به تاب‌آوری است، با اطمینان به توانمندی‌های خویش تاب‌آورانه عمل می‌نماید. سوم، بهبود مهارت‌های مقابله‌ای (۳۳) است. گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی سبب می‌

5. Ahmadi K, Maleki M, Alipour M. Addiction relapse in Iranian veterans: determination of etiologies and solutions. *Iran J War Public Health*. 2010;2(4):40-44.
6. Rahimi Movaghar A, Sharifi V, Mohammadi M, Sahimi Izadian E, Rad Goodarzi R, Mansouri N. Researches on substance use in Iran 3 decades evaluation. *Hakim Res J*. 2006;8(4):37-44.
7. Merz F. United Nations Office on Drugs and Crime: World Drug Report 2017. 2017. *SIRIUS-Zeitschrift für Strategische Analysen*. 2018;2(1):85-86.
8. Mohseni Tabrizi A, Jazayeri A, Babayi N. Meta-analysis of studies on the psycho-social approach to substance abuse over a decade and a half ago. *Iran J Soc Probl*. 2010;1(1):175-200.
9. Moghadam MB, Poor SF, Rahai Z. A comparison of addicts and non-addicts viewpoint on causes of tendency to addiction. *Toloo e Behdasht*. 2008;7(3):4.
10. Rezaei Z, Zarei F, Firoozi E, Ahmadi D. Pattern of illegal drug use in women referred to Substance Abuse Control Clinic in Fasa, Iran (2009-2011). *J Fasa Univ Med Sci*. 2014;3(4):305-311.
11. Lewis CF. Substance use and violent behavior in women with antisocial personality disorder. *Behav Sci Law*. 2011;29(5):667-676. doi: 10.1002/bsl.1006 pmid: 21928399
12. Ait-Daoud N, Blevins D, Khanna S, Sharma S, Holstege CP, Amin P. Women and Addiction: An Update. *Med Clin North Am*. 2019;103(4):699-711. doi: 10.1016/j.mcna.2019.03.002 pmid: 31078201
13. Ait-Daoud N, Blevins D, Khanna S, Sharma S, Holstege CP. Women and Addiction. *Psychiatr Clin North Am*. 2017;40(2):285-297. doi: 10.1016/j.psc.2017.01.005 pmid: 28477653
14. Lavasan iF, Atefvahid M, Asgharnejad Farid A, Frzad V. Effectiveness of psychological dynamics show support in improving the outcome of opioid addiction. *Contemp psychol*. 2009;4(2):80-90.
15. Suligoi B, Magliochetti N, Nicoletti G, Pezzotti P, Rezza G. Trends in HIV prevalence among drug-users attending public drug-treatment centres in Italy: 1990-2000. *J Med Virol*. 2004;73(1):1-6. doi: 10.1002/jmv.20054 pmid: 15042640
16. Brown RA. Conventional education and controlled drinking education courses with convicted drunken drivers. *Behav Therap*. 1980;11(5):632-642. doi: 10.1016/s0005-7894(80)80002-5
17. Cotto JH, Davis E, Dowling GJ, Elcano JC, Staton AB, Weiss SR. Gender effects on drug use, abuse, and dependence: a special analysis of results from the National Survey on Drug Use and Health. *Gen Med*. 2010;7(5):402-413. doi: 10.1016/j.genm.2010.09.004 pmid: 21056867
18. Moltafet G, Papi H, Rad HK, Toyari E. Comparison of resiliency, identity styles, life quality and emotional intelligence of addicts, non-addicts and improved people. *WALIA j*. 2015;31(3):223-228.
19. Imani S, Habibi M, Pashayi S, Zahiri Sorour iM, Mirzaei J, Zaree M. Effectiveness of Mindfulness Treatment on Quality of Life in Opium Abusers: Promotion of the Mental and Physical Health. *J Health Psychol*. 2013;2(5):63-81.
20. Werner EE. Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery. *Pediatrics*. 2004;114(2):492. doi: 10.1542/peds.114.2.492 pmid: 15286237
21. HosseiniAlmadani SA, Ahadi H, Karimi Y, Bahrami H, Moazedian A. The Comparison of Resiliency, Identity Styles, Spirituality and Perceived Social Support in Addicts, Non-Addicts, and Recovered Addicts. *res addict*. 2012;6(21):47-64.
22. Buckner JC, Mezzacappa E, Beardslee WR. Characteristics of resilient youths living in poverty: the role of self-regulatory processes. *Dev Psychopathol*. 2003;15(1):139-162. doi: 10.1017/s0954579403000087 pmid: 12848439
23. Rovis D, Vasiljev V, Jenko-Praznikar Z, Petelin A, Drevensek G, Peruc D, et al. Mental health and drug use severity: the role of substance P, neuropeptide Y, self-reported childhood history of trauma, parental bonding and current resiliency. *J Ment Health*. 2019;1-9. doi: 10.1080/09638237.2019.1644492 pmid: 31347421
24. Garland EL, Gaylord SA, Boettiger CA, Howard MO. Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: results of a randomized controlled pilot trial. *J Psychoactive Drugs*. 2010;42(2):177-192. doi: 10.1080/02791072.2010.10400690 pmid: 20648913
25. Aversa LH, Stoddard JA, Doran NM, Au S, Chow B, McFall M, et al. PTSD and depression as predictors of physical health-related quality of life in tobacco-dependent veterans. *J Psychosom Res*. 2012;73(3):185-190. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.06.010 pmid: 22850258
26. Lin SH, Chen KC, Lee SY, Hsiao CY, Lee IH, Yeh TL, et al. The economic cost of heroin dependency and quality of life among heroin users in Taiwan. *Psychiatry Res*. 2013;209(3):512-517. doi: 10.1016/j.psychres.2013.01.014 pmid: 23477899
27. Ralevski E, Gianoli MO, McCarthy E, Petrakis I. Quality of life in veterans with alcohol dependence and co-occurring mental illness. *Addict Behav*. 2014;39(2):386-391. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.06.002 pmid: 23890764
28. Cuomo C, Sarchiapone M, Giannantonio MD, Mancini M, Roy A. Aggression, impulsivity, personality traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2008;34(3):339-345. doi: 10.1080/00952990802010884 pmid: 18428076
29. Kurtz SP, Pagano ME, Buttram ME, Ungar M. Brief interventions for young adults who use drugs: The moderating effects of resilience and trauma. *J Subst Abuse Treat*. 2019;101:18-24. doi: 10.1016/j.jsat.2019.03.009 pmid: 31174710
30. Ghasemi N, Kajbaf M-B, Rabiei M. The effectiveness of quality of life therapy (QOLT) on subjective well-being (SWB) and mental health. *J clin psychol*. 2011;3(2):23-34.
31. Feelemyer JP, Jarlais DCD, Arasteh K, Phillips BW, Hagan H. 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 Alcohol Depend*. 2014;134:251-258. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.10.011 pmid: 24200104
32. Roshanfar A, Mokhtari S, Padash Z. Effectiveness of educational based on quality of life therapy on perfectionism. *J Heal Syst Res*. 2013;9(8):886-895.
33. Frisch M. Quality of Life Therapy. Tehran: Nasleforda; 2006.
34. Grant GM, Salcedo V, Hynan LS, Frisch MB, Puster K. Effectiveness of quality of life therapy for depression. *Psychol Rep*. 1995;76(3 Pt 2):1203-1208. doi: 10.2466/pr0.1995.76.3c.1203 pmid: 7480486
35. Rodrigue JR, Baz MA, Widows MR, Ehlers SL. A randomized evaluation of quality-of-life therapy with patients awaiting lung transplantation. *Am J Transplant*. 2005;5(10):2425-2432. doi: 10.1111/j.1600-6143.2005.01038.x pmid: 16162191
36. Rodrigue JR, Mandelbrot DA, Pavlakis M. A psychological intervention to improve quality of life and reduce psychological distress in adults awaiting kidney transplantation. *Nephrol Dial Transplant*. 2011;26(2):709-715. doi: 10.1093/ndt/gfq382 pmid: 20603243
37. Shariati M, Izadikhah Z, Molavi M, Salehi M. Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral group therapy and quality of life therapy on self efficacy among addicts. *J Res Behave Sci*. 2013;11(4):279-288.
38. Ghasemi N, Kajbaf M-B, Rabiei M. The effectiveness of quality of life therapy (QOLT) on subjective well-being (SWB) and mental health. *J Clin Psychol* 2011;3(2):23-34.
39. Abedini E, Ghanbari Hashem Abadi BA, Talebian Sharif J, Karimi Torshizi S. Effectiveness of Hope-based Group Therapy on the Quality of Life in Women With Multiple Sclerosis. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2016;7(3):623-636. doi: 10.29252/jnkums.7.3.623
40. Amini F. Comparative analysis of life satisfaction, resilience and burnout among intensive and other units nurses. *Q J Nurs Manage*. 2013;1(4):9-17.
41. Azami A, Mohammadi M, Masoumi R. The tendency to use drugs in the age group of ten years Ardebil. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2005;5(1):16-21.

42. Samani S, Joka B, Sahragard N. Resiliency, mental health and life satisfaction. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2007;**1**(13):290-295.
43. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety.* 2003;**18**(2):76-82. doi: 10.1002/da.10113 pmid: 12964174
44. Fathi A, Kheir M, Atigh M. The relationship between self-efficacy and quality of life due to the mediating role of resiliency among patients with cardiovascular disease. *Psychol met model.* 2011;**2**:109-122.
45. Delavar A. Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. Tehran. Tehran: Roshd Publications; 2009.
46. Masten AS. Ordinary magic. Resilience processes in development. *Am Psychol.* 2001;**56**(3):227-238. doi: 10.1037//0003-066x.56.3.227 pmid: 11315249
47. Yang C, Zhou Y, Cao Q, Xia M, An J. The Relationship Between Self-Control and Self-Efficacy Among Patients With Substance Use Disorders: Resilience and Self-Esteem as Mediators. *Front Psychiatry.* 2019;**10**:388. doi: 10.3389/fpsy.2019.00388 pmid: 31249535