



بسمه تعالی

دانشگاه آزاد اسلامی

واحد خلخال

بدینوسیله تایید می‌شود پایان‌نامه مهدی صحرانورد دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی تحت عنوان: « **بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای سلامت روان، روابط بین فردی و معنا در زندگی در افراد ترک کننده مواد** » از لحاظ محتوای علمی و فرمت ویرایش و نگارشی پایان‌نامه / رساله کامل و بدون نقص می‌باشد. یک نسخه پایان‌نامه اصلاح شده، تایپ شده و بدون نقص به اینجانبان اساتید راهنما و مشاور تحویل گردیده است لذا انجام مراحل تسویه حساب و فارغ‌التحصیلی نامبرده بلامانع می‌باشد.

امضاء

تاریخ

نام و نام خانوادگی استاد/استادان راهنما

۱- دکتر عیسی جعفری

امضاء

تاریخ

نام و نام خانوادگی مدیر گروه:

دکتر اکبر عطادخت



معاونت پژوهش و فناوری

## به نام خدا مشور اخلاق پژوهش

بیامی از خداوند سبحان و اعتقاد به این که عالم محضر خداست و بهواره ناظر بر اعمال انسان و به منظور پاس داشت مقام بلند دانش و پژوهش و نظر به اهمیت جایگاه دانشگاه در اعلاای فرهنگ و تمدن بشری، م دانشویان و اعضاء هیات علمی واحد های دانشگاه آزاد اسلامی متعهد می گردیم اصول زیر را در انجام فعالیت های پژوهشی مد نظر قرار داده و از آن تخلفی نکنیم:

- ۱- اصل برانت: التزام به برانت جوئی از حرکت رفقار غیر حرفه ای و اعلام موضع نسبت به کسانی که حوزه علم و پژوهش را به مثابه های غیر علمی می آلائند.
- ۲- اصل رعایت انصاف و امانت: تعهد به اجتناب از حرکت جانب داری غیر علمی و حفاظت از اموال، تجهیزات و منابع در اختیار.
- ۳- اصل ترویج: تعهد به رواج دانش و اساعه نتایج تحقیقات و انتقال آن به بکاران علمی و دانشویان به غیر از مواردی که منع قانونی دارد.
- ۴- اصل احترام: تعهد به رعایت حریم ها و حرمت ها در انجام تحقیقات و رعایت جانب تقد و خودداری از حرکت حرمت شکنی.
- ۵- اصل رعایت حقوق: التزام به رعایت کامل حقوق پژوهشگران و پژوهیدگان (انسان، حیوان و نبات) و سایر صاحبان حق.
- ۶- اصل رازداری: تعهد به صیانت از اسرار و اطلاعات محرمانه افراد، سازمان ها و کشور و کلیه افراد و نهاد های مرتبط با تحقیق.
- ۷- اصل حقیقت جوئی: تلاش در راستای پی جوئی حقیقت و وفاداری به آن و دوری از حرکت پنهان سازی حقیقت.
- ۸- اصل مالکیت مادی و معنوی: تعهد به رعایت کامل حقوق مادی و معنوی دانشگاه و کلیه بکاران پژوهش.
- ۹- اصل منافع ملی: تعهد به رعایت مصالح ملی و در نظر داشتن پیشبرد و توسعه کشور در کلیه مراحل پژوهش.



دانشگاه آزاد اسلامی

سازمان مرکزی

### تعهد نامه اصالت رساله یا پایان نامه

اینجانب مهدی صحرانورد دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته در رشته روانشناسی گرایش بالینی در تاریخ از پایان نامه خود تحت عنوان:

« بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای سلامت روان، روابط بین فردی و معنا در

زندگی در افراد ترک کننده مواد » با کسب نمره ----- با درجه ----- دفاع نموده ام بدینوسیله متعهد میشوم:

۱) این پایان نامه حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب، مقاله و...) استفاده نموده ام، مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منابع مورد استفاده و سایر مشخصات آن در فهرست مربوطه ذکر کرده ام

۲) این پایان نامه قبلاً برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (همسطح، پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاهها و موسسات آموزش عالی ارائه نشده است.

۳) چنانچه بعد از فراغت از تحصیل قصد استفاده و هر گونه بهره برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و... از این پایان نامه داشته باشم از حوزه معاونت پژوهشی واحد مجوزهای لازم را اخذ نمایم.

۴) چنانچه در هر مقطع زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می پذیرم و واحد دانشگاهی مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی ام هیچگونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی: مهدی صحرانورد

تاریخ و امضاء



دانشگاه آزاد اسلامی واحد خلخال

مرکز تحصیلات تکمیلی

فرم شماره یک

جلسه دفاعیه پایان نامه تحصیلی مهدی صحرانورد دانشجوی کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خلخال تحت عنوان: «بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای سلامت روان، روابط بین فردی و معنا در زندگی در افراد ترک کننده مواد» به ارزش ۶ واحد در ساعت روز تاریخ توسط اعضای هیات داوران مرکب از :

۱ - استاد راهنما : دکتر عیسی جعفری

۲ - عضو هیات داوران :

۳- عضو هیات داوران :

تشکیل گردید و ضمن ارزیابی با نمره ---- درجه ----- مورد تصویب قرار گرفت.

نماینده شورای تحصیلات تکمیلی : امضا.....تاریخ .....

مدیر گروه آموزشی : امضا .....تاریخ .....





**دانشگاه آزاد اسلامی واحد خلخال**

**پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد (M.A)**

**رشته: روانشناسی بالینی**

**عنوان:**

**بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای سلامت روان،  
روابط بین فردی و معنا در زندگی در افراد ترک کننده مواد**

**استاد راهنما:**

**دکتر عیسی جعفری**

**نگارنده:**

**مهدی صحرانورد**

**سال تحصیلی ۱۳۹۶**

این پایان نامه

توسط دکتر تحقیقات و آموزش

سازمبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری

حمایت مالی شده است

ساکزاری از:

حمد و سپاس یکتای بی همتا که لطفش بر ما عیان است، ادای شکرش را بیچ زبان و دیای فضلش را بیچ کران نیست و اگر در این  
وادی هستیم، همه محبت اوست.

بر خود لازم می دانم تا مراتب سپاس را از بزرگوارانی به جا آورم که مراد انجام این امریاری نمودند.

از استاد کرامتقدرم جناب آقای دکتر عیسی جعفری که زحمت راهنمایی این پایان نامه را بر عهده داشتند، کمال سپاس را دارم.

از اساتید گرامی آقای دکتر اکبر عطا دخت و دکتر شردوست که قبول زحمت نموده و داوری این پایان نامه را بر عهده گرفته اند،  
صمیمانه شکر می کنم.

و در ضمن از اداره کل ستاد مبارزه با مواد مخدر به عنوان حمایت

کننده این پایان شکر و قدردانی می شود



## تقدیم بہ:

- پدر و مادر با محبت، قداکار و اسوہ ہای زندگیم کہ با تمام تلخ کامی ہایم ہیچ گاہ آغوش مہر خود را از من دریغ نداشتہ اند. دستان

تلاشگرشان را می بوسم و در سایہ تشویق و حمایت ہایشان بی ہیچ واہمہ اسی استوار پیش خواہم رفت، باشد کہ توفیق آن را

یابم کہ ذہ اسی از بیکران محبت آنہا را جبران نمایم.

- بہ استادان فرزاند و فریختہ اسی کہ در راہ کسب علم و معرفت مرایاری نمودند.

بہ آنان کہ نفس خیرشان و دعای روح پرورشان بدرقہ می راہم بود.

الہا بہ من کمک کن تا بتوانم ادای دین کنم و بہ خواستہ می آنان جامہ می عل پوشانم.

پروردگار احسن عاقبت، سلامت و سعادت را برای آنان مقدر فرما.

## فهرست مطالب

صفحه

عنوان

### فصل اول: کلیات تحقیق

۱-۱- مقدمه.....	۳
۱-۲- بیان مسأله.....	۴
۱-۳- اهمیت و ضرورت پژوهش.....	۸
۱-۴- هدف اصلی پژوهش.....	۹
۱-۴-۱- اهداف فرعی پژوهش.....	۹
۱-۵- سؤالات پژوهش.....	۹
۱-۶- فرضیه های پژوهش.....	۱۰
۱-۷- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها.....	۱۰
۱-۷-۱- تعاریف مفهومی.....	۱۰
۱-۷-۲- تعاریف عملیاتی.....	۱۱

### فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه تحقیق

۲-۶- روابط بین فردی.....	۳۰
۲-۷- مهارت های بین فردی و ارتباط.....	۳۱
۲-۸- انواع روابط.....	۳۱
۲-۹- ویژگی های ارتباط اثربخش.....	۳۲
۲-۱۰- دیدگاه لوینگر در مورد روابط.....	۳۳
۲-۱۱- مهارت های لازم برای ایجاد روابط بین فردی.....	۳۵
۲-۱۲- روابط بین فردی و اختلالات روانی.....	۳۶
۲-۱۳- رفتارهای غیرکلامی.....	۳۷

- ۲-۱۴- الگوی ماهیت توانش ارتباط (نقش های ارتباطی)..... ۳۸
- ۲-۱۵- مهارت های اجتماعی در ارتباطات میان فردی..... ۳۸
- ۲-۱۶- شناخت مطالب..... ۴۰
- ۲-۱۶-۱- احترام متقابل..... ۴۱
- ۲-۱۶-۲- انتخاب واژگان مناسب..... ۴۱
- ۲-۱۶-۳- سخن گفتن..... ۴۱
- ۲-۱۶-۴- ارتباط مؤثر..... ۴۲
- ۲-۱۸- معنا در زندگی..... ۴۵
- ۲-۱۹- معنای زندگی از دیدگاه اسلام..... ۴۷
- ۲-۲۰- معنای زندگی از دیدگاه مزلو و فرانکل..... ۴۸
- ۲-۲۱- تاریخچه اعتیاد به مواد مخدر..... ۴۹
- ۲-۲۲- نگاهی به وضعیت کنونی مواد مخدر در جهان..... ۵۰
- ۲-۲۳- تاریخچه مصرف مواد در ایران..... ۵۱
- ۲-۲۴- مفهومشناسی اختلالات مصرف مواد..... ۵۳
- ۲-۲۴-۱- وابستگی به مواد..... ۵۳
- ۲-۲۴-۲- شاخصهای مهم در تعریف اختلال مصرف مواد..... ۵۳
- ۲-۲۵- انواع مواد مخدر..... ۵۴
- ۲-۲۵-۱- الکل..... ۵۴
- ۲-۲۵-۲- داروهای محرک..... ۵۴
- ۲-۲۵-۳- مواد توهم زا..... ۵۶
- ۲-۲۵-۴- مواد استنشاقی..... ۵۷
- ۲-۲۵-۵- مواد افیونی..... ۵۸
- ۲-۲۵-۶- مواد آرام بخش، خواب آور یا ضد اضطراب..... ۵۸
- ۲-۲۶- نظریه های علت شناختی اختلالات مصرف مواد..... ۵۹
- ۲-۲۶-۱- نظریه های رفتاری..... ۵۹

۶۰.....	۲-۲۶-۲- یادگیری مشاهد‌های.....
۶۰.....	۳-۲۶-۲- نظریه‌های یادگیری اجتماعی.....
۶۰.....	۴-۲۶-۲- نظریه روانپویشی.....
۶۱.....	۵-۲۶-۲- نظریه‌های شناختی.....
۶۱.....	۶-۲۶-۲- نظریه‌های زیست شناختی.....
۶۲.....	۲۷-۲- مروری کلی بر روان‌درمانی اختلالات وابسته به مواد.....
۶۳.....	۱-۲۷-۲- رویکرد درمانی روانپویشی.....
۶۳.....	۲-۲۷-۲- رویکرد شناختی- رفتاری.....
۶۴.....	۳-۲۷-۲- رویکردهای مصاحبه انگیزشی.....
۶۵.....	۴-۲۷-۲- رویکردهای خودیاری رسانی.....
۶۶.....	۲۸-۲- پیشینه پژوهش.....

### فصل سوم: روش پژوهش

۷۳.....	۱-۳- طرح پژوهش.....
۷۳.....	۲-۳- جامعه آماری.....
۷۳.....	۳-۳- حجم نمونه و شیوه نمونه گیری.....
۷۴.....	۴-۳- شرایط ورود و خروج از پژوهش.....
۷۴.....	۱-۴-۳- شرایط ورود به پژوهش عبارت بودند از.....
۷۴.....	۲-۴-۳- شرایط و معیارهای خروج از پژوهش.....
۷۴.....	۵-۳- روش اجرای پژوهش.....
۷۵.....	۷-۳- ابزار های اندازه گیری.....
۷۷.....	۸-۳- روش تجزیه و تحلیل داده ها.....

### فصل چهارم یافته های پژوهش

۷۹.....	۱-۴- مقدمه .....
۷۹.....	۲-۴- ویژگیهای جمعیت شناختی.....

۴-۳- یافته های توصیفی..... ۸۲

۴-۴- یافته های استنباطی..... ۸۲

### فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

بحث و نتیجه گیری..... ۸۹

۵-۱- بحث و نتیجه گیری..... ۹۰

## فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۱. فراوانی شرکت کنندگان در تحقیق بر اساس سن.....	۷۹
جدول ۲. فراوانی شرکت کنندگان در تحقیق بر اساس وضعیت تاهل.....	۸۰
جدول ۳. فراوانی شرکت کنندگان در تحقیق بر اساس وضعیت تحصیلی.....	۸۰
جدول ۴. شرکت کنندگان فراوانی در تحقیق بر اساس نوع شغل.....	۸۰
جدول ۵. فراوانی علت عود شرکت کنندگان در تحقیق.....	۸۱
جدول ۶. فراوانی علت اقدام به درمان کنندگان در تحقیق.....	۸۱
جدول ۷. میانگین و انحراف استاندارد دو بار اندازه‌گیری (پیش آزمون و پس آزمون) سلامت روان، روابط بین فردی و معنا در زندگی در گروه‌های.....	۸۲
جدول ۸. آزمون کولموگروف- اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در متغیر سلامت روان.....	۸۳
جدول ۹. بررسی همگنی واریانس‌ها.....	۸۳
جدول ۱۰. تحلیل کوواریانس جهت بررسی شیب رگرسیون.....	۸۴
جدول ۱۱. نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس یک متغیره جهت نمرات پس آزمون و پیگیری سلامت روان در دو گروه آزمایش و کنترل.....	۸۴
جدول ۱۲. آزمون کولموگروف- اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در متغیر روابط بین فردی.....	۸۵
جدول ۱۳. بررسی همگنی واریانس‌ها.....	۸۵
جدول ۱۴. تحلیل کوواریانس جهت بررسی شیب رگرسیون.....	۸۵
جدول ۱۵. نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس یک متغیره جهت نمرات پس آزمون و پیگیری روابط بین فردی در دو گروه آزمایش و کنترل.....	۸۶
جدول ۱۶. آزمون کولموگروف- اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در متغیر روابط معنا در زندگی.....	۸۶
جدول ۱۷. بررسی همگنی واریانس‌ها.....	۸۷
جدول ۱۸. تحلیل کوواریانس جهت بررسی رگرسیون.....	۸۷
جدول ۱۹. نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس یک متغیره جهت نمرات پس آزمون و پیگیری معنا در زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل.....	۸۷

## چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای سلامت روان، روابط بین فردی و معنا در زندگی در افراد ترک کننده مواد انجام شد. روش پژوهش، آزمایشی و جامعه آماری تحقیق حاضر مرکز ترک اعتیاد آزادی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۵-۹۶ بود. از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی ۴۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. آزمودنی‌های مورد پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های سلامت روان (GHQ)، روابط بین فردی و معنا در زندگی (MLQ) در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. از این رو برای گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی اجرا و برای گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای انجام نگرفت. برای تحلیل نتایج از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی موجب افزایش سلامت روان، روابط بین فردی و معنا در زندگی در افراد ترک کننده مواد در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون شده است. نتایج این پژوهش نشان داد که مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی می‌تواند در افزایش میزان سلامت روان، روابط بین فردی و معنا در زندگی در افراد ترک کننده مواد اثربخش باشد.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، سلامت روان، روابط بین فردی، معنا در زندگی، افراد ترک کننده مواد

# فصل اول

## کلیات تحقیق



مسئله مواد مخدر شکل کاملاً مخاطره‌آمیز و پیچیده‌ای در جوامع آسیایی به خود گرفته است. طبق پژوهش‌های انجام‌گرفته، علاوه بر اینکه مصرف‌کننده مواد مخدر مسائل مختلف فردی، مانند ابتلا به بیماری‌های عفونی (ایدز، هپاتیت)، ناهنجاری‌های روانی (افسردگی، اضطراب)، اختلالات رفتاری (دروغ‌گویی، پرخاشگری، شب‌نشینی)، مشکلات شغلی و اقتصادی، قانونی و حقوقی (سرقت، قتل، تجاوز) را تجربه می‌کند، گستره این مسائل دامن‌گیر خانواده و جامعه نیز می‌گردد. ازجمله اثرات منفی یک والد مصرف‌کننده مواد مخدر بر فرزندان (بیشیک، کیمبرلی و لجت دوگوش<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱)، کاهش همبستگی خانوادگی، استرس و کشمکش بین فردی، شیوع فراوان‌تر بیماری‌های جسمی و روانی خانواده، مختل شدن ارتباطات (درون خانه و بیرون خانه)، اختلال در روابط عاطفی و جنسی زوجین و خطر برقراری روابط نامشروع، خطر روسپیگری زانی که همسران معتاد دارند، فروپاشی خانواده و طلاق، هزینه‌های سلامتی، سلامت جسمی و روانی، کاهش سازگاری اجتماعی و روان‌شناختی (عشق افکاری، قاسمی، شجاعی زاده، رحیمی فروشانی و تقدیسی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳؛ شرلی، استفانی، استرادی و زیانس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱) هزینه‌های اقتصادی، و مسائل قانونی و اجتماعی (استفاده بیشتر از خدمات تأمین اجتماعی، هزینه‌های بیمه، کمک‌های دولتی، هزینه‌های اجرایی مربوط به جرائم، حوادث رانندگی، اخراج از کار و از بین رفتن تولید و نیروی انسانی)، هدر رفتن سرمایه‌های کلان مادی کشور و کاهش امنیت اخلاقی و اجتماعی (محبوبی منش، ۱۳۸۸) را به دنبال دارد.

اعتیاد یک ناهنجاری با نشانه‌های بالینی، رفتاری و شناختی بوده که در ایجاد آن، عوامل اجتماعی و روان‌شناختی از یک طرف و عوامل زیست‌شناختی و دارو شناختی از طرف دیگر نقش دارند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). سوء مصرف مواد روی بسیاری از متغیرهای روان‌شناختی تأثیر منفی گذاشته و موجب کاهش میزان متغیرهای روان‌شناختی می‌شود. برای نمونه گزارش راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM) و معیارهای آن برای افسردگی اساسی در بزرگسالان وابسته به الکل ۱/۸ برابر بیشتر از افرادی است که به الکل وابسته نیستند (هلزر و پریزبک<sup>۵</sup>، ۱۹۸۸). مطالعات نشان می‌دهد که اختلالات اضطرابی<sup>۶</sup> بر رشد، دوره، درمان و پیامدهای اختلالات مصرف مواد در نوجوانان تأثیر می‌گذارد. اختلالات اضطرابی از رایج‌ترین اختلالات روانی در نوجوانی است و در میان نوجوانان مبتلا به اختلالات

<sup>۱</sup> Benishek, Kimberly & Legget Dugosh

<sup>۲</sup> Eshgh Afkari, Ghasemi, Shojaeizadeh, Tol, Rahimi Foroshani & Taghdisi

<sup>۳</sup> Shirley, Steffanie, Strathdee & Zians

<sup>۴</sup> American Psychiatric Association.

<sup>۵</sup> Helzer & pryzbeck

<sup>۶</sup> anxiety disorders

مصرف مواد، شایع است (کلارک و همکاران، ۱۹۹۴). برای نمونه پژوهش نشان داد که در بزرگسالان رابطه مثبت و قوی بین اختلالات سوء مصرف مواد و اختلالات اضطرابی مشاهده شده است (گرانث و همکاران، ۲۰۰۴).

یکی دیگر از متغیرهای روانشناختی پیش بین اختلال سوء مصرف مواد که به عنوان عامل حمایتی در برابر مصرف مواد عمل می کند، روابط بین فردی است. شواهد پژوهشی نشان می دهد که نقص در روابط بین فردی موجب سوگیری به مصرف مواد می شود و در افراد وابسته به مواد روابط بین فردی مختل می باشد (پهلویان و همکاران، ۱۳۹۰). یکی دیگر از عوامل موثر در سوء مصرف، کاهش معنا در زندگی و به عبارتی بی معنایی در زندگی است و به نظر می رسد که افزایش میزان معناجویی در زندگی شرایط مناسبی را برای پیشگیری از عود در افراد ترک کننده مواد فراهم آورد. شواهد پژوهشی نیز از نقش مثبت عوامل معنوی و معنایی در زندگی در افراد ترک کننده مواد حمایت می کند (وینزبرگ و هامفریز ۱۹۹۹). بررسی شواهد پژوهشی فوق نشان می دهد که عوامل روانشناختی متعددی در اختلالات مصرف مواد نقش دارند و شناسایی این متغیرها و در مرحله بعد مدیریت و استفاده از برنامه های آموزشی موجب افزایش میزان سازه های مثبتی چون سلامت روان، بهبود روابط بین فردی و معنا در زندگی در افراد ترک کننده مواد خواهد شد. در حال حاضر مداخلات متعددی در دنیا برای درمان سوء مصرف مواد و بهبود سلامت روان و دیگر سازه های روانشناختی موثر در این اختلال وجود دارد. یکی از درمان های جدید و اثربخش در این زمینه، رواندرمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی است. نقش مهمی در بهبود سلامت روان افراد ترک کننده مواد و به دنبال آن کاهش برگشت به مواد خواهد شد. رواندرمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، درمانی جدید در حوزه روانشناسی مثبت می باشد که با هدف ایجاد بهزیستی، ارتقاء رضایت از زندگی و درمان اختلالات روانی نظر افسردگی در بافت زندگی تدوین شده است. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی نقش درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در ارتقا سلامت روان، روابط بین فردی و معنا در زندگی در افراد ترک کننده مواد می باشد.

#### ۱-۲- بیان مسأله

اعتیاد به مواد مخدر به معنای وابستگی بیمارگونه به مصرف یک یا چند نوع ماده مخدر است که سبب بروز رفتارهای مواد جویانه شده و در صورت عدم مصرف مواد مورد نظر، موجب بروز علائم محرومیت در فرد معتاد می شود (اصغری، قاسمی جوبنه و قاری، ۱۳۹۳). اعتیاد یک ناهنجاری با نشانه های بالینی، رفتاری و شناختی است که در ایجاد آن، عوامل اجتماعی و روانشناختی از یک طرف و عوامل زیست-شناختی و داروشناختی از طرف دیگر نقش دارند. عوامل اجتماعی بیشتر در شروع مصرف و عوامل زیست-

شناختی در ادامه‌ی وابستگی مطرح هستند. مشکلات روانی و شخصیتی رابطه‌ای دوسویه با اعتیاد دارند و ابتلای همزمان سوء مصرف مواد و پیش‌آگهی درمان بدتر را در ابتلای همزمان سوء مصرف مواد و سایر اختلالات روانی مجدد منجر می‌شود، نادیده گرفتن اختلالات روانی پیش و پس از ترک است (انجمن روان-پزشکی آمریکا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳؛ به نقل از وجودی، عبدل پور، بخشی‌پور رودسری و عطارد، ۱۳۹۳).

تعداد مصرف‌کنندگان مواد در سطح جهان به ۱۹۰ میلیون نفر می‌رسد و در ایران نیز آمار رسمی معتادان کشور را یک میلیون و ۳۲۵ هزار نفر اعلام کرده‌اند که میانگین سنی این افراد به ۱۸ سال می‌رسد. بررسی آمارهای اخیر و مقایسه‌ی آن با آمارهای گذشته نشان می‌دهد در طی ۴۰ سال گذشته روند کلی اعتیاد رو به افزایش بوده است. اعتیاد یکی از مشکلات اساسی جامعه بشری است، به‌طوری‌که میلیون‌ها زندگی را ویران و سرمایه‌های کلان ملی صرف مبارزه، درمان و صدمات ناشی از آن می‌شود. متأسفانه هر روز شمار زیاده‌تری از افراد به مصرف مواد روی می‌آورند و دچار پیامدهای جسمی، روانی، فرهنگی، خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی ناشی از اعتیاد می‌شوند. کشور ما به دلایل فرهنگی، برخی باورهای نادرست و شرایط ویژه جغرافیایی مانند هم‌جواری با کشورهای بزرگ تولیدکننده‌ی مواد افیونی دارای شرایط مناسب برای روی آوردن جامعه به سمت اعتیاد است. عوارض روانی و شخصیتی ناشی از اعتیاد به مواد مخدر فراوان‌اند: از جمله: پریشانی روانی، ضعف اراده، نداشتن معنا در زندگی، بی‌توجهی به مسئولیت‌های فردی، ضعف شخصیت، ضعف عاطفه، عصبی بودن، شخصیت نامتعادل و متزلزل، روابط بین فردی ضعیف و ضعف اعتماد به نفس. همچنین در زمینه‌ی اجتماعی می‌توان به عوارضی مانند بی‌توجهی به مقررات جامعه، ضعف نیروی کار جامعه، بی‌نظمی، نداشتن شغل و بی‌اعتمادی در جامعه، ضعف بنیاد خانواده، افزایش انحرافات مانند: دزدی، فحشا و تکدی‌گری اشاره کرد (عاشوری، ملازاده و محمدی، ۱۳۸۹).

اعتیاد با آسیب‌های جسمی و روانی مرتبط است و سلامت و امنیت فرد را تهدید می‌کند. شواهد پژوهشی حاکی از آن است که سوء استفاده از مواد مخدر و مصرف مواد افیونی با سلامت روان پایین همراه است (فیلمیر، جارلایس، آراسته، فیلیپس و هاگان، ۲۰۱۴). سلامت روان عبارت است از داشتن سازگاری کافی و احساس خوب بودن از دیدگاه روانشناختی، متناسب با معیارهای قابل قبول روابط انسانی و اجتماعی (ساعتچی، ۱۳۹۳). فرهنگ روانپزشکی کمپل این اصطلاح را احساس رضایت بهبود روانی و تطابق کافی اجتماعی با موازین مورد قبول هر جامعه تعریف کرده است (پورافکاری، ۱۳۹۳). در عصر حاضر سلامت روان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های سلامت و بهداشت یک جامعه قلمداد می‌گردد و عمیقاً مورد توجه

<sup>1</sup>. American Psychological Association

روان‌پزشکان، روانشناسان و سایر دانشمندان علوم رفتاری و اجتماعی قرار گرفته است. در نتیجه بهداشت روان دانش و هنری است که به افراد کمک می‌کند تا با ایجاد روش‌های صحیح از لحاظ روانی و عاطفی بتوانند با محیط خود سازگاری نموده و راه‌حل‌های مطلوب‌تری را برای مشکلاتشان انتخاب نمایند چراکه اگر فشار روانی فرد را به‌طور مداوم تهدید کند دیگر نمی‌تواند انسان با نشاط، نیرومند و توانا در انجام مسئولیت‌های اجتماعی خود باشد (بنائیان، پروین و کاظمیان، ۱۳۸۵).

یکی دیگر از متغیرهای پژوهش، روابط بین فردی است. ارتباط میان فردی یک تعامل گزینشی نظام‌مند منحصر به فرد و رو به پیشرفت است که سازنده شناخت ظرفیت از یکدیگر و محصول این شناخت بوده و موجب خلق معانی مشترک در بین آنها می‌شود (کربلایی اسماعیلی و همکاران، ۱۳۸۵). از نظر روانشناسان مثبت‌نگر، روابط بین فردی مثبت مهمترین عامل ایجاد کننده کیفیت زندگی بالا است. به نظر می‌رسد که رابطه بین فردی مثبت عامل لازم یا بخش مهم شادکامی انسان محسوب شده و اگر چه جهت تداوم بخشیدن به رضایت مندی عمیق و پایدار به تنهایی نمی‌تواند کافی باشد. از جهتی روابط مناسب مستلزم تجربه هیجان‌هایی است که مشابه با هیجان‌های فرد دیگر باشد این تجربه، توانایی ارزیابی مستقیم از رفتار دیگران را فراهم می‌کند (بشارت و همکاران، ۱۳۹۰). افراد ترک‌کننده مواد در مقایسه با افراد عادی جامعه ممکن است با مشکلات بیشتری برای ادامه امور زندگی رو به رو باشند. یکی از عوامل مهمی که افراد ترک‌کننده با آن رو به رو هستند، روابط بین فردی ضعیف در آنها می‌باشد. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که افراد دارای سوء مصرف مواد نشانه‌هایی از راهبردهای تنظیم هیجان منفی و رفتار بین فردی مختل را از خود نشان می‌دهند (زاهد و همکاران، ۱۳۸۸). در پژوهش دیگری حساسیت بین فردی و ابراز وجود در افراد وابسته به مواد مخدر و عادی مقایسه شد و نتایج نشان داد که افراد معتاد نسبت به افراد عادی حساسیت بین فردی بیشتر و جرأت‌ورزی کمتر نشان می‌دهند (وجودی، عطارد و پورشریفی، ۱۳۹۳).

یکی دیگر از عوامل موثر در عدم بازگشت افراد ترک‌کننده از مواد، داشتن معنا در زندگی می‌باشد. همه انسان‌ها در مورد مهمترین مسائل زندگی و چگونگی زندگی کردن هم در حال حاضر و هم در آینده به بینش و نگرشی نیازمند هستند. افراد ترک‌کننده اعتیاد هنگامی که معنا یا اهدافی را در زندگی خود بر می‌گزینند که با ارزش‌ها، مهارت‌ها، توانمندی‌ها و علایق خاص آنها هماهنگی دارد، خوشحال‌تر می‌شوند در این میان رویکرد به بهبود کیفیت زندگی می‌تواند اهداف و ارزش‌ها را بر مبنای باورهای مهم در زندگی برای فرد استوار سازد. و فرد نسبت به درست یا نادرست بودن امور و هدف یا معنای زندگی به آن بنگرد (فریش، ۲۰۰۶). لازمه جستجوی معنا مسئولیت شخصی است. هیچ کس و هیچ چیز دیگر نه پدر، نه مادر، نه همسر و

نه مردم نمی توانند به افراد ترک کننده معنا و منظور در زندگی بدهند. این مسئولیت خود آنهاست که راهشان را پیدا کنند و آنگاه که در آن استقرار یافتند در آن پایداری می نمایند (کنگ و همکاران، ۲۰۰۹). پژوهش دیوسالار و همکاران (۱۳۹۴) بین معنا در زندگی با گرایش به اعتیاد رابطه منفی وجود دارد و معنای زندگی به عنوان سپری حمایتی در برابر گرایش به اعتیاد عمل می کند. همچنین در پژوهش صدری دمیچی و همکاران (۱۳۹۵) میزان معناجویی در افراد وابسته به مواد نسبت به افراد عادی به طور معنی داری پایین گزارش شد. در بعد درمانی نیز شواهد پژوهشی نشان می دهد که معنادرمانی در کاهش افسردگی و امید به زندگی در افراد معتاد به مواد مخدر موثر است (خالدیان و محمدی فرد، ۱۳۹۴).

بررسی شواهد پژوهشی مربوط به اختلالات مزمنی چون اعتیاد نشان می دهد که متغیرهای روانشناختی نقش مهمی در آسیب شناسی و درمان اختلالات سوء مصرف مواد دارند. بنابراین شناسایی این متغیرها و استفاده از پروتکل های آموزشی و درمانی جهت ارتقاء این متغیرهای روانشناختی مثبت نقش مهمی در بهبود سلامت روان افراد ترک کننده مواد و به دنبال آن کاهش برگشت به مواد خواهد شد. در حال حاضر مداخلات متعددی در دنیا برای درمان سوء مصرف مواد و بهبود سلامت روان و دیگر سازه های روانشناختی موثر در این اختلال وجود دارد. یکی از درمان های جدید و اثربخش در این زمینه، رواندرمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی است. رواندرمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، درمانی جدید در حوزه روانشناسی مثبت می باشد که با هدف ایجاد بهزیستی، ارتقاء رضایت از زندگی و درمان اختلالات روانی نظر افسردگی در بافت زندگی تدوین شده است. این درمان از ترکیب رویکرد شناختی بک در حوزه بالینی، تئوری فعالیت میهالی با روانشناسی مثبت سلیگمن، توسط فریش در سال ۲۰۰۶ طراحی شده است (فریش، ۲۰۰۶). کیفیت زندگی درمانی شامل رویکردی برای افزایش رضایت از زندگی است. در این مدل، درمان با ایجاد تغییر شناختی- رفتاری در پنج مفهوم اصلی انجام می شود، این مفهوم به طور خلاصه CASIO (حروف اول پنج کلمه) نامیده می شود و عبارتند از: شرایط زندگی، ۲: نگرش ها یا چگونگی ادراک توسط شخص، ۳: استانداردهایی که ما برای خود تعریف کرده ایم، ۴: ارزش ها و ۵: رضایت کلی از زندگی (پرزور، علیزاده گوردال، یاقوتی زرگر و بشرپور، ۱۳۹۴). هدف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، عبارت است از افزایش خودمراقبتی حرفه ای یا غای درونی و پیشگیری از فرسودگی. درمان مبتنی بر کیفیت زندگی معطوف به تقویت شادکامی از طریق توجه به مشکلات و شکوفایی در همه عرصه های 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 چالش های روزانه زندگی به شیوه ای اندیشمند، عاشقانه، دلسوزانه و جامع تعریف

می شود (فریش، ۲۰۰۶).

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی اثربخش است (پرزور و همکاران، ۱۳۹۴). در پژوهش دیگری قاسمی و همکاران (۱۳۹۰) اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان را روی گروهی از افراد مراجعه کننده به مراکز مشاوره بررسی کردند و نتایج نشان داد که درمان فوق موجب بهبود سلامت روان و افزایش بعد هیجانی بهزیستی ذهنی در آزمودنی‌ها شده است. در بعد متغیرهای مربوط به روانشناسی مثبت نیز نتایج پژوهش رستمی و همکاران (۱۳۹۲) مشخص شد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی باعث افزایش بهزیستی روانشناختی و مولفه‌های مهارت محیطی، رشد شخصی، هدف در زندگی، روابط مثبت با دیگران و پذیرش خود در گروه آزمایش شده است. مرور شواهد پژوهشی فوق نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر کیفیت زندگی روی سازه‌های روانشناسی مثبت و حوزه بالینی موثر است.

وابستگی به مواد در بلندمدت موجب مشکلات متعدد جسمی و روانشناختی از قبیل کاهش میزان سلامت روان و تضعیف تعاملات بین فردی می‌شود. بنابراین، دستیابی به روش‌های درمانی که بتواند متغیرها روانشناختی دخیل در این اختلال از قبیل سلامت روان، روابط بین فردی و معنا بهبود بخشد، موجب پیشگیری از عود و ارتقا سطح متغیرهای فوق خواهد شد. در دهه‌های اخیر نظریه‌ها و پژوهش‌های روانشناختی، برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای نوینی را جهت افزایش سازه‌های روانشناختی دخیل در اعتیاد مطرح ساخته‌اند. یکی از درمان‌های مطرح در این زمینه درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی است که نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخش بودن این نوع مداخله دارد. با توجه به مطالب ذکر شده و همچنین کمبود منابع پژوهشی در زمینه بررسی نقش درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی روی متغیرهای روانشناختی دخیل در اعتیاد، در پژوهش حاضر درصدد پاسخ‌گویی به این سؤال هستیم که آیا روش درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقاء سلامت روانی، روابط بین فردی و معنا در زندگی در افراد ترک کننده مواد موثر است؟

### ۱-۳- اهمیت و ضرورت پژوهش

با توجه به بالا بودن آمار افراد وابسته به مواد در کشور و همچنین نیاز مبرم مراکز درمانی دخیل در حوزه اعتیاد به برنامه‌های روان‌درمانی در خصوص پیشگیری و کاهش مصرف مواد و با عنایت به کم بودن پژوهش‌های مربوط به بررسی نقش مداخلات روانشناختی نظیر درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقاء میزان سلامت روان و بهبود سازه‌های روانشناسی مثبت نظیر روابط بین فردی و معنا در زندگی در افراد ترک کننده مواد، انجام پژوهش حاضر در کنار مداخلات دیگر ضروری به نظر می‌رسد. از آنجایی که ترک اعتیاد

توسط فرد معتاد، مستلزم طی پروسه‌ای طولانی مدت، پر هزینه و سخت می باشد لذا اقداماتی که بتواند ماندگاری ترک اعتیاد را در معتادان طولانی تر نموده و موجبات بازگشت آنها به دوران قبل از اعتیاد گردد، حائز اهمیت است. درمان اعتیاد با توجه به چند بعدی بودن علت شناسی این اختلال مستلزم درمان سیستمی است. بنابراین، در کنار درمان های جسمانی و اجتماع محور، باید از روش های درمانی روانشناختی نیز بهره برد. یکی از درمان های اثربخش و نسبتاً جدید، رواندرمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی است. مرور شواهد پژوهشی نشان می دهد که این درمان در کاهش آسیب های روانشناختی و ارتقاء میزان متغیرهای روانشناختی مثبت اثربخش بوده است. با این حال، نقش رواندرمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر میزان سلامت روان و بهبود سازه های روانشناسی مثبت نظیر روابط بین فردی و معنا در زندگی در افراد ترک کننده مواد بررسی نشده است و این موضوع یکی از ضرورت های انجام تحقیق حاضر می باشد.

#### ۱-۴- هدف اصلی پژوهش

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای سلامت روان ، روابط بین فردی و معنا در زندگی در افراد ترک کننده مواد

#### ۱-۴-۱- اهداف فرعی پژوهش

- بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای سلامت روان در افراد ترک کننده مواد.
- بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای روابط بین فردی در افراد ترک کننده مواد.
- بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای معنا در زندگی در افراد ترک کننده مواد.

#### ۱-۵- سوال های پژوهش

- آیا درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای سلامت روان در افراد ترک کننده مواد موثر است؟
- آیا درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای کیفیت زندگی در افراد ترک کننده مواد موثر است؟
- آیا درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای معنا در زندگی در افراد ترک کننده مواد موثر

است؟

#### ۱-۶- فرضیه های پژوهش

- درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای سلامت روان در افراد ترک کننده موثر است.
- درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای روابط بین فردی در افراد ترک کننده مواد موثر است.
- درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای معنا در زندگی در افراد ترک کننده مواد موثر است.

#### ۱-۷- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

##### ۱-۷-۱- تعاریف مفهومی

درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی: درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (QOLT) ترکیبی از دو رویکرد شناختی-رفتاری و روانشناسی مثبت است و هدف آن مطالعه و افزایش دادن شادکامی، نقاط قوت انسانی و کیفیت بهتر زندگی برای مراجعین است (فریش، ۲۰۰۶).

سلامت روان: سلامت روانی حالت خاصی از روان است که سبب بهبود، رشد و کمال شخصیت انسان می گردد و به فرد کمک می کند که با خود و دیگران سازگاری داشته باشد. از دید سازمان بهداشت جهانی سلامت روان عبارت است از سازگاری فرد با خودش و دیگران، قضاوت صحیح در برخورد با مسائل، داشتن روحیه انتقاد پذیری و داشتن عملکرد مناسب در برخورد با مشکلات.

روابط بین فردی: رفتار بین فردی مشخص کننده روابط بین دو فرد با مفهوم ضمنی تعامل متقابل مشخص می شود. ارتباط میان فردی یک تعامل گزینشی، نظام مند، منحصر بفرد و رو به پیشرفت است که سازندهی شناخت طرفین از یکدیگر و محصول این شناخت بوده و موجب خلق معانی مشترک در بین آن ها می شود (کربلایی اسماعیلی و همکاران، ۱۳۸۶).

معنا در زندگی: فرانکل<sup>۱</sup> معتقد است که نیروی اولیه و مشوق تمام موجودات انسانی پیدا کردن معنا و هدف در زندگی است و این هدف بسته به افراد مختلف متفاوت بوده و برگرفته از شرایط محیطی افراد است. از دید وی، معنا در زندگی به عنوان دلایل و انگیزه های رفتار، آدمی را جذب و به زندگی نشاط می بخشد. از ویژگی های انسان «اراده معطوف به معناجویی» در زندگی است که سلامت روانی شخص را تضمین می کند (فرانکل، ۱۹۹۲).

---

<sup>۱</sup>. Frankl



#### ۱-۷-۲- تعاریف عملیاتی

درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی: در این پژوهش منظور از درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (QOLT) برنامه آموزشی است که شامل ۸ جلسه یک ساعت و نیم آموزشی بوده و به صورت گروهی اجرا می‌شود. سلامت روان: در پژوهش حاضر منظور از سلامت روانی میزان نمره‌ای که آزمودنی در آزمون سلامت روانی (GHQ) گلدبرگ (۱۹۸۲) کسب می‌کند.

روابط بین فردی: در این پژوهش منظور از روابط بین فردی میزان نمره‌ای که آزمودنی‌ها از پرسشنامه روابط بین فردی کسب می‌کند.

معنا در زندگی: در این پژوهش منظور از معنا در زندگی میزان نمره‌ای است که آزمودنی‌های مورد مطالعه از پرسشنامه معنا در زندگی (MLQ) استگر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۶) به دست می‌آورند.

---

<sup>۱</sup> . Steger

## فصل دوم

### مبانی نظری و پیشینه تحقیق

در این فصل ابتدا به بررسی مفاهیم و ابعاد نظری متغیرهای پژوهش از جمله سلامت روان، روابط بین فردی و معنا در زندگی و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی خواهیم پرداخت. در ادامه به پیشینه های داخلی و خارجی پژوهش اشاره خواهد شد.

## ۲-۱- کیفیت زندگی

کیفیت زندگی<sup>۱</sup> به عنوان جزء مهم سلامت شناخته شده است (کاپلان<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳) و عامل مهم کاهش دهنده ی علائم در بیماری های مزمن روانی و جسمانی شناخته شده است. فرهنگ انگلیسی آکسفورد (۱۹۸۹)، کیفیت زندگی را میزان برتری و امتیاز در زندگی در ارتباط با برخی معیارهای مقایسه ای که اکثر مردم در یک جامعه آن را مطرح می کنند، تعریف کرده است (کراولی<sup>۳</sup>، ۱۳۸۸). همچنین، اسکوارتز، اندرسون، نوسک و کارهان<sup>۴</sup> (۲۰۰۷)، بیان کرده اند کیفیت زندگی مجموعه ای از واکنش های عاطفی و شناختی افراد در مقابل وضعیت جسمانی، روانی و اجتماعی خود است و میزان رضایتمندی فرد از وضعیت زندگی، حائز اهمیت است. پژوهش ها خبر از رابطه ی منفی سوء مصرف مواد و کیفیت زندگی می دهند (رالوسکی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۴؛ لین<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۳؛ ایمانی و همکاران، ۱۳۹۲؛ اورسا<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۲).

در پژوهش کورپاس، مرازک، بیلسکا<sup>۸</sup> (۲۰۱۳) که بر روی ۱۹۷۴ زن و مرد انجام شد، کیفیت زندگی زنان در این پژوهش پایین تر از گروه مردان بوده است؛ که این نتایج می تواند هشدار بر لزوم پژوهش در گروه زنان معتاد باشد.

به طور خلاصه می توان گفت، از آنجاکه کیفیت زندگی و سوء مصرف مواد رابطه ای مثبت و معنادار دارند و کیفیت زندگی به عنوان عاملی پیشگیرانه در مصرف مواد محسوب می شود، همچنین با توجه به اهمیت زنان مصرف کننده ی مواد، پرداختن به کیفیت زندگی این گروه در این پژوهش نکته حائز اهمیت است.

---

<sup>۱</sup>. Qulity of life

<sup>۲</sup>. Kaplan

<sup>۳</sup>. crawley

<sup>۴</sup>. Schwartz, Andresen, Nosek & Krahn

<sup>۵</sup>. Ralevski

<sup>۶</sup>. Lin

<sup>۷</sup>. Aversa

<sup>۸</sup>. Kurpas, Mroczek, Bielska

## ۲-۲- گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی

درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، ترکیبی از رویکرد شناختی رفتاری و روانشناسی مثبت است. روانشناسی مثبت یک جنبش نوظهور در حیطه‌ی روانشناسی معاصر است که بر نیاز به فهم جنبه‌های مثبت تجربه‌های انسانی و فهم اینکه چه چیزی باعث می‌شود که زندگی ارزش زیستن داشته باشد، تأکید دارد که پیدایش آن به مارتین سلیگمن<sup>۱</sup>، رئیس پیشین انجمن روانشناسی آمریکا، برمی‌گردد. روانشناسی مثبت چیزی بیش از مطالعه علمی فضیلت‌ها و توانایی‌های انسان نیست. این حیطه در چشم‌انداز علمی خود علاقه‌مند به تحقیقات علمی به‌منظور درمان و رفع کمبودها نیست، بلکه روانشناسی مثبت به دنبال افزایش شادی، سلامت و مطالعه علمی در مورد نقش توانمندی‌های شخصی و سامانه‌های اجتماعی مثبت در ارتقای سلامت افراد و جوامع است. روانشناسی مثبت به‌جای بحث درباره اختلال‌ها و آسیب‌شناسی روانی، به ویژگی‌های انسان سالم، عوامل مؤثر بر سلامت روانی و راهبردهای استفاده از حداکثر قابلیت‌های ذاتی و محیطی برای برخورداری از حالت روانی سالم و زندگی سازنده می‌پردازد (سلیگمن، ۱۳۹۲).

امروزه، روانشناسان مثبت‌گرا در مقابل راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانپزشکی<sup>۲</sup>، یک نظام طبقه‌بندی به نام برتری‌ها و نقاط قوت شخصیت<sup>۳</sup> به وجود آورده‌اند، بدین معنی که روانشناسی مثبت به شناسایی و طبقه‌بندی توانمندی‌هایی در انسان می‌پردازد که می‌توانند برخلاف بیماری‌ها عمل کنند. این توانمندی‌ها در شش بخش، طبقه‌بندی شده‌اند که عبارت‌اند از: دانایی<sup>۴</sup>، شجاعت<sup>۵</sup>، تنوع‌طلبی<sup>۶</sup>، عدالت‌جویی<sup>۷</sup>، اعتدال<sup>۸</sup>، تعالی<sup>۹</sup> (لویمی، ۱۳۹۲).

روانشناسی مثبت در حیطه نظری خود سه حوزه اصلی، به شرح زیر را شامل می‌شود: هیجانات مثبت (سطح ذهنی)؛ خصیصه‌های مثبت (سطح فردی)؛ نهادها و سازمان‌های مثبت (سطوح جمعی) (سلیگمن، ۱۳۹۲).

---

<sup>۱</sup>. Seligman

<sup>۲</sup>. DSM

<sup>۳</sup>. CSV

<sup>۴</sup>. Knowledge

<sup>۵</sup>. Bravery

<sup>۶</sup>. Ask diversity

<sup>۷</sup>. Ask equanimity

<sup>۸</sup>. Mideration

<sup>۹</sup>. Perfection

یکی از راه‌های افزایش کیفیت زندگی افراد، رویکردهای روانشناسی مثبت، همچون درمان مبتنی بر کیفیت زندگی است (روشنفر، مختاری، پاداش، ۱۳۹۲). گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی به‌صورت ساختارمند و همراه با تکالیف و تمرین‌های شناختی، رفتاری به دنبال ایجاد تحول در ۱۶ حوزه‌ی اصلی زندگی می‌باشد که عبارت‌اند از: بهداشت و سلامت؛ عزت‌نفس و احترام به خویشتن؛ اهداف و ارزش‌ها؛ پول و مادیات، کار و بازنشستگی؛ بازی، تفریح و سرگرمی؛ یادگیری؛ خلاقیت؛ کمک به دیگران؛ عشق؛ دوستان؛ فرزندان؛ خویشاوندان؛ خانه و همسایه؛ جامعه؛ همسر (فریش، ۱۳۹۰).

گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی ایجاد تغییر شناختی- رفتاری در ۵ مفهوم اصلی انجام می‌شود این ۵ مفهوم به‌طور خلاصه کاسیو<sup>۱</sup> (حروف اول ۵ کلمه) نامیده می‌شود و عبارت‌اند از:

۱- شرایط زندگی<sup>۲</sup> (تغییر شرایط): اولین راهبرد، تغییر شرایط به‌منظور بهبود بخشیدن به حیطه‌ی خاص زندگی است. با تغییر دادن مواردی مانند روابط خود، محل زندگی، محل کار، یا محل و چگونگی تفریحات، شرایط تغییر یابند. مثلاً اگر فردی از ازدواج خود ناراضی است می‌تواند از مشاوره‌ی ازدواج جهت تغییر ماهیت روابط خود با همسر کمک بگیرد. یا اگر دانشجویی از نمرات امتحانی خود ناراضی است، به بهبود مهارت‌های مطالعه خود درصدد مشاوره‌ی تحصیلی بپردازد.

۲- نگرش‌ها یا چگونگی ادراک توسط شخص<sup>۳</sup> (تغییر نگرش‌ها): دومین راه بهبود بخشیدن شادمانی یک حیطه‌ی خاص زندگی، تغییر نگرش نسبت به موقعیت، تصحیح هر نوع تحریف یا منفی‌گرایی در تفکر است. تغییر نگرش مستلزم بازنگری یا ارزیابی مجدد هر بخش از زندگی است که با طرح دو سؤال مهم صورت می‌گیرد، اول، در این موقعیت واقعاً چه روی داده است؟ و دوم، معنی این رویداد برای من چیست؟ دیدگاه ما نسبت به موقعیت یا معنای آن برای سلامت یا آینده‌ی ما، اغلب مبتنی بر واقعیت‌ها نیست، دیدگاه ما تحریف‌شده یا نادرست است. برای مثال کارمندی ممکن است فکر کند که رئیسش از کار او ناراضی است چون توجهی به وی ندارد، درحالی‌که در واقعیت رئیس وی درگیر مسائل شخصی خویش است. چون گرایش به نتیجه‌گیری منفی بدون در نظر گرفتن تمامی واقعیت‌ها وجود

---

<sup>۱</sup>. CASIO

<sup>۲</sup>. circumstance

<sup>۳</sup>. attitude

دارد، بنابراین، قبل از تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه چیزی در آن حیطه‌ی مهم زندگی در جریان است، باید اطلاعات بیشتری درباره‌ی آن موقعیت به دست آورد.

۳- استانداردهایی که ما برای خودمان تعریف کرده‌ایم<sup>۱</sup> (تغییر اهداف و معیارها): سومین راهبرد تقویت رضایتمندی از حیطه‌ای از زندگی مثل شغل با روابط عاشقانه، تغییر اهداف و معیارها در این حیطه است. در اینجا اصل بر آن است که اهداف واقع‌گرایانه اتخاذ شوند و در معیارهای رضایتمندی از حیطه‌های خاصی که نارضایتی وجود دارد، انعطاف‌پذیر باشد. بدین منظور باید به سؤالاتی از این قبیل پاسخ داد از این بخش از زندگی خود واقعاً چه می‌خواهم؟ چقدر کافی خواهد بود؟ چه اهداف واقع‌گرایانه‌ای برای موفقیت در این بخش خاص زندگی‌ام باید داشته باشم؟ جهت کسب رضایتمندی در بخش خاصی از زندگی کاهش معیارها تا حدی کمک‌کننده است.

۴- ارزش‌ها<sup>۲</sup> (تغییر اولویت‌ها و آنچه اهمیت دارد): چهارمین راهبرد برای بهبود بخشیدن به رضایتمندی یا شادی، تغییر اولویت یا تغییر چیزهایی است که به نظر فرد اهمیت دارند. این راهبرد شامل ارزیابی مجدد اولویت‌ها و تأکید بر حیطه‌های بسیار مهم و قابل‌کنترل برای فرد است یعنی حیطه‌هایی که می‌تواند در مورد آن‌ها کاری بکند. مثلاً اگر فردی بیماری غیرقابل درمان دارد به اهمیت سلامت کمتر باید تأکید کرد و در عوض بر روابط و شغل خود تأکید داشته باشد. در این دو حیطه تغییراتی ایجاد کند که وی را خوشحال‌تر کند. به‌منظور دنبال کردن این راهبرد باید سؤالات زیر را پرسید اولویت‌های من کدام است؟ باید در نظر داشت که کیفیت زندگی کلی را با تأکید نکردن بر جنبه‌های خاصی که غیرقابل تغییر هستند و با پرداختن به حیطه‌های قابل‌تغییر یا قابل‌کنترل، تقویت کرد.

۵- رضایت کلی از زندگی<sup>۳</sup> (تقویت رضایتمندی در سایر حیطه‌ها)، در دیگر حیطه‌های زندگی که دغدغه فرد نیست: پنجمین و آخرین راهبرد جهت بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی، این است که رضایتمندی در حیطه‌هایی که قبلاً به آن توجهی نشده است، افزایش یابد. این کار خصوصاً هنگامی مفید است که فرد روی جنبه‌ای زندگی که تغییر آن بسیار کند است کار می‌کند، مثلاً شخصی درگیر روابط عاشقانه است درحالی‌که حیطه‌ی موردنظر شما به‌کندی

---

<sup>۱</sup>. standards of fulfillment

<sup>۲</sup>. importance

<sup>۳</sup>. overall satisfaction

پیش می‌رود، در این هنگام با معطوف ساختن خود به سایر حیطه‌های مهم زندگی مثل تفریح و دوستان، گرچه موردتوجه فوری نباشند، می‌توان کیفیت زندگی را بهبود بخشید. پایه و اساس این راهبرد، تلاش برای افزایش کیفیت زندگی از طریق افزایش رضایتمندی در حیطه‌های مهم زندگی است، حتی اگر این حیطه در حال حاضر مسئله‌ی فرد نباشند (فریش، ۲۰۰۶).

گروه‌درمانی یکی از اشکال درمان‌های روانی اجتماعی است که در آن گروه کوچکی از مراجعین به‌طور منظم باهم جلسه داشته و در جلسات یکدیگر و با رهبر گروه به گفتگو و تعامل پرداخته و به بحث و تبادل نظر می‌پردازند. علت اینکه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در این پژوهش، به‌صورت گروهی اجرا شده است، ماهیت سوء مصرف مواد و درمان‌های آن است. در روان درمانی سوء مصرف مواد، غالباً از روش گروه‌درمانی استفاده می‌شود، چراکه این روش نسبت به درمان‌های فردی مزایای بیشتری دارد. فلورس و جورجی<sup>۱</sup> (۲۰۰۵). فواید گروه‌درمانی در سوء مصرف کنندگان مواد را این‌طور عنوان می‌کنند الف) حمایت و فشار قوی برای ترک؛ ب) کاهش احساس انزوا و تنهایی در افراد سوء مصرف کننده‌ی مواد؛ ج) ایجاد انگیزه و امیدواری در جهت تغییر و اصلاح رفتار با مشاهده‌ی بهبودی دیگران؛ د) یادگیری مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های مقابله با مشکلات؛ ه) امکان ارائه و دریافت بازخورد درباره ارزش‌ها و توانایی‌های اعضای گروه و شناخت نقاط مثبت و منفی خود؛ ی) ارائه تجاربی مشابه خانواده و تمرین شیوه‌های سالم تعامل با خانواده از طریق ایفای نقش؛ و) مواجه کردن اعضا با زیان‌های سوء مصرف مواد و سایر رفتار مضر) امکان کمک به تعدادی از مراجعین در یک‌زمان و صرفه‌جویی در زمان.

## ۲-۳- تعاریف سلامت روان

سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۶ تعریفی از سلامتی را ارائه دارد: سلامتی گستره وسیعی است جهت توانمند ساختن فرد ها گروه ، که از یک طرف موجب واقعیت بخشیدن به آمال و آرزوها و ارضاء نیازها و از طرف دیگر باعث مقابله با محیط می شود. بنابراین طبق تعریف فوق به نظر می رسد سلامتی یک منبعی برای زندگی روزمره است نه به عنوان وسیله ای برای زندگی ، یک مفهوم کاربردی و مثبت است که علاوه بر تأکید بر توانایی جسمانی افراد بر منابع فردی و اجتماعی آنان نیز تأکید می ورزد . (اسکوفیلد، ۱۹۹۸).

---

<sup>۱</sup>. Flores & Georgi

اصلاح سلامت روانی، اصطلاحی است که از آن برای بیان و اظهار کردن هدف خاصی برای جامعه استفاده می‌شود. هر فرهنگی براساس معیارهای خاص خود به دنبال سلامت روان است. هدف هر جامعه‌ای این است که شرایطی را که سلامت اعضای جامعه را تضمین می‌کند آماده نماید. سلامت روان بخشی از سلامت عمومی است. منظور از سلامت روان، سلامت ابعاد خاصی از انسان مثل هوش، ذهن، حالت و فکر می‌باشد. از طرف دیگر سلامت روان بر سلامت جسمانی هم تأثیر دارد. بسیاری از پژوهش‌های اخیر مشخص کرده‌اند که یک سری اختلال‌های فیزیکی و جسمانی به شرایط خاص روانی مرتبط هستند. با وجود این که سلامت روان مفهوم وسیعی است اما هنوز یک تعریف کلی که مورد قبول همه باشد از آن به دست نداده‌اند هر فرد یا گروهی یک تصور خاص از سلامت روان دارد در حالی که در مورد سلامت جسمانی چنین حالتی وجود ندارد. در سال ۱۹۴۸، کمیسیون مقدماتی سومین کنگره جهانی بهداشت روانی، برای بهداشت روانی یک تعریف دو قسمتی ارائه می‌دهد:

۱. بهداشت روانی حالتی است که از نظر جسمی، روانی و عاطفی در حدی که با بهداشت روانی دیگران انطباق داشته باشد برای فرد مطلوب‌ترین رشد را ممکن می‌سازد.

۲. جامعه خوب جامعه‌ای است که برای اعضای خود چنین رشدی را فراهم می‌آورد در عین حال رشد خود را تضمین می‌کند و نسبت به سایر جوامع بردباری نشان می‌دهد (گنجی، ۱۳۷۹).

سازمان بهداشت جهانی، بهداشت روانی را براساس جنبه‌های زیستی و اجتماعی تعریف می‌کند. به نظر این سازمان، بهداشت روانی برای فرد استعداد ایجاد روابط موزون با دیگران و استعداد شرکت در تغییرات محیط اجتماعی و طبیعی با استعداد کمک به تغییرات، به شیوه سازنده، قائل است. همچنین بهداشت روانی ایجاب می‌کند که بین تمایلات غریزی فرد هماهنگی وجود داشته است در این تعریف هیچ اشاره‌ای به بیماری نشده است.

در تعریف فوق و تعاریف مشابه آن، سازگاری با محیط اهمیت زیادی دارد طبق این تعریف شخصی که بتواند با محیط (اعضای خانواده، همکاران، همسایگان و به طور کلی اجتماع) خوب سازگار شود از نظر بهداشت روانی بهنجار خواهد بود. این شخص با تعادل روانی رضایت بخش پیش خواهد رفت. تعارضات خود را با دنیای برون و درون حل خواهد کرد و در مقابل ناکامی‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی مقاومت خواهد داشت. اگر کسی توان انجام دادن این کارها را نداشته باشد و در نتیجه با محیط خود به شیوه نامناسب و دور از انتظار برخورد کند از نظر روانی بیمار محسوب خواهد شد، زیرا با این خطر روبرو خواهد بود که تعارض



های حل نشده خود را به صورت نوروز (اختلالات خفیف رفتاری) نشان می دهد و به شخص نوروتیک تبدیل می شود. (گنجی، ۱۳۷۹).

عده ای از روان شناسان معتقدند که سلامت روان، داشتن هدفی انسانی در زندگی، سعی در حل عاقلانه مشکلات، سازش با محیط اجتماعی براساس موازین علمی و اخلاقی و سرانجام ایمانی به کار و مسئولیت پذیری و پیروی از اصول نیکوکاری و خیر خواهی است. (شفیع آبادی، ۱۳۷۱).

در سالهای اخیر انجمن کانادایی بهداشت روانی را در سه قسمت تعریف کرده است.

قسمت اول: نگرش های مربوط به خود (شامل تسلط بر هیجان های خود، آگاهی از ضعف های خود و رضایت از خوشی های ساده)

قسمت دوم: نگرش های مربوط به دیگران (علاقه به دوستی های طولانی و صمیمی، احساس تعلق به یک گروه و احساس مسئولیت در مقابل محیط انسانی و طبیعی).

قسمت سوم: نگرش های مربوط به زندگی (رویارویی با الزام های زندگی، پذیرش مسئولیت ها، ذوق و توسعه امکانات و علایق خود، توانایی اخذ تصمیم های شخصی و ذوق یا انگیزه خوب کارکردن (گنجی، ۱۳۷۹).

به طوری که ملاحظه می شود، این انجمن بهداشت روانی را در ارتباط با سازگاری با محیط و نگرشهای مربوط به خود و دیگران تعریف می کند اما به مفاهیم بیماری آسیب شناسی و ناسازگاری ارجاع نمی دهد (همان منبع).

طبق تعریف فرهنگ روانشناسی آرتور ۱۹۸۵ واژه سلامت روان، برای افرادی که عملکردشان در سطح بالای از سازگاری هیجانی و رفتاری است به کار می رود و در مورد افرادی که صرفاً بیماری روانی ندارد به کار نمی رود. از نظر کاپلان و ساروک سلامت روان، آن حالت بهزیستی است که افراد قادر باشند به راحتی در جامعه، فعالیت کنند و پیشرفتها و خصوصیات شخصی برای آن رضایتبخش است (ادبی، ۱۳۷۹).

کنفرانس بین المللی بهداشت که با همکاری سازمان بهداشت جهانی و یونیسف در سال ۱۹۸۸ با شرکت ۱۳۴ کشور در آلماتا تشکیل شد سلامت روانی را سلامت کامل جسمانی روانی، اجتماعی تعریف نموده است و نه فقدان بیماری و ناتوانی (ادبی، ۱۳۷۹). آرچریک مبحث تاریخی را اضافه کرده و می گوید در جوامع به

سرعت در حال تغییر و غیر قابل پیش بینی امروز توانایی اکتشاف محیط و ایجاد تعهد ، یک مهارت اساسی برای بقاء و لازمه سلامت روانی است (همان منبع).

## ۲-۴- ویژگی های افراد برخوردار از سلامت روان

برای داشتن بهداشت روانی خوب ، شرایطی وجود دارد : روبروشدن با واقعیت ، سازگاری داشتن با تغییرات ، گنجایش داشتن برای اضطرابها ، کم توقع بودن ، احترام قایل شدن به دیگران ، دشمنی نکردن با دیگران و کمک رساندن به مردن (گنجی، ۱۳۷۹).

۱. افراد سالم از نظر روان احساس راحتی می کنند. خود را آن گونه که هستند می پذیرند ، از استعدادهای خود بهره مند می شوند در مورد عیوب جسمانی و ناتوانیهای خود شکیبوده و از آن ناراحت نمی شوند ، دیدگاه واقع گرایانه دارند ، دشواریهای زندگی را سهل می انگارند ، آن ها وقت کمی را در نگرانی ، ترس ، اضطراب و یا حسادت سپری می کنند . اغلب آرامند ، نسبت به عقاید تازه گشاده رو بوده و دارای طیب خاطر هستند ، شوخ طبع هستند و اعتماد به نفس دارند ، اگرچه از حضور در جمع لذا می برند اما به تنها بودن نیز اهمیت می دهند و وحشتی از آن ندارند ، همچنین از سیستم ارزشی برخوردارند که از تجارب شخصی شان سرچشمه می گیرد . بدین معنی که یک احساس شخصی مبتنی بر درست یا غلط بودن امور دارند .

۲. افراد دارای سلامت روان ، احساس خوبی نسبت به دیگران دارند ، آنها می کوشند تا دیگران را دوست بدارند ، و به آنان اعتماد کنند ، چرا که تمایل دارند دیگران نیز آن ها را دوست باشند و به آن ها اعتماد نمایند چنین افرادی قادرند که با دیگران روابط گرمی داشته باشند و این روابط را ادامه دهند ، به علایق دیگران توجه می کنند و احترام می گذارند آنها به خود اجازه نمی دهند از سوی دیگران مورد حمله و فشار قرار گیرند و نیز سعی نمی کنند که بر دیگران تسلط یابند آنها با احساس یکی بودن با جامعه ، نسبت بر دیگران احساس مسئولیت می کنند .

۳. قدرت روبرو شدن با نیازهای زندگی را دارند معمولاً نسبت به اعمال خود احساس مسئولیت می کنند و با مشکلات به همان شیوه که رخ می دهد برخورد می کنند . دارای پندارهای واقع گرا در مورد آنچه که می توانند یا نمی توانند انجام بدهند هستند بنابراین آن ها محیط خود را تا آن جا که ممکن است شکل می دهند و نیز تا آن جا که ضرورت دارد با آن سازگار می شوند (بنی جمالی ، ۱۳۷۳).

در این بخش به بررسی دیدگاه های مختلف روانشناسی پیرامون ویژگی های افراد دارای سلامت روان می پردازیم :

## ۲-۵- دیدگاه های نظری راجع به سلامت روان:

### ۲-۵-۱- دیدگاه روانپزشکی

دیدگاه روانپزشکی ، درباره فرد دید تعامل حیاتی دارد . طبق این دیدگاه فردی که از سلامت روانی برخوردار است که دارای نظام متعادلی است که خوب عمل می کند و اگر تعادل به هم بخورد بیماری روانی ظاهر خواهد شد (گنجی، ۱۳۷۹).

### ۲-۵-۲- دیدگاه های روان تحلیلی

دیدگاه روانکاوی معتقد است که شخصیت فرد از سه عنصر تشکیل می شود ، نهاد، من و من برتر . بنابراین به نظر آنان بهداشت روانی ، زمانی تضمین می شود که من با واقعیت سازگاری شود و همچنین تکانش های غریزی نهاد به کنترل درآید (همان منبع).

فروید به نقل از حسینی (۱۳۶۰) سلامت روانی را از یک طرف نتیجه تعادل بین سه عنصر نهاد ، من و من برتر و از طرفی دیگر نتیجه تعادل بین سطوح خود آگاه و ناخودآگاه می داند . فروید معتقد است که شخص سالم دو ویژگی دارد :

۱. می تواند دوست بدارد و دوست داشته باشد .

۲. می خواهد و می تواند کار بکند (شعاری نژاد، ۱۳۷۱).

به نظر فروید ویژگی خاصی که برای سلامت روانشناختی ضروری است خود آگاهی می باشد یعنی هر آنچه که ممکن است در ناخودآگاه موجب مشکل شود ، بایستی خود آگاه شود ، شخص سالم از مکانیزم های دفاعی نوع دوستی ، شوخ طبعی ، پارسای و ریاضت و والایش یا تصعید استفاده می کند (نجات، ۱۳۷۸).

همچنین به عقیده فروید ، شخص سالم کسی است که نیازهای تثبیت شده نداشته باشد ، نیازهای نهفته یا درونی شده اش در جهت معیارهای درونی شده من برتر باشد و براساس نیازهایش عمل نکند و نیازهایش با یکدیگر در تعارض و کشمکش نباشد . بعلاوه انسان برخوردار از سلامت روانشناختی موجودی منحصر به فرد است که بایستی به صورت یگانه مورد بررسی و مطالعه قرار بگیرد و دارای خصوصیات زیر باشد:

۱. بین من و من آرمانی فرد فاصله زیادی وجود ندارد.
  ۲. من دارای قدرتمندی و کارایی بسیار است.
  ۳. از ساختار روانی خودش آگاهی لازم را دارد.
  ۴. هدف نهایی او رشد خلاقیت و تحقق خویشتن است.
- نظر هورنای (۱۹۴۵) به نقل از خدا رحیمی (۱۳۷۴): انسان برخوردار از سلامت روان دارای این ویژگی ها می باشد: احساس امنیت می کند، لذا فاقد پرخاشگری و خودشیفتگی است، به دلیل آگاهی از خود واقعی و استعداد بالقوه خوی تسلیم محض محیط اجتماعی و فرهنگی نیست، بلکه ابتکار و شخصیت خودش را عهده دار می شود، خوشناسی و کوشش را برای تحقیق استعدادهای فطری و ذاتی وظیفه اخلاقی و امتیاز معنوی شخصیت سالم است و هدف او کمال است، انسان سالم خودآگاهی دارد و از خود واقعی و استعدادهایش کم و بیش آگاه است و خودش بسیاری از مشکلات زندگی را حل می کند لذا به دیگران وابستگی ندارد.

از دیدگاه کارل یونگ، فرایندی که موجب یکپارچگی شخصیت انسانی می شود مزیت یافت یا تحقق خود است.

این فرآیند خود شدن، فرایندی طبیعی است این گرایش چنان نیرومند است که یونگ آن را غریزه نامید. در انسان مزیت یافته هیچ یک از وجوه شخصیت مسلط نیست، نه هوشیار و نه ناهوشیار.

نه یک منش یا گرایش خاص و نه هیچیک از سنخ های کهن، بلکه همه آن ها به توازی هماهنگ رسیده اند. از طرف دیگر به نظر وی همه جنبه های شخصیت باید به یکپارچگی و هماهنگی دست یابند به طوری که همه آنها بتوانند بیان شوند. افراد سالم از شخصیتی برخوردارند که یونگ آن را شخصیت مشترک، خوانده است. چون دیگر هیچ جنبه شخصیت به تنهایی حاکم نیست. یکتایی فرد ناپدید می شود و دیگر چنین اشخاصی را نمی توان متعلق به یک سنخ روانی خاص دانست (گنجی، ۱۳۷۹).

به عقیده آلفرد آدلر، زندگی بودن نیست، بلکه شدن است، آدلر به انتخاب، مسئولیت و معناداری مفاهیم در شیوه زندگی اعتقاد دارد و شیوه زندگی افراد را متفاوت می داند. محرک اصلی رفتار بشر، هدفها و انتظار او از آینده است. فرد سالم به عقیده آدلر از مفاهیم و اهداف خودش آگاهی دارد و عملکرد او مبتنی بر حيله و بهانه نیست او جذاب و شاداب است و روابط اجتماعی ساطنده و مثبتی با دیگران دارد روابط خانوادگی صمیمی و مطلوب دارد و جایگاه خودش را در خانواده و گروه های اجتماعی به درستی می شناسد. همچنین

فرد سالم در زندگی هدفمند و غایت مدار است و اعمال او مبتنی بر تعقیب این اهداف است. عالی ترین هدف شخصیت سالم، تحقق خویشتن است. از ویژگی های دیگر سلامت روانشناختی این است که فرد سالم همواره به بررسی ماهیت اهداف و ادراکات خویش می پردازد و اشتباهاتش را برطرف می کند. فرد خالق عواطف خودش است نه قربانی آنها. آفرینش گرایی و ابتکار فیزیکی از ویژگی های دیگر ایت افراد است. فرد سالم از اشتباهات اساسی شامل تعمیم مطلق، اهداف نادرست و محال، درک نادرست و توقع بی مورد از زندگی، تقلیل یا انکار ارزشمندی خود و ارزش های و باورهای غلط می باشد. (شاملو، ۱۳۷۸).

اریکسون سلامت روانشناختی را نتیجه عملکرد قوی و قدرتمند سن می داند. من عنوان مفهومی است که نشان دهنده توانایی یکپارچه سازی اعمال و تجارب شخص به صورت انطباقی و سازشی است من تنظیم کننده درونی روان است که تجارب فرد را سازماندهی می کند و در نتیجه از انسان در مقابل فشارهای نهاد و من برتر حمایت می کند. هنگامی که رشد انسان و سازماندهی اجتماعی به نحو متناسب هماهنگ شود، در هر کدام از مراحل رشد روانی - اجتماعی، تواناییها و استعدادهای مشخصی ظهور می نماید در واقع به عقیده اریکسون سلامت روانشناختی هر فرد به همان اندازه است که توانسته است توانایی متناسب با هر کدام از مراحل زندگی را کسب کند (خدا رحیمی، ۱۳۷۴).

اریکسون احساس هویت را نشانه سلامت فکر و روان می داند که خود از مراحل حس اعتماد، خودمختاری، ابتکار و اشتغال به کارهای سودمند می گذری و سرانجام به احساس هویت خود منجر می گردد. این احساس سرمایه داخلی است که بعد از طی موفقیت آمیز تمام مراحل ایجاد می گردد و با همانند سازی موفقیت آمیز که به تنظیم محرک ها و غرایز اصلی فرد با توجه به فرصت ها و امکانات او منجر می شود ارتباط دارد. بدین ترتیب احساس هویت موجب اطمینان خاطری می گردد که به شخص قدرت انطباق و سازگاری می دهند (حسینی، ۱۳۶۰). در واقع به نظر اریکسون (۱۹۶۸) هویت، نشانه نشاط روانی است و هویت در مقابل سردرگمی نشانه یک شخصیت سالم در نوجوانی است.

اریک فروم تصویر روشنی از شخصیت سالم به دست می دهد. چنین انسانی به طور عمیق عشق می ورزد آفریننده است. قوه تعلقش را کاملاً پرورانده است و جهان و خود را به طور عینی ادراک می کند. حس هویت پایداری دارد. با جهان در پیوند است و در آن ریشه دارد. حاکم و عامل خود در سرنوشت خویش است. فروم شخصیت سالم را دارای جهت گیری بارور می داند. به نظر وی جهت گیری، گرایش یا نگرش کلی است که همه جنبه های زندگی را یعنی پاسخ های فکری، عاطفی و حسی به مردم، موضوع ها و

رویدادها، خواه در جهان و خواه در خود، در بر می گیرد، بارور بودن یعنی به کار بستن همه قدرت ها و استعدادهای بالقوه خویش، چهارجنبه شخصیت سالم، در روشن ساختن مقصود فروم از جهت گیری بارور و مؤثر است. این چهار جنبه شامل عشق بارور، تفکر بارور، خوشبختی، و وجدان اخلاقی می باشد عشق بارور لازمه اش رابطه آزاد و برابر بشری است طرفین رابطه می توانند فردیت خود را حفظ کنند عشق بارور از چهار ویژگی مهم برخوردار است، توجه، احساس مسئولیت، احترام و شناخت، تفکر بارور مستلزم هوش، عقل و عینیت است.

خوشبختی بحث جدایی ناپذیر و پیامد زیستن موافق جه گیری بارور و همراه همه فعالیت های سازنده می باشد. فروم میان دو نوع وجدان اخلاقی که عبارتند از: وجدان اخلاقی قدرت گرا و وجدان اخلاقی انسان گرا تفاوت قائل شده است (گنجی، ۱۳۷۹).

#### ۲-۵-۳- دیدگاه رفتار گرایی

دیدگاه رفتار گرایی معتقد است که بهداشت روانی به محرک ها و محیط وابسته است. بدین ترتیب آنچه را که مکاتب دیگر بیماری روانی به حساب می آورند از دید رفتار گرایان، رفتاری است که مانند سایر رفتارها آموخته شده است. به طور مسلم این رفتار با رفتاری که در برخی موقعیت ها به طور طبیعی اتخاذ و پذیرفته می شود مطابقت نمی کند. با این همه رفتار آموخته شده ای است که بنابراین می توان گفت رفتار ناسازگار مثل هر رفتار دیگری بر اثر تقویت آموخته می شود. به طور کلی از دیدگاه رفتار گرایی، کسی دارای بهداشت روانی است که رفتارش به محیط معینی، با نوعی بهنجاری رفتاری سازگاری دارد. (گنجی، ۱۳۷۹).

بی اف اسکینر معتقد است سلامت روانی و انسان سالم معادل با رفتار منطبق با قوانین و ضوابط جامعه است و چنین انسانی وقتی با مشکل روبرو شود تا هنگامی که از طریق جامعه بهنجار تلقی شود از طریق شیوه اصلاح رفتار برای بهبودی و بهنجار کردن رفتار خود و اطرافیانش دریافت می کند شاید معیار تلویحی دیگر در مورد خصوصیات انسان سالم از دیدگاه اسکینر این است که انسان باید از علم نه برای پیش بینی بلکه برای تسلط بر محیط خویش استفاده کند. در این معنا فرد سالم کسی است که بتواند برای انجام هر روش، بیش از اصول علمی استفاده کند و به نتایج سودمندتری برسد و مفاهیم ذهنی مثل امیال، هدفمندی، غایت نگری و مانند آن را کنار بگذارد (خدا رحیمی، ۱۳۷۴).

## ۲-۵-۴- دیدگاه انسان گرایی

این دیدگاه معتقد است که بهداشت روانی یعنی ارضای نیازهای سطوح پایین و رسیدن به سطح خودشکوفایی، هر عاملی که فرد را در سطح ارضای نیازهای سطوح پایین نگهدارد و از خود شکوفایی او جلوگیری کند، اختلال رفتاری بوجود خواهد آورد. یکی از مشهورترین انسان گرایان آبراهام مزلو معتقد است که برای داشتن سلامت روانی تا اندازه ای باید انعطاف پذیر بود با واقعیت آن قدر فاصله گرفت که بتوان بیشترین خود مختاری را به دست آورد. این فاصله گرفت یا رها شدن از واقعیت به معنی بی علاقه‌گی یا طرد نیست، بلکه شبیه تحلیل، کسب آگاهی و قبول تجربه روانی و ذهنی فرد است، ولی برای تحقق عزت نفس و خود شکیبایی معیارهایی را پیشنهاد می کند.

۱. ادراک خوب از واقعیت
۲. پیشرفت در قبول خود، دیگران و طبیعت
۳. پیشرفت در داشتن اراده
۴. پیشرفت های نسبی در موضوعات
۵. آزاد بودن و شوق زندگی داشتن
۶. خودمختاری فزاینده و مقاومت در تشکیل گروه ها
۷. ابتکار داشتن در قضاوت و غنی بودن در انگیزش
۸. فراوانی تجربه های بسیار بالا
۹. همانند سازی خوب با انسانیت
۱۰. بهبود روابط با دیگران
۱۱. راحتی در پذیرش دیگران
۱۲. رشد خلاقیت
۱۳. تحرک در نظام ارزش ها (گنجی، ۱۳۷۹).

برخلاف مزلو که بر رشد مطلوب ارگانیسم تأکید دارد. کارل راجرز یکی دیگر از انسان گرایان مشهور از بهداشت روانی مفهوم دیگری ارائه می دهد. این مفهوم ریشه در فلسفه اصالت وجودی دارد و بر فرضیه تمایل بنیادی انسان به خود شکوفایی استوار است. از طرف دیگر توانایی خود شکوفایی به محیط وابسته است. محیطی که رشد فرد را ممکن می سازد و برای او احساس پذیرفته شدن، نامشروط، محبوبیت نامشروط و ارزشمندی را فراهم می آورد. طبق نظر راجرز بیماری روانی یا عدم بهداشت روانی بر اثر

پذیرفته شدن برخی رفتارها بوجود می آید . در واقع همه رفتارها پذیرفته نمی شود و همه رفتارها مورد تأیید دیگران قرار نمی گیرد . این عدم پذیرش بین تصویری که فرد از خود دارد و تصویری که واقعیت برای او فراهم می آورد . انحراف ایجاد می کند . این جاست که شخص ، وسایل پوشاندن واقعیت را خلق می کند و بدین وسیله سازگاری بقاء برای خود ممکن می سازد (همان منبع).

راجرز برای شخصیت سالم از خود پنداره مثبت و سالم سخن به میان می آورد و خصایصی را بر می شمرد از جمله:

۱. پذیرش احساسات
۲. عزت نفس
۳. ارتباط خوب با دیگران
۴. زندگی کامل در زمان حال
۵. ادامه یادگیری چگونه آموختن
۶. ذهن بازداشتن نسبت به افکار خود
۷. توانایی تصمیم گیری مستقل
۸. خلاقیت (شعاری نژاد ، ۱۳۷۱).

به عقیده راجرز آفرینندگی مهمترین میل ذاتی انسان سالم است . همچنین شیوه های خاصی که واجب تکامل و سلامت خود می شوند به میزان محبتی بستگی دارند که کودک در شیر خوارگی دریافت کرده است . ارضای توجه مثبت غیر مشروط و دریافت غیر مشروط محبت و تأیید دیگران برای رشد و تکامل سلامت روانی فرد با اهمیت است . این افراد فاقد نقاب و ماسک هستند و با خودشان رو راست هستند . چنین افرادی آمادگی تجربه را دارند و لذا بسته نیستند ، انعطاف پذیرند و حالت تدافعی ندارند و از بقیه انسان ها عاطفی تر هستند . زیرا عواطف مثبت و منفی وسیعتری را در مقایسه با انسان های تدافعی تجربه می کنند . به عقیده وی اساسی ترین خصوصیت شخصیت سالم ، زندگی هستی دار است یعنی آماده است و در هر تجربه ساختاری را می یابد و براساس مقتضیات ، تجربه لحظه بعدی به سادگی دگرگون می شود . انسان سالم به ارگانیزم خوش اعتماد می کند . از دیگر ویژگی های انسان سالم عبارتند از : آمادگی کسب تجربه و احساس آزادی (خدارحیمی، ۱۳۷۴).



## ۲-۵-۵- دیدگاه هستی گرایی

نگرش ویکتور فرانکل به سلامت روان بر اراده تأکید می کند . جستجوی معنا مستلزم پذیرفتن مسئولیت شخصی است . هیچ کس و هیچ چیز به زندگی انسان معنا نمی دهد مگر خودش ، انسان باید با احساس مسئولیت آزادانه با شرایط هستی و زندگی روبرو شود و معنایی در آن بیابد به نظر فرانکل ماهیت وجودی انسان از سه عنصر معنویت ، آزادی و مسئولیت تشکیل شده است و سلامت روان مستلزم تجربه شخصی این سه عامل است . معیار سنجش معنادار بودن زندگی کیفیت آن است نه کمیت آن حصول و کاربرد معنویت آزادی و مسئولیت نیز با خود انسان است . بنا به نظر فرانکل انسان کامل بودن ، یعنی با کسی یا چیزی فراسوی خود پیوستن . به عقیده فرانکل ، جستجوی هدف در خود شکست خویشتن است . لذا وی هدف رشد تکامل انسان را تحقق خود نمی داند ، بلکه چیزی بالاتر از آن می داند . سلامت روان یعنی از مرز توجه به خود گذشتن از خود فراتر رفتن و جذب معنا و منظوری شدن . در این صورت خود نیز به طور طبیعی و خود به خود تحقق می یابد . به طور خلاصه می توان گفت شخص برخوردار از سلامت روان به عقیده فرانکل دارای ویژگی های زیر می باشد . آزادی انتخاب عمل دارد . مسئولیت هدایت زندگی و سرنوشت خویش را می پذیرد معلول نیروهای خارجی نیست معنای مناسبی از زندگی به دست آورده است ، بر زندگی خویش تسلط آگاهانه دارد . ارزشهای اخلاقی ، تجربه و گرایش خودش را آشکار می سازد ، از توجه به خودش فراتر می رود . آینده نگر است ، تعهد شغلی دارد ، توانایی ایثار و دریافت عشق دارد و عشق ، هدف نهایی شخص دارای سلامت روان شناختی است به عقیده فرانکل انسانی که واجد این صفات و خصوصیات باشد انسان فرارونده از خود نامیده می شود (خوشدل، ۱۳۶۹).

## ۲-۵-۶- دیدگاه شناختی

طبق این دیدگاه سلامت روان داشتن سازگاری خوب یا احساس خوب بودن است بویژه هنگامی که این نوع سازگاری یا احساس یا معیارهای جامعه ای که فرد در آن زندگی می کند همخوانی داشته باشد (نجات، ۱۳۷۸).

آلبرت الیس معیارهایی برای سلامت روان در نظر گرفته است که عبارت است از :

۱. نفع شخصی

بدین معنا این گونه افراد تمایل دارند رغبت ها و اهداف خودشان را در اکثر اوقات براه‌دهای و رغبت های سایرین بویژه افراد نزدیک و مهم مقدم بدارند و آنها را در مرتبه بعدی قرار دهند .

## ۲. رغبت اجتماعی

که باعث می شود با دیگران همکاری داشته و از مزایای زندگی در یک گروه اجتماع یا در یک جامعه بهره مند شوند .

## ۳. خود جهت یابی

بدین معنا فرد مسئول خودش است و نباید از دیگران درخواست حمایت و یاری کند.

## ۴. انعطاف پذیری

این ملاک به افرادی که تفکرات انعطاف پذیر ، قابل تغییر و بدون تعصب دارند و نگرش آن ها نسبت به سایرین براساس همزیستی است اشاره دارد .

## ۵. خطر نمودن

بدین معنا که افرادی که دارای سلامت روان هستند احساس مسئولیت بیشتری نسبت به خطر نمودن منطقی به منظور حصول اهدافی که خودشان آنها را انتخاب نموده اند از خودشان می دهند در این معنا آن ها تمایل به کارهای ماجراجویانه دارند .

سایر معیارها شامل تحمل ، پذیرش ، عدم اطمینان ، تعهد و تعلق نسبت به چیزی خارج از وجود خود ، تفکر ، پذیرش خود و لذت گرایی بلند پایا (خدارحیمی، ۱۳۷۴).

بنابر نظریه ویلیام گلاسر انسان سالم کسی است که واقعیت را انکار نکند و درد و رنج موقعیت ها را با انکار کردن نادیده نگیرد بلکه با موقعیت ها به صورت واقع گرایانه روبرو شود ، هویت موفق داشته باشد یعنی عشق و محبت بورزد و هم عشق و محبت دریافت کند و هم احساس ارزشمندی کند و هم دیگران احساس ارزشمندی او را تأکید کنند . مسئولیت زندگی و رفتارش را بپذیرد و به شکل مسئولانه رفتار کند (پذیرش مسئولیت کاملترین نشانه سلامت روانی است). توجه او به لذات دراز مدت ، منطقی و منطبق با واقعیت باشد و بر زمان حال و آینده تأکید نماید نه بر گذشته و تأکید او بر آینده نیز جنبه درون نگری داشته باشد نه این که به صورت خیال پردازی باشد.

واقعیت درمانی گلاسز نیز بر سه اصل قبول واقعیت ، قضاوت در درستی رفتار و پذیرش مسئولیت رفتار و اعمال استوار است و چنانچه در شخص این سه اصل تحقق یابد نشانگر سلامت روانی اوست (همان منبع).

به اعتقاد پرلز کسانی که از سلامت روان برخوردار هستند با واقعیت های خود و عالم بیرون کاملاً در ارتباط هستند چنین اشخاصی در نتیجه شناخت کامل خود به جای اینکه در پی تصویری آرمانی از خویش باشند می توانند خود راستین ( واقعی ) را اعتلا بخشند (شولتز، ۱۳۶۹).

## ۲-۵-۷- دیدگاه بوم شناسی

دیدگاه بوم شناسی که به مطالعه محیط های زندگی موجودات زنده و مطالعه روابط بین این موجودات با یکدیگر با محیط می پردازد معتقد است که عوامل موجود در محیط فیزیکی مثل سر و صدا ، آلودگی هوا ، افزایش جمعیت ، کوچکی محل سکونت و به خطر افتادن حریم ، می توانند بهداشت روانی فرد را به خطر اندازند . بنابراین اگر شرایط محیطی مساعد و مناسب باشد و فرد بتواند سازگاری یابد دارای سلامت روانی خواهد بود (گنجی، ۱۳۷۹).

روان شناسان در مورد قدرت سازگاری به تعدادی عوامل شخصی موجود در افراد اشاره می کنند که مهمترین آنها عبارتند از :

۱. تسلط داشتن بر زندگی خود
  ۲. داشتن خانواده ، اقوام و دوستانی که از سوی آنها حمایت می شوند
  ۳. انعطاف پذیری
  ۴. امیدواری
  ۵. داشتن هدف
  ۶. سرگرم بودن
  ۷. عشق و علاقه به کسی یا گروهی و یا امری
  ۸. فعال بودن و کارکردن (شاملو، ۱۳۷۸).
- طبق نظر وایت ( ۲۰۰۱ ) افراد دارای سلامت روان چندین ویژگی دارند که عبارتند از :

۱. پذیرش خود و دوست داشتن خویش

این ویژگی در برگیرنده دو مفهوم خودپنداره (تصورى که فرد از خودش دارد) و عزت نفس (پذیرش و قبول خود) می باشد. چنانچه این دو مفهوم همراه هم باشند تکمیل کننده اولین بخش از سلامت روانی از (پذیرش و دوست داشتن خود) هستند.

## ۲. برقراری روابط با دیگران

زمانی که فرد خودپنداره و عزت نفس مثبتی داشته باشد و خود را بپذیرد و دوست داشته باشد آنگاه به خوبی خواهد توانست با دیگران ارتباط مناسب برقرار کند.

## ۳. مقابله با نیازهای زندگی

مقابله با نیازهای و احتیاجات زندگی و کنترل الزامات و چالش های زندگی بخشی از سلامت روانی است. نکته اساسی در این زمینه موضوع مدیریت استرس می باشد. زمانی که افراد تحت استرس هستند باید مهارت های مقابله ای لازم را داشته باشند تا بدین وسیله بتوانند اثرات استرس بر جسم و روان را کاهش دهند چنانچه استرس مدیریت شود (کاهش یابد و یا کنترل شود) و مهارت های مقابله ای مؤثر موجود باشد قطعاً فرد بهتر قادر خواهد بود تا با نیازها و چالش های زندگی مقابله نماید.

## ۴. بروز مناسب هیجانات

افراد باید بتوانند هیجانات خود را شناسایی کنند و آن احساسات را به طور مناسب بروز دهند. در غیر اینصورت سلامت روانی خود فرد و همچنین دیگران در معرض آسیب قرار خواهد گرفت.

## ۲-۶- روابط بین فردی

ارتباط یکی از قدیمی ترین و در عین حال، عالی ترین دستاوردهای بشر بوده است. ارتباط در گذشته و برای انسان های اولیه، علاوه بر کارکردهایی که در بین حفظ حیات و یاری گرفتن از دیگران داشته، زمینه ساز فعالیت های اجتماعی و سرآغازی برای زندگی اجتماعی نیز بوده است. اما در عصر حاضر اهمیت برقراری رابطه به حدی است که انسان پیوسته در جهت ابداع و ساخت انواع وسایل، ابزارها، روشها و شیوه های کارآمدتر ارتباط جمعی و بین فردی کوشیده است. برقراری ارتباط به دلایل مختلفی مانند وقت گذرانی، بررسی مسائل شغلی و فردی، بیان انتظارات زناشویی و یا توقعات والدین از فرزندان، طرح اختلاف عقاید، ایده ها و موارد مشابه دیگر صورت می گیرد، اما در هر حال هیچ نوع ارتباطی جز به دلیل احساس نیاز شدید انسان برای برقراری تعامل اجتماعی به وقوع نمی پیوندد. انسان برای برقراری رابطه با دیگران، روش های مختلفی را پرورانده است که رشد و تکامل زبان و شیوه های غیرکلامی مانند حالت

چهره، حالت کلی بدن یا وضعیت اندام ها یا حرکات بیانگر و ... را شامل می‌شود. هر یک از این شیوه ها می تواند بخشی از اطلاعات و احساسات موردنظر فرد در حال صحبت با گوینده را به فرد دیگر یا شنونده انتقال دهند (ابراهیمی، ۱۳۸۷).

## ۲-۷- مهارت های بین فردی و ارتباط

مهمترین وسیله برای دستیابی به نتایج مثبت، ارضای نیازها و تحقق بخشیدن آرزوهای ما، برقرار کردن ارتباط می باشد. اگرچه برقراری ارتباط به نظر ساده می آید ولی مستلزم بکارگیری نکاتی است که اگر درست و به موقع بکار گرفته نشوند، ارتباط مؤثری برقرار نخواهد شد. در واقع مهارت های ارتباطی ما بیانگر میزان توانایی و اعتماد بنفس ما بوده و باعث افزایش میزان افزایش و احترام ما نزد دیگران می گردد. این مهارت ها در پیشرفت ما تأثیر مستقیم داشته و بر میزان حمایت و کمکی که از دیگران دریافت می کنیم اثر می گذارد و حتی ما را قادر می سازد تا بتوانیم دیگران را متقاعد نموده و آن ها را به اجرای خواسته های خود ترغیب نماییم (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۷).

## ۲-۸- انواع روابط

براساس تعریف ارائه شده از ارتباطات مبنی بر فراگرد تفهیم و تفاهم و تسهیم معنی، ارتباطات به سه دسته‌ی اساسی تقسیم شده است :

۱- ارتباط با خود، ۲- ارتباط با دیگران، ۳- ارتباط عمومی یا جمعی.

۱- ارتباط با خود : براساس این ارتباط، هریک از ما، ابتدا با خود ارتباط برقرار می کنیم و آن عبارت است از این که جریان تفهیم و تفاهم را در درون خود انجام می دهیم که یک ارتباط درونی است. ارتباط با خود دربرگیرنده‌ی مشکلات درونی یا حل تعارض درونی فرد است. این ارتباط علاوه بر برنامه ریزی برای آینده، عملکرد عاطفی و ارزیابی خود و دیگران و روابط میان خود و دیگران را مورد توجه قرار می دهد.

۲- ارتباط با دیگران : این ارتباط، فراگرد تفهیم و تفاهم و تسهیم معنی بین یک شخص و انسان های دیگر است. این ارتباط نیز مانند ارتباط با خود به دلایل گوناگون به وقوع می پیوندد. برای حل مسایل و مشکلات خود با دیگران مانند نیاز به تعلق به گروه و جمع و دوست داشتن و دوست داشته شدن.

۳- ارتباط جمعی یا عمومی : ارتباط جمعی نوعی از ارتباط است که براساس آن، فرد با تعداد زیادی از انسان های دیگر ارتباط برقرار می‌سازد. این ارتباط فراگرد تفهیم، تفاهم و تسهیم معنی شمار کثیری از انسان های دیگر است (هارجی و همکاران، ۲۰۱۰).

برخی از هدف های عمده‌ی ارتباط اثربخش در روابط بین فردی عبارت است از :

۱- پیدا کردن راه هایی برای برقرار کردن ارتباطی که روشن، مستقیم، غیراسنادی، غیرقضای و غیرتنبیهی باشد.

۲- ایجاد اشتیاق به بررسی رفتار خویش و تجسس در مورد تأثیر آن بر دیگران.

۳- کسب توانایی تعارض و کشمکش ها از طریح مشکل گشایی، نه اعمال فشار یا دستکاری.

این رویکرد در زمینه‌ی ارتباط بین افراد، از جمله دارای این فرض ضمنی زیربنایی است که اگر دیگری به ما گوشزد کند که چگونه باید زندگی خود را سپری سازیم، نتیجه‌ی اندکی عاید ما می‌شود؛ فرض دیگر، که هم ارز فرض بالاست، این است که اگر ما احساسات خود را بفهمیم، اگر درک کنیم که کدام رویدادهای انسانی موجب بروز احساسات گوناگون ما می‌شوند، اگر بفهمیم که دیگران چگونه رفتار ما را می‌بینند و درک می‌کنند و اگر عقاید گوناگونی را که در دسترس ما هستند بشناسیم، نتیجه‌ی خیلی مطلوبی حاصل می‌شود. بدین ترتیب، در یک گروه آزمایشی، نقش رهبر این نیست که پاسخ هایی به ما عرضه کند، بلکه صرفاً این است که ما را در برقرار کردن جوی از اعتماد و اکتشاف سخت مدد رساند که در آن بتوانیم با اشتیاق، رفتار نگهدارنده‌ی خویش و دیگران را مورد مطالعه قرار دهیم، آنگاه در موقعیتی قرار می‌گیریم که می‌توانیم تأثیر رفتار خودنگهدارمان را بر دیگران درک کنیم و شروع به تمرین الگوهای رفتاری صادقانه تر و کمتر تدافعی کنیم (هارجی و همکاران، ۲۰۱۰).

## ۲-۹- ویژگی های ارتباط اثربخش

۱- اهمیت فوریت: در یک رابطه‌ی نزدیک برای اینکه ارتباط اثربخش باشد، باید احساسات آشکار و بی پرده ابراز شوند، اگر از این راهبرد پیروی کنیم قادر خواهیم بود که فوراً از چگونگی تفسیر گفتار و اعمالمان آگاه شویم. با پسخوراند فوری، بهتر می‌توانیم به تأثیری که اعمال و گفته های ما دارند، بینش پیدا کنیم و برای برآوردن نیازهای خود و طرف مقابلمان دست به گزینش بزنیم. ارزش پسخوراند، محدود به دریافت کننده نیست. اغلب از طریق پسخوراند، شخص هم درباره‌ی خود و هم درباره‌ی نیازهای خود، چیزهایی کشف می‌کند مثلاً اگر احساس کند که خشمگین شدن، همیشه مخرب است، ممکن است جریان آگاهی یافتن از این احساس را مسدود سازد. لیکن هنگامی که ابراز این احساس مشروع باشد، این فرصت را دارد تا آن را آشکار کند، به آن بنگرد و آگاه شود که ابراز خشم، باعث به پایان رسیدن دنیا نمی‌شود. وانگهی، ابراز بی پرده‌ی این احساس، رویارویی را در سطحی عالی نگه می‌دارد و از تشدید احساسات منفی ممانعت می‌کند.

۲- احساسات در برابر قضاوت، مردم اغلب از نحوه‌ی فراهم آوردن پسخوراند سازنده آگاهی ندارند. اغلب ما این کار را به گونه‌ای انجام می‌دهیم که موجبات خشم و ناراحتی دریافت‌کننده را فراهم می‌کند و این خود به جای اینکه مسائل را حل و فصل کند، باعث مسائل بیشتری می‌شود. ارتباط اثربخش مستلزم صراحت است. صراحت ممکن است باعث رنجش دیگران شود. این امکان وجود دارد که آدم صریح باشد در عین حال مطلبش را طوری بیان کند که موجب کمترین ناراحتی شود.

۳- ارتباط در زندگی روزمره: همانطور که شایستگی خویش را برای ارتباط باز و صادقانه در روابط نزدیک خود پرورش می‌دهیم، به تدریج به خود اجازه می‌دهیم که آسیب‌پذیر شویم و می‌آموزیم که چگونه از آسیب‌پذیری یکدیگر سوءاستفاده نکنیم. هرچند، به استثنای روابط نزدیک، همواره نمی‌توان از دیگران انتظار احساساتی را داشت که آنان را آسیب‌پذیر می‌کند و نمی‌توان مطمئن بود که دیگران از آسیب‌پذیری ما سوءاستفاده نمی‌کنند. با وجود این با تمرین و ممارست، دانش ما درباره‌ی ارتباط اثربخش می‌تواند به تعامل‌های روزمره‌ی ما با افراد خارج از محفل خانواده و دوستان نزدیک کمک کند (شفیعی، ۱۳۹۱)

## ۲-۱۰ دیدگاه لوینگر در مورد روابط

هلند (۲۰۰۲)، بیان می‌کند که روابط در جریان رشد خود از پنج مرحله می‌گذرد که از جاذبه اولیه گرفته تا دوره‌ای که مشکلات باعث فروپاشی روابط می‌شود، را در بر می‌گیرد. در هر مرحله عوامل مثبتی وجود دارند که باعث حفظ و گسترش پیوند شده و همچنین عوامل منفی‌ای وجود دارند که مانع رشد یک رابطه شده و آن را با شکست مواجه می‌سازند. این دیدگاه به خوبی در جدول زیر بیان شده است :

مراحل پیوند	عوامل‌های مثبت	عوامل‌های منفی
جاذبه ابتدایی	بطور مداوم در معرض هیجانات مثبت بودن، نیاز شدید به وابستگی و انگیزه‌ی قوی برای دوستی	عدم مجاورت و بطور مرتب در معرض هیجانات منفی بودن، نیاز کم به وابستگی و انگیزه‌ی پایین برای دوستی
تشکیل یک پیوند	جذابیت فیزیکی موزون، مشابهت نگرش‌ها، رویکرد خصوصیات، ارزشیابی‌های مثبت دوطرفه	جذابیت فیزیکی ناموزون، اختلاف نگرش‌ها، ارزشیابی‌های منفی دوطرفه
تداوم یک پیوند	کنکاش شیوه‌هایی جهت تحکیم، علاقه‌مندی و تنوع در زندگی، ارائه‌ی شواهدی از ارزشیابی‌های مثبت، فقدان حسادت، رضایت دوطرفه	شکست در امور جنسی، ارائه‌ی شواهدی از ارزشیابی‌های منفی، سطح پایینی از رضایت دوجانبه
انحلال (فروپاشی)	وقت و کوشش زیادی برای رابطه صرف نمودن و تلاش برای بهبود یافتن رابطه	وقت و کوشش کمی برای رابطه صرف نمودن و تصمیم گرفتن برای پایان دادن به رابطه
پایان یافتن رابطه	پیوند موجود پاداش‌هایی را تقدیم می‌دارد، عدم دسترسی به همسری جایگزین، پیوند تعهد برای تداوم رابطه	تنها راه حل ممکن قابل قبول شروع زندگی جدید است، دسترسی به همسری دیگر، فقدان تعهد

روابط میان فردی، از مهمترین مؤلفه های زندگی انسان از آغاز تولد تا هنگام مرگ است. فراگیری روابط بین فردی صحیح، اهمیتی بسزا در ایجاد سلامت روانی دارد. افرادی که از مهارت های ارتباط ضعیف تری برخوردارند، کمتر از سویی اطرافیان خود پذیرفته می شوند و با مشکلات کوتاه مدت و بلندمدت زیادی روبرو هستند پیام چنین ارتباطی در بیشتر موارد تنهایی، مشکلات خانوادگی، عدم صلاحیت و نارضایتی شغلی، فشار روانی، بیماری جسمی و حتی مرگ خواهد بود. (قربانی، ۱۳۸۴) بر این باور است که مهارت های ارتباطی همان رفتارهای معین و آموخته شده ای است که افراد در روابط میان فردی خود برای کسب تقویت های محیطی یا حفظ آن ها انجام می دهند.

رفتار بین فردی مشخص کننده ی روابط بین دو فرد با مفهوم ضمنی تعامل متقابل مشخص می شود. به طور کلی مهارت های اجتماعی و هماهنگ سازی رفتارهای بین فردی به رفتارهایی گفته می شود که شالوده ی ارتباطات موفق و رو در رو را تشکیل می دهد. قربانی (۱۳۸۴) مهارت های ارتباطی را مجموعه ای از رفتارهایی می داند که کیفیت ارتباط فرد را مشخص می کند. مهارت های ارتباطی، روشها و شیوه های ضروری برای یک زندگی سالم و سازده اند. این مهارت ها، مجموعه ای از توانایی ها هستند که سبب سازگاری ما با دیگران و شکل گیری رفتارهای مثبت و مفید می گردند. این توانایی ها ما را قادر می سازند نقش مناسب خود را در جامعه به خوبی ایفا کنیم بی آنکه به خود یا دیگران آسیب برسانیم (فیاض و کریمی، ۱۳۸۹).

همچنین از نظر کربلایی اسماعیلی و همکاران (۱۳۸۵) ارتباط میان فردی یک تعامل گزینشی، نظام مند، منحصر بفرد و رو به پیشرفت است که سازنده ی شناخت طرفین از یکدیگر و محصول این شناخت بوده و موجب خلق معانی مشترک در بین آن ها می شود.

مهارت های بین فردی می توانند اعمال شخصی و اعمال مربوط به دیگران را طوری هدایت کنند که به سلامت بیشتر یعنی آسایش بیشتر جسمانی - روانی و اجتماعی منجر شود (هلند، ۲۰۰۲).

ارتباط بین فردی زمانی شکل می گیرد که مردم تعامل می کنند، آدم ها با یکدیگر گفتگو می کنند، گوش می کنند، مشاهده می کنند، به یکدیگر عکس العمل نشان داده و به طرق بسیار متعددی انواع گوناگونی از اطلاعات را مبادله می کنند. ارتباط اساس و ماده ی تشکیل دهنده زندگی اجتماعی است. از زمان طفولیت افراد دیگر را، درباره ی خودمان، نیازها و احساسات و اندیشه هایمان آگاه می کنیم و محتوای ارتباطات ما به اندازه ی خود زندگی متنوع و متغیر می باشد؛ متقابلاً دیگر افراد هم چه کودکان و چه بزرگسالان - تجربیاتشان را به ما انتقال می دهند. یک روش سودمند مفهوم پردازی درباره ی ارتباط بین فردی این است



که به آن به عنوان «پیام ها یا اطلاعاتی نگاه کنیم که از طریق دیدن، شنیدن و لمس کردن دیگران برایشان فرستاده می شود و یا از آن ها دریافت می گردد». انسان ها از ابزارهای بسیار ماهرانه ای برای برقراری ارتباط، هم برای ارسال و هم برای دریافت اطلاعات، استفاده می کنند؛ از چهره، بدن و صداهایشان برای ارسال پیام به دیگران و از حواسشان - بینایی، شنوایی و لامسه برای دریافت پیام ها استفاده می کنند. پیام های دریافتی و در کل هر تجربه ای انسانی بوسیله ی مغز دریافت شده و نیز مغز است که سازماندهی و هماهنگی های لازم را برای پیام های خروجی انجام می دهد؛ اما این همه ی داستان نیست. به یاد داشته باشیم که هر ارتباطی یک مبادله است، مبادله ای که همیشه دو نفر درگیر آن هستند. ارتباط زمانی برقرار می گردد که فردی پیامی را می فرستد و شخص دیگری آن را دریافت می کند. ارتباط فرایندی دوطرفه است. نقش ما در ارتباط، از طریق گفتگو کردن و مشاهده کردن افراد دیگری که در حال برقراری ارتباط هستند و نیز از طریق گفتگو با آنها ایفا می گردد. ما بخش عمده ای از زندگی خود را در ارتباط با دیگران سپری می کنیم و یا در فکر آن به سر می بریم. هر چه بیشتر ارتباطات مؤثرتر و موفق تری داشته باشیم موفقیت چشمگیری بدست می آوریم. رفتار میان فردی تنها در زندگی خصوصی مهم به شمار نمی آید؛ افراد زیادی در زمینه هایی به کار اشتغال دارند که تعامل با مردم احتمالاً مهارت اصلی مورد نیاز آن هاست. سلامتی روان ما همبستگی کاملی با کیفیت روابط ما با دیگران دارد. بسیاری از دانشمندان یکی از شاخص های سلامتی را در میزان برقراری و حفظ روابط و تشریک مساعی با دیگران حفظ می کنند. افرادی که بنا به دلایلی قادر به ایجاد رابطه ی قابل قبول نیستند، اغلب دچار اضطراب، احساس بیهودی و انزوای روزافزون می شوند؛ به همین دلیل برای دور ماندن از رنج و تنهایی و آثار زیان بار آن مجبور به برقراری روابط انسانی با دیگران، انسان ها از محبت یکدیگر محروم می شوند و صفات انسانی به باد فراموشی سپرده می شود. ارتباط بین فردی در کامیابی های ما در بسیاری از جهات مانند رشد و توسعه ی اجتماعی و همچنین ساخت هویت مثبت و منطقی ضروری است. روابط اجتماعی در کسب سلامتی فیزیکی و روانی ما اثر می گذارد. در حقیقت، زندگی آتی ما بیشتر به میزان موفقیت ما در برقراری ارتباط با دیگران دارد. هویت ما از طریق روابط با مردم دیگر شکل می گیرد (هارجی و همکاران، ۲۰۱۰).

## ۲-۱۱- مهارت های لازم برای ایجاد روابط بین فردی

۱- مهارت های گوش دادن : این روش ها که فرد را در فهم واقعی گفته های دیگران توانا می سازد شامل راه های جدیدی برای پاسخ دادن هستند. پاسخ هایی که طرف مقابل با مشاهده ی آنها احساس می کند

مشکلات و احساساتش درک شده‌اند. هنگامی که مهارت های گوش کردن به نحوی مناسب به کار روند اغلب فرد دیگر می تواند بدون اتکاء به ما مشکلات خود را حل کند.

۲- مهارت های ابراز وجود : این رفتارهای کلامی و غیرکلامی ما را قادر می سازد که احترام خود را حفظ کنیم، نیازهایمان را ارضاء کنیم و بدون توسل به فریبکاری یا تقلب، سوءاستفاده و یا کنترل افراد دیگر از حقوق خود دفاع کنیم.

۳- مهارت های رفع تعارض : این توانایی ها به ما امکان می دهد که با اغتشاش هیجانی همراه با تعارض مواجه شوید این ها توانایی هایی هستند که وقتی بحث شدت گرفته است روابط صمیمی تر و دوستانه تری را ترویج می کنند.

۴- مهارت های حل مشکلات اشتراکی: مهارت هایی هستند که رفع نیازهای تعارض آمیز، راضی نگه داشتن همه ی افراد گروه و حل مشکلات و تداوم آن را نشان می دهد.

۵- گزینش مهارت: این رهنمودها نیز در انتخاب مهارتهای ارتباطی متناسب با موقعیت به ما کمک می کنند.

همه ی این مهارت ها از ابزارهای ارتباطی پایه و ضروری برای روابط انسانی اثربخش و در حقیقت پایه های این روابط اند. با وجود آنکه ارتباط بین فردی، بزرگترین دستاورد بشری محسوب می شود، افراد معمولی به خوبی قادر به برقراری ارتباط نیستند. ارتباط سطح پایین، ممکن است به تنهایی، دوری از دوستان، همسر، کودکان و نیز عدم کارایی شغلی منجر شود (میر احمدی زاده، ۱۳۸۲).

## ۲-۱۲- روابط بین فردی و اختلالات روانی

چندین دهه تلاش پژوهشگران در زمینه ی علت شناسی اختلالات عاطفی و خلقی به شناسایی عوامل متعددی منجر شده است که از آن میان می توان به ضعف برخی از مهارت های زندگی، از جمله مهارت های اجتماعی اشاره کرد. به عنوان مثال، برخی از پژوهشگران کمبود مهارت های اجتماعی لازم برای کسب تقویت از محیط اجتماعی در بیماران افسرده را به عنوان عامل افسرده ساز دانسته اند. حقایق وجود دارند مبنی بر اینکه بین مشکلات روانشناختی افسردگی و مشکلات اجتماعی مربوط به روابط بین فردی مختل، ارتباط تنگاتنگی وجود دارد (هوی و میسکل، ۲۰۰۱).

مهارت های اجتماعی هر فرد را می توان براساس مشاهده ی توانایی او در جلب پیامدهای مثبت و پرهیز از پیامدهای منفی ارزشیابی نمود. مشاهدات مختلف نشان داده اند که افراد دارای مهارت اجتماعی و بین فردی، فعال بوده و به سرعت عکس العمل نشان می دهند و در مقابل جنبه های مختلف و ناخوشایند رفتار

دیگران زیاد حساس نیستند. افراد افسرده برعکس، واکنش های اجتماعی کمتری از خود بروز می دهند، با عده ی معدودی ارتباط دارند، و زمان بیشتری لازم دارند تا نسبت به محرک های خارجی عکس العمل نشان دهند (به نقل از مهریار، ۱۳۸۲).

پیامد فروپاشی ارتباط در اغلب موارد تنهایی، مشکلات خانوادگی، عدم صلاحیت و نارضایتی شغلی، فشار روانی، بیماری جسمانی و حتی مرگ خواهد بود. این عوامل به نظر می رسد که می توانند در بروز و یا عود افسردگی افراد نقش داشته باشند که انزوای اجتماعی متعاقب آن می تواند آغازگر دور معیوب اختلال در سبک ارتباطی باشد.

## ۲-۱۳- رفتارهای غیرکلامی

ارتباط رفتار خاصی است که از آدمی سر می زند و او را از سایر موجودات متمایز می سازد، انسان بدون ایجاد ارتباط با دنیای اطراف خود، در فضای مبهم و پر از شکل ها، صداها، رنگ ها و حرکات ناشناس بوده و نمی داند در اطرافش چه می گذرد و چگونه باید راه خود را بیابد.

ارتباط به صورت های مختلف تعریف شده است: سالاری (۱۳۷۳) بر این عقیده است که ارتباط یعنی «فرایند ارتباط و درک اطلاعات، عقاید و احساسات از شخصی به شخص دیگر به منظور ایجاد تغییر در دانش ها، نگرش ها یا رفتار آشکار او». هوی و میسکل (۱۳۷۹) ارتباط را تبادل پیام ها، عقاید یا نگرش ها که موجب تفاهم بین فرستنده و گیرنده می شود، بیان می کنند. از مشخصات فرایند ارتباط آن است که همه جا وجود دارد و مداوم است. شخص برای آن ارتباط برقرار می کند که بر «محیط» خود اثر بگذارد. محیط یک شخص می تواند یک محیط فیزیکی، روانی، افراد دیگر، مبادله های اجتماعی، اطلاعات مورد نیاز و نظایر آن باشد. ارتباط یعنی فرایند تبدیل محرک های حاصل از «داده ها یا اطلاعات خام به اطلاعات معنی دار». این عمل خلاق فرد برای ایجاد معنی یا معنی دادن به محرک های حاصل از داده های خام موجبات افزایش میزان اطمینان او را فراهم می آورد. یکی از مهمترین جنبه های رفتار افراد، انتقال صحیح و مؤثر خبر یا فرایند ارتباط است. همانطور که وقایع و حوادث به صورت «خبر» منتقل می شود، به همین ترتیب احساسات، طرز تلقی ها، ترس ها و نگرانی های آدمی نیز از یک فرد به فرد دیر انتقال پیدا می کنند (عبدی، ۱۳۹۱).

## ۲-۱۴- الگوی ماهیت توانش<sup>۱</sup> ارتباط (نقش های ارتباطی)

مایلکسون (۱۹۸۲)، از نشانه های مهارت های اجتماعی، رفتارهای کلامی و غیرکلامی را بر می شمارد. این مهارت شامل فعالیت های کلامی و غیرکلامی است. منظور از تقویت کننده های کلامی، کلمه هایی هستند که فرد برای تشویق رفتارها یا فعالیت های دیگران بر زبان می آورد. منظور از رفتارهای غیرکلامی حرکتی است که به نحوی مثبت به منظور تشویق استفاده می شود، نظیر ژست، مجاورت و امثال آن می شود (هارجی، ۲۰۱۰).

بسیاری از پژوهشگران بر آن بوده اند که با روش های پژوهشی خود بتوانند حجم مؤثر رفتارهای غیرکلامی را در روابط بین فردی و اجتماعی مشخص کنند. کار بسیار دشواری به نظر می رسد؛ ولی بسیاری از آنان توفیق یافته اند که میزان نسبی رفتارهای غیرکلامی را در مقابل رفتارهای کلامی تخمین بزنند. یکی از پیشتانان و پیشروان مطالعات غیرکلامی، «بیردویسل» مشخص کرده است که فقط ۳۵ درصد از معنی در یک وضعیت خاص، با کلام، به دیگری منتقل می شود و ۶۵ درصد باقیمانده ی آن در زمره ی غیرکلامی است. پیشگام دیگری که در عرصه ی تحقیقات غیرکلامی نامی بلند آوازه دارد، «آلبرت مهربیان» است. او نیز پیام های فرستاده شده در یک ارتباط بین فردی را تجزیه و تحلیل کرده و دریافت است که فقط ۷ درصد از معنی پیام های کلامی (در قالب کلمات و جملات) به مخاطب منتقل شده است. ۹۳ درصد از پیام که به گونه ی غیرکلامی منتقل شده است، قابل تقسیم به این موارد است: ۳۸ درصد آن با «نشانه های آوایی» و ۵۵ درصد با «نشانه های غیرکلامی» در ارتباطات بین فردی بسیار مهم بوده و نقش آن در بسیاری موارد در انتقال معنی، از فردی به فرد دیگر بسیار حیاتی می باشد. حتی اگر این ارقام کمی زیادتز حد واقعی هم باشد باز نمی توان منکر تأثیر شدید ارتباط غیرکلامی بر فرایند ارتباط بین انسان ها شد (فرهنگی، ۱۳۸۰).

## ۲-۱۵- مهارت های اجتماعی در ارتباطات میان فردی

ارتباط غیرکلامی بسته به بافت ارتباط، اهداف مرتبطی را برآورده می سازند. اولاً ارتباط غیرکلامی می تواند به طور کلی جایگزین گفتار شود. علاوه بر اینکه رفتارهای غیرکلامی مکمل گفتار هستند، حالات عاطفی را نیز می رسانند. بدیهی است جملات مختلف با هیجانی متفاوتی دارند.

---

<sup>1</sup>. competence

ثانیاً، گاهی رفتار غیرکلامی مخالف و مغایر پیام کلامی است؛ مثلاً معلمی را در نظر بگیرید که از دانش آموزان خود می‌خواهد در مورد موضوع درس، پرسش و انتقاد کنند، اما رفتار غیرکلامی او نشان می‌دهد که انتقادپذیر نیست.

سومین فایده‌ی کانال غیرکلامی این است که صرف نظر از بار هیجانی مطالب، به ترسیم و توصیف محتوای پیام‌ها کمک می‌کند.

چهارمین کارکرد رفتار غیرکلامی این است که به عنوان یکی از اجزای جدانشدنی فرایند ارتباط، تأکید گوینده را بر بخش‌های کلامی می‌افزاید؛ برای مثال، زمانی که گوینده بر روی برخی کلمات تأکید بیشتری داشته یا برای نشان دادن اهمیت و جذابیت بین حرف‌های خود مکث می‌کند.

پنجمین کارکرد رفتار غیرکلامی این است که به تنظیم جریان ارتباط سخن‌گو و شنونده کمک می‌کند. وقتی تعاملات زیر نظر گرفته می‌شود، متوجه می‌شویم که طرفین بی‌آن که به یکدیگر بگویند «شروع کن، نوبت توست»، در وقت مناسب تعویض نوبت می‌کنند.

ششمین کارکرد رفتار غیرکلامی آن است که با فراهم آوردن بازخورد (فیدبک)، برای تعامل کنندگان به شروع و حفظ ارتباط کمک می‌کند. تعامل کنندگان قبل از اینکه بتوانند به نوعی درک مشترک از احساسات طرف مقابل پیدا کنند، باید اطلاعات زیادی در مورد یکدیگر داشته باشند. آنان با توجه به نحوه‌ی دریافت پیام‌هایشان توسط طرف مقابل، همیشه رفتارهای خود را تغییر داده و اصلاح می‌کنند؛ همچنین رفتارهای غیرکلامی از طریق تعریف ضمنی روابط، تأثیر قابل توجهی بر دیگران می‌نهند.

بالاخره، رفتار غیرکلامی به درک این موضوع کمک می‌کند که در موقعیت‌های مختلف اجتماعی چه رفتارهایی باید انجام شود. هر موقعیت اجتماعی از ساده تا پیچیده نظام‌های رفتاری خاص خود را می‌طلبد. وقتی کسی از این الگوها تخطی می‌کند و در آن صحنه‌ی اجتماعی اختلال ایجاد می‌کند، معمولاً باید عذرخواهی کند یا دلیلی برای رفتارش بیان کند.

کارکردهای مذکور همیشه این گونه از یکدیگر مستقل نیستند. گاهی کارکردهای تکمیلی، ترسیمی و تأکیدی به طور همزمان روی می‌دهند. همچنین باید خاطر نشان کرد که گاهی با یک عمل غیرکلامی نیز می‌توان به این اهداف رسید اما معمولاً برای نیل به هدف باید از مجموعه‌ای از رفتارها استفاده کرد (هارجی، ۲۰۱۰). همچنین، تشخیص بین حالات چهره‌ای مختلف، رفتارهای بین فردی را تسهیل می‌کند (حمیدی، ۱۳۸۶).

یکی از عوامل مؤثر در ایجاد رابطه، ذهنیتی است که نسبت به طرف مقابل داریم و به جای ایجاد ارتباط، از طریق تصور و درک صحبت‌هایی که از یکدیگر داریم، سخن می‌گوییم. این نوع رابطه‌ها بیهوده و بی‌نتیجه خواهد بود. در این شرایط، باید لحظه‌ای تأمل نمود و از خود پرسید: که من تحت تأثیر کدام باور ذهنی قرار گرفته‌ام؟ و پس از بررسی علت و رفع مشکل، خود را با شرایط سازگار و ارتباط مؤثرتری برقرار کنیم. به سه واژه‌ی هم‌کلامی، همدلی و همدردی و تفاوت‌های آن‌ها نیز توجه نمائیم. هم‌کلامی، تنها، چیزی گفتن و گاه پایان ارتباط است، زیرا ما نمی‌توانیم با کسی که نسبت به ما یا آنچه که می‌گوییم بی‌تفاوت است، ارتباط خوب و طولانی برقرار کنیم. همدردی نیز به معنی احساسی نظیر وابستگی نزدیک با فرد مقابل است. همدلی یعنی دیدن یک موقعیت از دیدگاه فرد دیگر و الزاماً به معنی موافقت با آن هم نیست.

گاه ممکن است شما با مسئله‌ای کاملاً مخالف باشید ولی در عین حال قادر باشید آن را از دیدگاه فرد دیگر هم ببینید همدلی ما را به یکدیگر نزدیک می‌سازد و به این ترتیب می‌توانیم هنگام برقراری ارتباط با دیگران عقاید آن‌ها را درک نموده و آن‌ها را به حساب آوریم. این کار کمک می‌کند تا به شیوه‌ای ارتباط برقرار کنیم که هرگونه مقاومت یا واکنش تدافعی را در دیگران کاهش دهیم و به دیگران نیز کمک می‌کند تا حرف‌های ما را با آمادگی بیشتری بشنوند (سپاه منصور، ۱۳۸۹).

## ۱۶-۲- شناخت مطالب

اگر ما بتوانیم انسان‌ها و افراد را که با آن‌ها زندگی می‌کنیم و معاشرت داریم به گونه‌ای بشناسیم که بدانیم چه مسائلی برای آن‌ها اهمیت دارد یا چه گذشته‌ای دارند و چگونه می‌اندیشند، ارتباط برقرار کردن با آن‌ها آسان‌تر است. زیرا می‌توانیم مسائل را از دیدگاه آن‌ها ببینیم. زمانی که تفاوت‌های افراد کم و مشابهت آن‌ها به لحاظ سن، تجارب زندگی، نوع تربیت و ... زیاد باشد، همدلی به آسانی صورت می‌گیرد ولی زمانی که تفاوت‌های فراوانی بین دو نفر وجود داشته باشد، به کار گرفتن مهارت‌های همدلی برای ایجاد یک ارتباط مؤثر از اهمیت اساسی برخوردار است و این معنای واقعی همدلی است. به همین دلیل گفته‌اند «همدلی، هسته‌ی مرکزی ارتباط است». همدلی مانند سایر مهارت‌ها باید آن‌چنان تقویت شود که به صورت عادت پدیدار گردد. خود را به جای دیگران بگذارید و وقایع را از دیدگاه آن‌ها بنگرید. حس همدلی را در خود تقویت کنید و فکر کنید اگر به جای لطف مقابل بودید در این شرایط چه می‌کردید؟ این کار را با افرادی که می‌شناسید تمرین کنید و به مرور با کسانی که با شما در این زمینه تفاوت دارند تجربه نمایید (شایسته، ۱۳۸۵).

## ۲-۱۶-۱- احترام متقابل

همانگونه که پیام خود را ارسال می کنید به همان طریق نیز دریافت می کنید. لذا احترام متقابل لازمی ارتباط موفق است. یعنی اول باید به خود احترام بگذارید در غیر این صورت فرد دیگر، این کار را نمی کند؛ دوم آنکه به فرد مقابل هم احترام بگذاریم. ابراز احترام یک راه مطمئن برای کسب احترام است و بدون این موارد هرگز ارتباط موفق به وجود نمی آید.

## ۲-۱۶-۲- انتخاب واژگان مناسب

اگرچه محتوای پیام چیزی فراتر از واژه های تشکیل دهنده آن است ولی بدان معنی نیست که اهمیت لغات را انکار نماییم. لغات نقش مهمی را در پیام دریافت شده دارند لذا باید سعی کنید آن ها را با دقت بیشتری انتخاب نمایید و بدون فکر یا براساس عادت، لغات را به کار نبرید. لغات، گاه حالت تدافعی ایجاد کرده و به جر و بحث منتهی می شوند و گاه اثر مثبت دارند. استفاده از عبارات دوستانه با لحن مؤدبانه به ایجاد ارتباط مؤثر کمک می نمایند (عبدی، ۱۳۹۱).

## ۲-۱۶-۳- سخن گفتن

یکی از مهم ترین مهارت های ایجاد ارتباط، «سخن گفتن» است و همه ی انسان ها این توانایی را دارند که بتوانند به نوعی از این طریق اهداف، مقاصد، عواطف و احساسات خود را به دیگران انتقال دهند؛ بنابراین وقتی انسان وارد محیطی می شود که زبان مردم آن جا را نمی فهمد، نمی تواند به راحتی ارتباط برقرار کند. کلمات به تنهایی دارای اهمیت هستند اما فقط بخش ناچیزی از پیام دریافت شده را تشکیل می دهند. چگونگی ادای آن کلمات یعنی، لحن صدا، زیر و بمی، درجه ی صدا و سرعت ادای کلمات و تأکید، کل معنای پیام را تغییر می دهد که اغلب به صورت ناخودآگاه صورت گرفته و احساس واقعی ما را بیان می کند. برخی از این صداها آهنگ دارند، برخی قوی، برخی گرم و دوستانه، برخی مهربان و نوازش دهنده و برخی صاف و یکنواخت هستند که تأثیر و حس موجود، در پیام لحن (کیفیت صوتی صدا)، نهفته است. تغییر لحن صدا، بیان احساسات و تفاوت های درونی است. زیر و بمی صدا، همان شدت درجه و نوع صدایی است که با آن صحبت می کنیم. سرعت زیر و بمی صدا ترکیب نیرومندی را بوجود می آورد (ابزری، ۱۳۸۶).

## ۲-۱۶-۴- ارتباط مؤثر

ارتباط مؤثر رابطه ای است کلامی و غیرکلامی، بین دو یا چند نفر که طی آن، افراد می توانند عقاید، خواسته ها، نیازها و هیجانات خود را بیان نموده و به نوعی احساس رضایت دست یابند.

اثرات برقراری ارتباط مؤثر با دیگران :

۱- تقویت اعتماد به نفس

۲- درک متقابل

۳- رضایت خاطر

۴- احساس سودمندی

۵- تقویت رشد اجتماعی، روحی، روانی و عاطفی

۶- تأمین بخشی از نیازهای اساسی انسان

۷- انتقال صریح پیام به دیگران.

## ۲-۱۷- راهکارها و نکات مهم روانشناختی در ارتباط مؤثر

۱- افراد باهم تفاوت دارند؛ با همه ی افراد نمی توان به یک گونه حرف زد یا ارتباط برقرار کرد. مهمترین

گام، مخاطب شناسی است؛ یعنی شناخت ویژگی های شخصیت دیگران و متناسب با آن رفتار کردن.

۲- روحیه ی هر فردی در رفتار او تأثیرگذار است؛ افراد در وضعیت های روحی متفاوت، رفتارهای

مختلفی دارند؛ مثلاً آیا وقتی خسته ایم سؤال طرف مقابل را همان گونه پاسخ می دهیم که شاد و بانشاط

هستیم؟ بنابراین بهتر است مخاطب ما در وضعیت روحی خوبی قرار گیرد تا ارتباط مؤثر برقرار شود.

به یاد داشته باشیم هرکس با احترام وارد شود، یقیناً با مهر خارج خواهد شد.

۳- نگرش و دنیای هر فرد متفاوت است؛ برخورد غیرمنطقی وجود ندارد، هرکس براساس منطق خود

رفتار می کند، چون هرکس دنیا را از دید خود درک می کند؛ بنابراین، بهتر است با افراد متفاوت

برخوردهای متفاوت داشته باشیم. برای برقراری ارتباط مؤثر، با دنیا و نگرش دیگران مقابله نکنیم بلکه

نخست دنیای آن ها را بپذیریم. به دنیای آن ها پا بگذاریم و بعد او را به دنیای خود، دعوت کنیم، به تعبیر

شهید باهنر «از آن جایی شروع کنیم که او دوست دارد و به آن جایی ختم کنیم که خود دوست داریم».

۴- آدم ها را دوست داشته باشیم؛ ما با کسانی که دوستشان داریم راحت تر به نتیجه می رسیم؛ بنابراین،

برای برقراری ارتباط مؤثر لازم است به اصول دیگران احترام بگذاریم حتی اگر آن ها را قبول نداریم. با این

کار، محبت و دوست داشتن خود را به آن ها نشان می دهیم.



۵- باور اینکه هم من خوبم و هم شما خوبید؛ توماس هریس در کتاب «وضعیت آخر»، چهار وضعیت را در ارتباط فرد با دیگران مطرح می کند، از جمله :

الف) من خوبم، تو خوب نیستی : باور این وضعیت موجب احساس مقابل، تلافی و دعوا می شود و مانع ارتباط است.

ب) من خوب نیستم، تو خوب هستی : باور این احساس موجب احساس حقارت و کوچکی شده و مانع ارتباط است.

ج) من خوب نیستم، شما هم خوب نیستید.

د) من خوبم، شما هم خوبید : تنها باور این وضعیت است که می تواند موجب برقراری ارتباط مؤثر با دیگران می شود.

۶- کوشش غیرمستقیم، مؤثر است؛ برای مثال، در جلسه ای برگه هایی که پشت آن ها پیام هایی مفید و هدفمند نوشته شده بود به عنوان کاغذ یادداشت بین اعضاء توزیع شد، با وجود این که به افراد توصیه ای برای خواندن مطالب نشده بود، اما همه ی اعضای جلسه پیام ها را خوانده بودند!

۷- مقاومت دیگران را درک کنیم؛ اگر ضمن تلاش برای ارتباط با فرد مقابل، او از خود مقاومت نشان داد و عباراتی از این قبیل به کار برد «تو مرا درک نمی کنی»، به او بگوییم «من احساس شما را می فهمم، اگر دوست داری درباره اش صحبت کنیم».

۸- همیشه «برد، برد» بیافرینیم:

اگر بپذیریم همه ی انسان ها در حال تغییر و تحول اند، می بینیم برای برقراری ارتباط مؤثر بهتر است قصد و نیت هایمان را خیر کرده و به سویی حرکت کنیم که دو طرف برنده باشند. برای رسیدن به این هدف باید مدام از خود پرسیم که در این ارتباط، من برای او چه فایده ای دارم. چرا بایستی دیگران برای من کاری را انجام دهند!؟

پاسخ به این سؤال می تواند ارتباط ما را با دیگران مؤثر نماید. همیشه در برقراری ارتباط با دیگران به روشی عمل کنیم که دو سر برنده باشیم، هیچ بازنده ای نداشته باشیم، برد - برد بیافرینیم.

۹- شخصیت افراد را از رفتارشان جدا کنیم :

اگر رفتار طرف مقابل برای ما قابل قبول نبود، برای برقراری ارتباط مؤثر بهتر است فقط همان رفتار ناپسند او را زیر سؤال ببریم نه کل شخصیت او را؛ له کسی که خطایی کرده نگوییم تو تنبل، کودن، بی عرضه و ... هستی، چرا که این عمل ما را از برقراری ارتباط جهت انتقال پیام اصلی باز می دارد.

۱۰- خوب گوش دهیم؛ در برقراری ارتباط مؤثر با دیگران خوب گوش دادن (گوش دادن فعال) به حرف های طرف مقابل علاوه بر یک مهارت، یک هنر است. وقتی کسی با ما حرف می زند باید سعی کنیم در چشم هایش نگاه کنیم و احساسات بیان شده ی او را درک کرده و با حرکت چشم، ابرو و ... به او نشان دهیم که مشتاقانه به سخنان او گوش می دهیم، از ارائه ی راه حل، نصیحت، قضاوت کردن و دستور دادن اکیداً پرهیزیم چون این ها همه جزء سد و موانع ارتباطی به شمار می آیند.

۱۱- دیگران را بدون قید و شرط بپذیریم :

دیگران را همان گونه که هستند بپذیریم و سعی نکنیم آن ها را در قالب انتظار و خواسته ی خود شکل دهیم.

۱۲- ارتباط خود را با کلمه ی من شروع کنیم :

اگر در ارتباط با دیگران مسأله ای پیش آمده ابتدا مشخص کنیم چه کسی بیش از دیگران ناراحت شده آنگاه پیام را با کلمه ی من و بدون مقصر دانستن یا سرزنش دیگران بیان کنیم، مثلاً : «من امروز خسته ام، لطفاً صدای ضبط صوت را کم نکنید».

۱۳- روشن، کوتاه و گزیده سخن بگوییم؛ عموماً پرحرفی و زیاد سخن گفتن نه تنها به ارتباط بهتر کمک نمی کند، بلکه مانع از ارتباط هم می شود. به فرمایش امام علی (ع)، بهترین کلام سخن کوتاه و گزیده است.

۱۴- نیازهای دیگران را در حد ممکن برآورده کنیم؛ برای برقراری ارتباط بهتر با دیگران متوجه نیازهای اساسی زیستی، روانی، عاطفی و اجتماعی اطرافیان خود باشیم و با برآورده کردن نیازهای آن ها در حد توان خود به سوی برقراری ارتباط بهتر با آن ها گام برداریم.

۱۵- صحبت با دیگران را خوب شروع کنیم؛ سلام و احوالپرسی و مقدمه چینی در آغاز صحبت با دیگران می تواند ما را در برقراری ارتباط بهتر کمک کند.

۱۶- مقدمه چینی زیاد و حاشیه پردازی، مانع ارتباط است.

۱۷- اگر بتوانیم احساسات و هیجانات خود را کنترل کنیم، در ایجاد ارتباط با دیگران موفق تر خواهیم بود.

۱۸- در برقراری ارتباط با دیگران، موقعیت زمانی و مکانی را مدنظر داشته باشیم.

۱۹- از تن صدای مناسب استفاده کنیم؛ مثلاً، صدای بالا نشانه ی عصبانیت و هیجان است و تن صدای پایین غمگینی را نشان می دهد.

۲۰- از آهنگ صدای مناسب استفاده کنیم؛ بدانیم در کجا صدای خود را بالا برده، کی پایین بیاوریم و کجا کش دار صحبت کنیم.

۲۱- از تماس چشمی مناسب استفاده کنیم؛ در زمان صحبت به صورت مخاطب خود نگاه کنیم، چرا که تماس چشمی، یک تماس مستمر است ولی به او خیره نشویم و به مردمک چشم او نگاه نکنیم، چرا که از ما می برد.

۲۲- از حالات چهره‌ی مناسب استفاده کنیم؛ متناسب با صحبتی که می کنیم بتوانیم تأسف و یا خوشحالی را در چهره‌ی خود نشان دهیم (احمدی و همکاران، ۱۳۸۹).

## ۲-۱۸- معنا در زندگی

مسئله زندگی و معنای آن، یکی از مسائل عمده بشری است که امروزه از مهم ترین موضوعات فلسفی، روانشناختی و دینی به حساب می آید. زندگی، پدیده ای است بدیهی تر از همه چیز و در عین حال، تاریکتر از همه پدیده ها که باید برای شناخت آن، به بررسی پرداخت و خود را در این پدیده، بدون شناخت و بدون داشتن هدف رها نکرد. معناداری یعنی ارزش داری و ارزش گذاری و آن گاه که با زندگی همراه باشد، به ارزش داری و ارزش گذاری زندگی معنا می شود و اگر زندگی انسان برخوردار از ارزش واقعی مثبتی بوده و به خیر و صلاح او باشد، معنادار است. ارزش داری و معناداری زندگی بر دو امر بنا نهاده شده است: نخست آنکه هدف و غایتی نهایی برای زندگی در نظر گرفته شود، چنان که کمال خواهی و در پی هدف بودن زندگی نیز لازمه معنادار بودن آن است و هرگاه سلوک زندگی براساس هدف باشد، آن زندگی معنادار است و به عبارت دیگر، معناداری زندگی از مقایسه زندگی با هدف انتزاع شده است و چنان چه زندگی هدف داشته باشد، معنادار است. دوم آنکه آن هدف تاثیری در زندگی ما از قبیل نشاط آوری، آرامش روحی و عاقبت به خیری داشته باشد، چنان که تیلور می گوید: معناداری یعنی فعالیت و حتی فعالیت بسیار طولانی و تکراری اگر نتیجه نهایی مهمی داشته باشد، یعنی غایتی کمابیش ماندگار که بتوان جهت و هدف فعالیت تلقی اش کرد (ویگنز<sup>۱</sup> ترجمه ملکیان، ۱۳۸۲).

معناداری یعنی هر منوتیک و تفسیر و تلقی شخص از زندگی این جهان. البته آدمی برای معنادار ساختن زندگی از اهداف خودساخته و مقاصد خودخواهانه، نمی تواند سخن به میان آورد و یا اینکه زندگی خود را با کارهایی که خود می پسندد معنادار سازد، بلکه با توجه به نیازهای جامعه و تفسیرها و تلقی ها درباره

---

<sup>۱</sup>. Wigenz

زیست دنیوی می باید معنایی کند و از آنجا که جهان بینی ها و تفسیر انسانها درباره دنیا گوناگون است، معانی مختلفی از زندگی در پی خواهد آورد. معنای زندگی دارای فلسفه نسبتاً طولانی در فلاسفه بوده و از نیمه دوم قرن بیستم در نتیجه رشد تفکرات هستی نگری وارد حیطه روانشناسی شده است (ویبلر<sup>۱</sup>، ۱۹۸۳) مفهوم معنای زندگی در فلسفه به برداشت کلی فرد از جهان، هدف زندگی و اینکه انسان برای چه آفریده شده و سرانجام به کجا خواهد رفت، اشاره داشت (جیانلوکا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). اما در روانشناسی معنای زندگی در ارتباط با چهار نیاز اساسی تعریف شده که عبارتند از: ۱) احساس هدفمندی ۲) احساس خودکارآمدی ۳) داشتن مجموعه ارزش هایی که بتواند رفتارهای فرد را توجیه کنند ۴) وجود یک مبنای با ثبات و استوار برای داشتن نوعی حس مثبت خود ارزشمندی (بامستر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۱)

برای تبیین معنای زندگی می توان به دو نظریه در روانشناسی اشاره کرد: نظریه معنی درمانگری فرانکل که می گوید معنی در جهان وجود دارد، ما باید آن را کشف کنیم. از نظر فرانکل معنای زندگی یافتنی است، نه ابداع کردنی. هر موقعیت فقط دارای یک معنا است و هر فردی باید خود به دنبال یافتن معنای زندگی باشد. از نظر او، تحقق معنی در زندگی از سه راه امکان پذیر است: ۱) انجام کارهای ارزشمند، مانند کار کردن در یک شغل، ساختن یک خانه، نوشتن یک کتاب، خلق آثار هنری ۲) کسب تجربه های والا همچون تماشای شگفتی های طبیعت، آشنایی با یک فرهنگ و یا عشق ورزیدن به فردی دیگر ۳) شیوه برخوردی که در مورد رنج و بیماری بر می گزینیم (ویبلر، ۱۹۸۳).

فرانکل برای تحمل رنج به منزله راهی برای معنی دهی به زندگی اهمیت زیادی قائل است. از نظر او، درد و رنج بهترین جلوه گاه ارزش وجودی انسان است. افراد وقتی با درد و رنج مواجه می شوند، نگرش آنها به زندگی تغییر می کند. دیگر آنها معنای زندگی را در رهایی از رنج نمی بینند بلکه به دنبال یافتن معنای زندگی از درون درد و رنج خواهند بود. به گفته فرانکل، مهم نیست که ما چه انتظاری از زندگی داریم، بلکه باید بینیم زندگی از ما چه انتظاری دارد (فرانکل<sup>۴</sup>، ۱۹۷۳). نظریه دیگری که در این زمینه قابل طرح است، نظریه مزلو است. از نظر مزلو معنای زندگی نه در بیرون بلکه در درون خود فرد به عنوان یک فرایاز، زمانی که همه نیازهای سطوح پایین تر از قبیل نیازهای فیزیولوژیکی، نیازهای ایمنی و عشق و محبت ارضا شده باشند، ظاهر می شود. فرایازها شامل موضوعاتی چون یک سیستم ارزشی، فلسفه و معنای زندگی و جهت گیری مذهبی است. در صورتی که افراد نتوانند این نیازها را ارضا کنند، بیمار می شوند (فرانکل، ۱۹۷۳).

---

<sup>۱</sup>. Wibler

<sup>۲</sup>. Jianloka

<sup>۳</sup>. Bamster

<sup>۴</sup>. Frankel

معنای زندگی در منابع دینی نیز مهم ارزیابی شده است. امام علی (ع) در نهج البلاغه ضمن بحث پیرامون خدا، انسان، دنیا و آخرت و اینکه انسان برای چه آفریده شده و سرانجام به کجا خواهد رفت، به موضوع معنای زندگی پرداخته است. از نظر علی (ع) هستی در کلیت خود با معنی است. آن حضرت با محوریت ایده آل های اخلاقی و معنوی الگوی نظری معنای زندگی را معرفی نموده است (نهج البلاغه، ترجمه دشتی، ۱۳۸۵).

بر اساس تحقیقات انجام شده، ناتوانی در یافتن معنای زندگی باعث اختلالاتی همچون اضطراب و افسردگی (دیباتس<sup>۱</sup> ۱۹۹۳؛ کرونباخ، ۱۹۶۸)، اعتیاد به مواد مخدر (پادلفورد<sup>۲</sup>، ۱۹۷۴)، حالت خود تحقیر گری و گرایش به خودکشی (نیوکامپ و هارلو<sup>۳</sup>، ۱۹۸۶) می شود. بررسی ها نشان می دهند بیشتر افرادی که عدم احساس رضایت از زندگی دارند، به خاطر آن است که نتوانسته اند معنایی برای زندگی خود پیدا کنند (ویتتی جودت<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷؛ چامبرلین و زیکا، ۱۹۹۸). همچنین لذت نبردن از کار (برایت<sup>۵</sup>، کلی و انکین من، ۲۰۰۰)، احساس غمگینی (دیباتس<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۳) و خودکارآمدی پایین (دیویتس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳) نیز با فقدان معنی در زندگی رابطه دارد. در حال حاضر، احساس اضطراب و افسردگی در زندگی، یکی از نگرانی های مهم جهان به شمار می رود.

## ۱۹-۲- معنای زندگی از دیدگاه اسلام

قرآن در باب معنای زندگی پیشنهادی ارائه می دهد که در واقع همان نظریه بی پیرایه و تحریف نشده ادیان توحیدی است که بر هدفداری کیهان و تقاضای سرشت انسان تکیه دارد. به رغم وسوسه افکنی های داخلی و خارجی گذشته و تلاش های مستمر، گسترده و پر هزینه جهان شکل گرفته بر اصول روشننگری و رنسانس، دیدگاه قرآن همچنان با صلابت، سلامت و قدرت در سیمای زندگی بخشی از جامعه بشری می درخشد و به سایر انسان ها نیز نوید آرامش، آسایش و سعادت می دهد.

جان هیک<sup>۸</sup>، خوشبینی کیهانی در اسلام را مستند به این داده های قرآنی می داند که در اول هر سوره کلمات «به نام خدای بخشنده مهربان» تکرار شده و نام های نود و نه گانه خداوند مشتمل است بر: حب، احسان، لطف، رحمت، بخشش، گذشت، جود، شفقت (هیک، ۱۳۸۱)، ولی، غفار، وهاب، رزاق، صبور، کریم، ودود،

1. Dibats

2. Padelford

3. Newcamp

4. Jodet

5. Bright

6. Dibates

7. Diyotes

8. John Hick

محیی، عفو، رحیم، هادی و این که خداوند همه گناهان را می‌آمرزد و اراده او تحقق خواهد یافت، وی درباره امیدآفرینی و قدرت جهت‌دهی و امیدآفرینی اسلام می‌گوید:

«در واقع واقعیت زندگی پس از مرگ و مواجهه با خدای بخشنده اما عادل، عموماً امروز در درون اسلام در قیاس با یهودیت یا مسیحیت که هر دوی آنها عمیقاً از روشنگری اروپایی تأثیر پذیرفته‌اند، نیرومندتر است. اسلام به عنوان چارچوبی برای زندگی، صخره ثبات، و استواری و سرچشمه ایمان و اعتماد میلیون‌ها انسان بوده است که اکثراً در آنچه که اکنون جهان سوم نامیده می‌شود زندگی می‌کنند... این ثبات از اطاعت نسبت به قانون الهی ناشی می‌شود که به توصیه نوعی شیوه زندگی کامل می‌پردازد و در همان حال هنگامی که انسان قصور می‌ورزد، در انتظار رحم و شفقت خداوند است. توکل و ایمان به خداوند مردان و زنان را از مصائب زندگی نجات می‌بخشد.»

جان هیک در آموزه‌های اصیل ادیان بزرگ جهان نسبت به معنای کل حیات، نوعی همانندی را مشاهده می‌کند و بر این باور است که جهان‌بینی ادیان می‌تواند خاستگاه گرایش‌ها، شیوه زندگی خاص و تعیین هدف شمرده شود. ولی امتیاز اسلام در این است که هم اکنون به صورت عینی و ملموس مشغول ایفای چنین نقشی در زندگی مسلمانان است. چنین مزیتی، ترسیم و تصویر هر چه بهتر نگاه قرآن را در رابطه با معنای زندگی، ضروری نشان می‌دهد تا انسان مسلمان با تقلید از غرب، گرفتار درد بی‌معنایی نگردد (هیک، ۱۳۸۱).

## ۲-۲۰- معنای زندگی از دیدگاه مزلو و فرانکل

به اعتقاد مزلو<sup>۱</sup> (۱۹۷۱) فرد خودشکופا به دنبال بالا بردن هستی خویش است تا معرفتش را به خود و دیگران گسترش دهد و در هر کاری از شخصیت خود بهره گیرد.

ویکتور فرانکل (۱۹۵۹) تأکید می‌کند که انگیزه‌ی درونی فرد، معنا و هدفی جامع در زندگی او به وجود می‌آورد، به گونه‌ای که زندگی او را به سوی هدف اساسی و منزلت فردی سوق می‌دهد. مزلو (به نقل از یزدی، ۱۳۷۵ ش) یافتن معنا در زندگی را نگرانی عمده و اولیه‌ی انسان می‌داند. پیدمونت عنوان می‌کند که اگر چه روان‌شناسی انسان گرا، تنها بر معنویت متمرکز نیست، ولی به دلیل اهمیت دادن به رشد، به بعد متعالی نزدیک می‌باشد. وی می‌افزاید که به اعتقاد مزلو (۱۹۷۱)، فرد خودشکופا به دنبال بالا بردن هستی خویش است تا معرفتش را به خود و دیگران گسترش دهد و در هر کاری از شخصیت خود بهره گیرد. این فرایند توسط مجموعه‌ی بزرگ‌تری از ارزش‌ها هدایت می‌شود که بر خوبی، زیبایی و زندگی تأکید می‌کند. این مضمون‌ها، در روان‌شناسی وجودی ویکتور، (فرانکل، ۱۹۵۹) بسط و تفصیل می‌یابد؛ کسی که بر

<sup>۱</sup>. Maslow

بعد درک و فهم انسان تأکید می کند: انگیزه ی درونی فرد، معنا و هدفی جامع در زندگی او به وجود می آورد، به گونه ای که زندگی او را به سوی هدف اساسی و منزلت فردی سوق می دهد. در این جست وجو، فرد به مسئولیت خود در قبال زندگی اش اعتراف می کند. بشر تنها موجودی می باشد که قادر است متعالی و فراتر از موقعیت روانی و فیزیکی خویش ظاهر شود. با توجه به این حقیقت محض، بشر نه تنها وارد بعد جدیدی می شود، که آن را خلق می کند؛ بعدی از فرایندهای نوئیک که توسل معنوی یا تصمیم های اخلاقی نامیده می شود (پارگامنت، ۲۰۰۲).

به عقیده ویکتور فرانکل، نگرانی اصلی انسان، احساس پوچی، بی معنایی و تهی بودن و به تعبیر وی، احساس خلأ وجودی است که بی میلی، نشانه ی اصلی آن به شمار می رود. فلسفه ی وجودی ادعا می کند که انسان قادر است به معنایی در زندگی دست یابد. آنچه در این فلسفه «شجاعت غم انگیز» خوانده می شود، پاسخ مثبت دادن به زندگی، علی رغم گذرا بودن آن است. فرانکل می گوید که در هنگام مرگ، زندگی ما کامل می شود و با این که به گذشته می پیوندد، بیرون از قبر باقی می ماند. حتی آنچه فراموش کرده ایم و از حوزه آگاهی ما رفته است، از صفحه جهان پاک نمی شوند و به صورت بخشی در جهان باقی می ماند (تبریزی و علوی نیا، ۱۳۸۳).

به اعتقاد فرانکل، انسان باید به این موضوع نیز توجه داشته باشد که در برابر پرسشی که او از هستی می کند و می گوید: «معنای زندگی ام چیست؟»، زندگی یا هستی، زیستن وی را زیر سؤال می برد و مسئول است که به این پرسش زندگی پاسخ دهد. زندگی نوعی وظیفه است. انسان مذهبی با انسان غیرمذهبی، تنها از این جهت اختلاف دارد که انسان با ایمان می تواند وجود خود را نه از سر وظیفه، که به صورت رسالت تجربه کند، یعنی به وجود آن که وظیفه را به او محول کرده است، یعنی از منشأ رسالتش، آگاه می باشد. سال هاست که منشأ وظیفه را «خدا» نام نهادند (سیف بهزاد، ۱۳۷۲).

## ۲-۲۱- تاریخچه اعتیاد به مواد مخدر

بشر از ۷ هزار سال قبل از وجود یک ماده مخدر قوی در خشخاش آگاه بوده و در لوحه های گلی مکشوفه متعلق به ۵ هزار سال قبل از میلاد که از سومریان باقی مانده از تریاک نام برده شده است. در مصر نیز خشخاش کشت می شد. در حدود ۷ هزار سال قبل کشیدن تریاک در چین رایج بوده است و در ۱۵۰۰ سال قبل از میلاد تخم خشخاش از مصر به یونان برده شد و کشت خشخاش و کشیدن تریاک رواج یافت. در کتاب اوستا از گیاه شاهدانه هندی به عنوان یک ماده بی حس کننده نام برده شده است.

## ۲-۲۲- نگاهی به وضعیت کنونی مواد مخدر در جهان

امروزه کارتل‌های مواد مخدر، در دنیا در استفاده از تکنیک‌های تجاری پیشرفته با یکدیگر رقابت دارند و همکاری تنگاتنگی میان تبهکاران سازمان‌یافته در آمریکای لاتین، آسیا، آفریقا و کشورهای تازه استقلال یافته‌ی کنار دریای خزر به وجود آمده است. گزارش‌ها حاکی از آن است که ۲۰ درصد از ۴۰ میلیون نفر مصرف‌کننده مواد مخدر دنیا در آفریقا به سر می‌برند. شیوع اعتیاد در این جامعه نه تنها به منزله‌ی به کارگیری شمار بیشتری از افراد برای حمل و عبور است، بلکه به بازار داخلی نیز رونق می‌بخشد. یک بررسی در سال ۱۹۸۵ در آمریکا نشان داد که استفاده از داروهای اعتیاد آور در میان نوجوانان ۱۸-۲۵ ساله بسیار شایع‌تر از چیزی است که پیش‌تر گمان می‌رفت. برای نمونه ۶ درصد از بزرگسالان بالاتر از ۲۶ سال گزارش کردند که در ۳۰ روز گذشته دست کم یک‌بار ماری جوانا یا کوکائین مصرف کرده‌اند، در حالی که این رقم در نوجوانان ۱۸-۲۵ ساله بیش از ۲۲ درصد بوده است. در سال‌های اخیر مصرف مواد مخدر در زنان نیز رشد فزاینده‌ای داشته است، اما نسبت به میزان مصرف در مردان به ویژه مردان شهری بسیار کمتر بوده است (یکی در برابر سه)، در حالی که در دهه‌ی ۱۹۷۰ این میزان یک در برابر چهار گزارش گردیده بود. مقامات پاکستان در سال ۱۳۷۸ اعلام نمودند که بیش از ۲ میلیون نفر جمعیت ۱۳۰ میلیونی پاکستان را معتادین به هروئین تشکیل می‌دهند تشکیل می‌دهند و این رقم ۲۵ درصد کل معتادین هروئین در جهان است. شمار بازداشت‌های مربوط به معتادین فرانسه در سال‌های مختلف نشان می‌دهد که افزایش معتادین بسیار زیاد است، برای نمونه در سال ۱۹۶۵، ۱۶۵ نفر به دلیل اعتیاد در این کشور بازداشت شده‌اند. در یک بررسی بر روی الگوهای مصرف داروهای اعتیاد آور در ۲۴ کشور جهان که توسط دانشکده پزشکی دانشگاه کمپل با همکاری چند تن از کارشناسان سازمان جهانی بهداشت انجام گردید، همه‌گیرشناسی و شیوه‌های درمان اعتیاد به مواد مخدر در این کشورها مورد بررسی قرار گرفت، این بررسی نشان داد که اعتیاد به هروئین بالاترین میزان مواد اعتیاد را داشته است. در ۴ کشور تریاک، در ۱۱ کشور هروئین، و در ۴ کشور مرفین بیش از دیگر مواد مخدر افراد را گرفتار کرده است.

در حالی که مبارزه جهانی علیه مواد مخدر افزایش یافته و دولت‌ها و سازمان‌های غیر انتفاعی هر روز حلقه این مبارزه را تنگ‌تر می‌کنند، سوداگران مرگ با بهره‌گیری از علوم و تغییرات مختلف در شکل و شیوه عرضه مواد مخدر، جهان را با مخاطرات جدی روبرو ساخته‌اند. جدیدترین تحرک باندهای ساخت و عرضه مواد افیونی، تهیه و تولید اشکال جدیدی از محرک‌های بسیار قوی است که می‌تواند استفاده کننده را با مرگ مواجه سازد. یکی از نمونه‌های بسیار شناخته شده اینگونه مواد اکستازی نام دارد. از زمانیکه شخص



اکستاسی را مصرف می‌کند سی تا چهل و پنج دقیقه طول می‌کشد تا تاثیرات شادی بخش و بعضی مواقع مرگ‌آور آن را تجربه کند. پژوهشگران اعلام کرده‌اند یک ساعت بعد از استفاده فرد به بالاترین سطح نشنگی می‌رسد. اگر این فرد مثل سایر مصرف‌کنندگان باشد، بدون هیچ دلیل خاصی احساس شادی و شغف بسیار زیادی به وی دست می‌دهد. در حالیکه وجود انواع و اقسام مواد محرک را مانند ال-اس - دی، شیشه و اکس تاسی امروزه جامعه را با یک خطر جدی و جدید مواجه ساخته است. طبق گزارش جهانی سازمان ملل تعداد ۱۳ میلیون نفر کوکائین و ۱۵ میلیون نفر معتاد به هروئین، مرفین و تریاک هستند و پر مصرف‌ترین ماده حشیش است که ۱۵۰ میلیون نفر از مردم جهان این ماده را مصرف می‌کنند و پس از آن، محرک‌های نوع آمفتامین ۳۸ میلیون مصرف‌کننده دارد که ۸ میلیون نفر از آنها اکستاسی مصرف می‌کنند.

آمار رسمی در جهان بیانگر وجود ۲۳۰ میلیون معتاد و ۱۰ میلیون نفر قاچاقچی در جهان است که آمار واقعی آن بسیار بیشتر از این رقم است. تولید ۸۵ درصد مواد افیونی جهان در افغانستان، ایران را آسیب پذیرترین کشور در این زمینه کرده است. اکنون مواد مخدر طبیعی در ۱۲ نوع در جهان تولید می‌شود، اما مواد مخدر صنعتی که آثار منفی ویران‌کننده‌تری دارد، در ۱۵۰۰ نوع تولید می‌شود (اختر محقق، ۱۳۸۵).

## ۲-۲۳- تاریخچه مصرف مواد در ایران

سابقه دیرین استعمال مواد مخدر در ایران و بسیاری از کشورهای آسیایی به هزاران سال قبل می‌رسد. حشیش به صور گوناگون، به طور استنشافی یا خوراکی، خالص و یا مخلوط با مواد دیگر مصرف می‌شده است. خوردن جوشانده گرز خشخاش نیز بعنوان دارو تا سالهای اخیر ادامه داشته است. لیکن استعمال تریاک به کمک وافور پدیده نسبتاً جدیدی است که سابقه آن از یکی دو قرن تجاوز نمی‌کند. در یکصد سال گذشته تریاک در ایران بواسطه تفریح و یا فرورفتن در حالات خلسه مورد استفاده قرار گرفته است نزد کرمانی‌ها، اصفهانی‌ها و قشقایی‌ها در شیراز و نزد کردها و آشوری‌ها در استانهای غربی وافور (وسیله استعمال تریاک) متعلق به افراد مسن بوده است. در مناطق مختلف کشور مواد مخدر و عمدتاً تریاک و حشیش به عمل می‌آمده و در داخل کشور مصرف می‌شده است.

از دوره رضا خان، دولت انحصار تجارت تریاک در داخل را به عهده گرفت و تدریجاً با افزایش جمعیت و تغییر ساختار اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی ایران در دهه‌های ۳۰ تا ۵۰ و افزایش درآمدها، ورود مظاهر فرهنگ غربی، تخلیه روستاها و گسترش شهرنشینی و حاشیه نشینی و سایر عوامل، مسئله مواد مخدر در ایران به طور ویژه شکل گرفت.

نگاهی به قیمت تریاک نشان می‌دهد که بعد از افغانستان ارزانترین بازار فروش این ماده در جهان و حتی منطقه، ایران است. در سال ۲۰۰۱ در حالیکه قیمت یک کیلو تریاک در عربستان سعودی ۱۳۳۳۰۰ دلار است، این قیمت در ایران تنها حدود ۱۰۰۰ دلار و حتی کمتر بوده است. بخش قابل ملاحظه‌ای از معتادین را مهاجرین افغانی یا مهاجرین دوران جنگ میان ایران و عراق که در حاشیه شهرها اسکان دارند تشکیل می‌دهند. آن‌ها در پایین‌ترین سطح جامعه زندگی کرده و از کمترین خدمات اجتماعی برخوردارند و به همین دلیل هم مورد تهاجم خطر اعتیاد قرار گرفته‌اند. استانهای خراسان، سیستان و بلوچستان و همچنین کرمان منطقه جغرافیایی با بالاترین درجه وابستگی به مواد مخدر می‌باشد ۷۰ درصد صدمات اجتماعی نظیر طلاق حاصل اعتیاد خانواده می‌باشد. یکی از زمینه‌های اصلی کشش بسوی اعتیاد، بگفته کارشناسان وضعیت بی سرانجام جوانان است.

در تحقیقی که توسط سازمان ملی جوانان انجام شده نتایج زیر بدست آمده است. این تحقیق که بر روی ۷۵۰۰۰ جوان چهارده تا نوزده ساله ساکن در مراکز استانهای سراسر کشور توسط سازمان ملی جوانان انجام شده نشان دهنده آن است که ۳۶ درصد جوانان از نظر قدرت و امید به زندگی دچار مشکل هستند، ۴۶ درصد آنان اعتماد و عزت به نفس کافی ندارند، ۵۶ درصد دچار معضل روانی اضطراب و ۵۴ درصد آنان دچار سطوحی از افسردگی هستند. همچنین ۵۳ درصد جوانان دارای روحیه پرخاشگری، ۵۵ درصد خشم نهفته، ۲۷ درصد در معرض اعتیاد ۴۴ درصد روحیات ضد اجتماعی، ۶۰ درصد درونگرایی هستند. همچنین به گزارش سازمان ملی جوانان آستانه تحمل جوانان دائماً در حال کاهش است. تریاک در افغانستان در نواحی عشایری به خصوص در بدخشان کشت می‌شود. قاچاقچیان با استفاده از شتر و یا پیاده از مرز عبور می‌کنند. طول مرز ایران با افغانستان جمعاً در حدود ۹۰۰ کیلومتر است که قسمت اعظم آن با استان خراسان همجوار می‌باشد. وسعت منطقه و کثرت نقاطی که قاچاقچیان می‌توانند از آن عبور کنند به دشواری کادر مبارزه با قاچاق مواد مخدر می‌افزاید.

آسیب‌پذیرترین قسمت مرز در طول سلسله جبال واقع در جنوب و شمال تربت جام است. اکثر قاچاقچیان افغانی مسلح و بی‌باک هستند و چون مامورین دولت افغانستان ممانعتی به عمل نمی‌آورند در نتیجه عبور از مرز نسبتاً به آسانی انجام می‌گیرد. عده‌ای از قاچاقچیان افغانی نیز از طریق پاکستان وارد ایران می‌شوند. بعضی از اهالی مرزنشین مخصوصاً ساکنین شهرهای تربت جام، بیرجند و زابل که ۱۸ کیلومتر با مرز افغانستان فاصله دارد و زاهدان که در حدود ۱۹ کیلومتری مرز پاکستان است معتاد به تریاک بوده و با قاچاقچیان همکاری می‌نمایند که امر مبارزه با مواد مخدر را مشکل‌تر می‌سازد.

پس از پیروزی انقلاب اسلامی و سقوط رژیم سلطنتی طبق ماده لایحه قانونی تشدید مجازات مرتکب بین جرائم مواد مخدر و اقدامات تامینی و درمانی مصوب ۱۹ خرداد ۱۳۵۹ شورای انقلاب اسلامی، کلیه قوانین و مقررات مربوط به منع کشت خشخاش و استعمال مواد مخدر و مجازات مرتکبین جرائم راجع به مواد مذکور به استثنای تصویب نامه مورخ مردادماه ۱۳۸۸ راجع به فهرست مواد مخدر ملغی گردید و طبق مواد ۲ و ۷ و ۱۱ قانون مذکور برای کشت خشخاش، وارد کننده، فروشنده، مخفی کننده، دایر کننده محل، در صورت تکرار جرم و حامل بیش از یک کیلو تریاک و ۵ گرم مواد مخدر هروئین، مرفین، کوکائین و مواد مخدر شیمیایی و صنعتی مجازات اعدام پیش بینی شد (اختر محقق، ۱۳۸۵).

## ۲-۲۴- مفهوم‌شناسی اختلالات مصرف مواد

### ۲-۲۴-۱- وابستگی به مواد

مهمترین ویژگی وابستگی به مواد مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و روانشناختی است که دلالت بر آن دارند که شخص با وجود داشتن مشکلات قابل توجه در رابطه با مصرف مواد، به مصرف آن ادامه می‌دهد. الگویی از مصرف مکرر مواد وجود دارد که معمولاً به ظهور تحمل، ترک و رفتارهای اجباری مصرف دارو می‌انجامد. نشانه‌های وابستگی در انواع طبقات مواد مشابه یکدیگر است ولی برای طبقات خاص بعضی از نشانه‌ها برجستگی کمتری دارند و در موارد معدود هیچکدام از نشانه‌ها وجود ندارند (به عنوان مثال، در وابستگی به مواد توهم‌زا نشانه‌های ترک دیده نشده است). بیشتر کسانی که به مواد وابستگی دارند احتمالاً "اشتیاق مصرف" یا نیاز شدید روانی برای مصرف مواد را تجربه می‌کنند، اگرچه این حالت به گونه‌ای خاص به عنوان یک ملاک تشخیصی فهرست نشده است.

### ۲-۲۴-۲- شاخص‌های مهم در تعریف اختلال مصرف مواد

الگوی ناسازگارانه مصرف مواد که به ناراحتی یا آسیب دیدگی بالینی مهم منجر می‌شود و در هر زمانی طی دوره دوازده ماهه با حداقل از سه مورد زیر آشکار می‌شود:

- تحمل که عبارت است از نیاز به مقادیر فزاینده‌ای از مواد برای رسیدن به مسمومیت یا اثر مطلوب و یا کاهش بارز اثر مواد با مصرف مداوم مقدار ثابتی از مواد.
- ترک مصرف به تغییر رفتاری ناسازگارانه توأم با علائم فیزیولوژیایی و شناختی اطلاق می‌شود که بر اثر کاهش مقدار ماده مورد نظر در خون یا بافت‌های فردی که قبلاً مقدار زیادی از مواد را برای مدت طولانی مصرف کرده است دیده می‌شود.

- اجبار در مصرف مواد که در آن شخص نسبت به آنچه که از قبل قصد داشته مقادیر بیشتر یا دوره طولانی‌تری از ماده مورد نظر را مصرف کند.
- تمایل شخص به کاهش یا قطع مصرف مواد و وجود موارد تلاش‌های ناموفق برای کاهش یا قطع مصرف مواد مورد نظر.
- صرف وقت زیاد برای تهیه مواد مورد نظر، مصرف آن یا رهایی از عوارض مواد مورد مصرف.
- در بعضی از موارد وابستگی به مواد، همه فعالیت‌های روزمره شخص بر ماده مورد نظر متمرکز است. همچنین احتمال دارد فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی یا تفریحی به دلیل مصرف مواد رها شده یا کاهش یابد.
- ادامه مصرف مواد با وجود آگاهی از نقش موثر مواد بر مشکلات روانی و جسمانی.
- ناتوانی فرد در خودداری از مصرف مواد مورد نظر با وجود ظاهر شدن شواهد مربوط به مشکلات ناشی از مصرف مواد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

## ۲-۲۵- انواع مواد مخدر

### ۲-۲۵-۱- الکل

الکل شایع‌ترین ماده‌ی سوءمصرف در دنیاست. سوءمصرف و وابستگی به الکل اغلب با عنوان الکلیسم نامیده می‌شود. الکل تضعیف‌کننده سیستم عصبی مرکزی است و گیرنده اختصاصی در سیستم عصبی مرکزی ندارد و فعالیت آن از طریق مداخله در سیستم‌های غشاء نورونی است. مسمومیت با الکل منجر به رفتار نامناسب جنسی و پرخاشگری، نا استواری خلقی، اختلال در قضاوت، گفتار نامفهوم، راه رفتن نامتعادل، حرکت غیرارادی کره چشم (نیستاگموس)، اختلال در توجه و حافظه و بهت و اغما می‌شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷).

### ۲-۲۵-۲- داروهای محرک

#### الف- آمفتامین

آمفتامین‌ها گروهی از داروها هستند که از نظر ساختمانی با ناقل‌های عصبی نو راپی نفرین، اپی نفرین و دوپامین مربوطند. ترکیبات آن شامل متیل فندیت، دکسترو آمفتامین و مت آمفتامین هستند. آمفتامین‌ها اغلب برای بهبود کارایی، کاهش خواب و ایجاد سرخوشی مورد استفاده قرار می‌گیرند و معمولاً ورزشکاران، دانشجویان و رانندگان مسافت طولانی از این مواد استفاده می‌کنند. مصرف طبی آمفتامین‌ها شامل پر تحرکی

کودکان، خواب آلودگی، چاقی و برخی از موارد افسردگی مقاوم به درمان است. وابستگی روانی به آمفتامین ها ممکن است به سرعت ظاهر شود. مسمومیت با آمفتامین ها باعث خونریزی مغزی بر اثر افزایش فشار خون، آریتمی قلبی، دلیریوم، تشنج، اغماء و مرگ می شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷)

## ب- کافئین

کافئین را می توان از منابع مختلفی مانند قهوه، چای، سودای کافئینی، داروهای درد زدای بدون نسخه و داروهای سرماخوردگی، داروهای ضد خواب آلودگی یا محرک یا داروهای کاهنده وزن بدست آورد.

نشانه هایی که ممکن است در پی مصرف آن در روز ظاهر شوند عبارتند از: نا آرامی، عصبانیت، برانگیختگی، بیخوابی، پرازداری، کشیدگی عضلانی، بی ربطی یا بی نظمی ضربان قلب، دوره های خستگی ناپذیری و بی قراری روانی حرکتی است. گرچه مقدار زیادی کافئین می تواند ضربان قلب را افزایش دهد ولی مقادیر اندک آن می تواند باعث کندی نبض شود (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴).

## ج- کوکائین

کوکائین ماده ای طبیعی است که از گیاه کوکا بدست می آید و به شکل ها و ترکیبات گوناگون مصرف می شود (مانند برگ های کوکا، خمیر کوکا، کوکائین هیدروکلراید و آلکالوئیدهای کوکائین مانند بازآزد و کراک) و قدرت آن به درجات مختلف خلوص و سرعت تأثیرات آن متفاوت است. به دلیل نیمه عمر کوتاه آن تقریباً ۳۰ تا ۵۰ دقیقه برای حفظ حالت نشئه نیاز به مصرف مکرر آن ضروری به نظر می رسد. مسمومیت با کوکائین معمولاً با یک احساس اوج یا نشئه آغاز می شود و یک یا بیش از یکی از این موارد است: شنگولی همراه با نیرومندی بدنی یا ذهنی، معاشرتی بودن یا جمع گرایی، بیش فعالی، بی قراری، گوش به زنگ بودن، حساسیت میان فردی، پرحرفی، اضطراب، خودبزرگ پنداری، خشم و اختلاف در قضاوت و در موارد مسمومیت مزمن و یا وخیم، افت های هیجانی عاطفی همراه با خستگی یا غم زدگی و کناره گیری اجتماعی. با توجه به شیوه مصرف کوکائین انواع مختلفی از بیماری های جسمانی ممکن است ظاهر شوند. کسانی که کوکائین را از راه بینی (استنشاق) مصرف می کنند اغلب دچار سینوزیت، التهاب و مخاط بینی شده و دیواره بینی آن ها سوراخ می شود. اشخاصی که کوکائین را دود می کنند در معرض خطر عوارض تنفسی قرار دارند (مانند سرفه، برونشیت و التهاب بافت ریوی بر اثر تحریک و التهاب بافت های پوششی مجرای بینی). افرادی که کوکائین تزریق می کنند معمولاً مانند کسانی که به مواد افیونی وابسته هستند علائم و آثار سوزن در ساعد

یا بازوی آنان وجود دارد. عفونت HIV که ناشی از تزریق‌های مکرر و افزایش بی بند باری جنسی است با وابستگی با کوکائین رابطه دارد. همچنین وابستگی به کوکائین معمولاً با علائم کاهش وزن و سوء تغذیه همراه است زیرا کوکائین دارای عوارض کاهنده اشتها است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

## ۲-۲۵-۳- مواد توهم زا

دسته ای از مواد هستند که موجب ایجاد تغییراتی در خلق و خو و ادراک می‌شوند. سرده‌ی این گروه از مواد، LSD است. تحمل نسبت به این دارو خیلی سریع و پس از ۳ تا ۴ روز مصرف مداوم پدید می‌آید. وابستگی جسمانی به توهم زها به وجود نمی‌آید و با قطع آن‌ها علائم ترک ظاهر نمی‌شود اما وابستگی روانی می‌تواند پدید آورد. شروع اثرات مصرف LSD در یک ساعت روی می‌دهد، در ۲ تا ۴ ساعت پس از مصرف به اوج می‌رسد و معمولاً ۸ تا ۱۴ ساعت دوام می‌یابد. این آثار عبارتند از: تغییرات رفتاری یا روانی (اضطراب، واکنش پنیک، ترس از دیوانگی، افکار پارانوئید، اختلال در قضاوت، رفتارهای خود آزارانه و حتی خود کشی)، اختلال ادراکی (مسخ شخصیت، مسخ واقعیت، توهم، خطای حسی، حس آمیزی به صورت در آمیختن ادراکات مثل شنیدن رنگ‌ها یا دیدن صداها)، تحریک سیستم خودمختار (لرزش، تعریق، تپش قلب)، اختلال تعادل، افت عملکرد شغلی و اجتماعی (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷)

### الف) حشیش

اگر برگ‌های فوقانی، جوانه‌ها و ساقه‌های گیاه شاه دانه را قطع کرده، خشک کنند و به صورت سیگار بپیچند، محصول بدست آمده را ماری جوانا یا بنگ می‌گویند. حشیش از ترشحات صمغ مانند و خشک شده‌ی جوانه‌ها و بخش‌های زیرین برگ‌های گیاه است و روغن حشیش از اسانس متراکم و تقطیر شده حشیش به دست می‌آید. در سال‌های اخیر نوع دیگر بسیار قوی حشیش به نام سنسیمیلا در آسیا، هاوایی و کالیفرنیا تولید شده است. ترکیبات خانواده حشیش را معمولاً دود می‌کنند ولی ممکن است آن را بلعیده و گاهی نیز مخلوط با چای یا غذا مصرف می‌کنند. مهم‌ترین مشخصه‌ی مسمومیت با حشیش وجود تغییرات رفتاری یا روانی نا سازگار و قابل ملاحظه بالینی است که طی مصرف حشیش یا اندکی پس از آن ظاهر می‌شوند. به طور معمول مسمومیت با یک احساس اوج یا نشئه آغاز می‌شود و به دنبال آن نشانه‌هایی مانند سنگولی همراه با خنده‌های بی مورد و خود بزرگ پنداری، آرامش، خواب آلودگی، اختلال در حافظه کوتاه مدت، اختلال در قضاوت، ادراک حسی تحریف شده، اختلال در عملکردهای حرکتی و احساس کند شدن زمان ظاهر می‌شوند. تقریباً در یک سوم اشخاصی که به طور منظم (یعنی روزانه یا تقریباً هر روز) حشیش مصرف

می‌کنند انواع خفیف افسردگی، اضطراب، یا تحریک پذیری ملاحظه می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

## ب) فن سایکلیدین

فن سایکلیدین ماده‌ای صناعی است و نام‌های کریستال-گرد فرشته و صلح نیز خوانده می‌شود. تحمل نسبت به آثار فن سایکلیدین به وجود می‌آید و وابستگی فیزیکی به طور کلی ایجاد نمی‌شود ولی وابستگی روانی شایع است. مهم‌ترین مشخصه‌ی اصلی مسمومیت با فن سایکلیدین وجود تغییرات ناسازگاری رفتاری است (مانند پرخاشگری، تهاجم، تکانش‌گری، پیش‌بینی‌ناپذیری، بی‌قراری روانی-حرکتی که در جریان مصرف فن سایکلیدین یا اندکی پس از آن ظاهر می‌شوند). این تغییرات با دو یا بیش از دو مورد از علائم زیر همراه است که طی یک ساعت پس از مصرف دارو اگر با روش دود کردن، استنشاقی یا تزریق وریدی مصرف شود در مدت زمان کمتر از آن ظاهر می‌شوند: نیستاگموس عمودی یا افقی، فشار خون بالا یا تپش قلب، بی‌حسی یا کاهش پاسخ‌دهی به درد، ناهماهنگی حرکتی، نارسا گویی عضوی، تشنجه‌ها یا اغما و تیزی شنوایی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

## ۲-۲۵-۴- مواد استنشاقی

مواد استنشاقی عبارت‌اند از: استنشاق هیدروکربن‌های چرب و معطر موجود در موادی مانند بنزین، چسب، تینرهای رنگ و رنگ‌های افشانه‌ای. برای استنشاق بخارهای مسموم‌کننده از شیوه‌های مختلفی استفاده می‌شود. معمولاً از تکه‌ای پارچه آغشته به مواد مورد نظر را به دهان یا بینی نزدیک کرده و بخارهای آن را استنشاق می‌کنند که به این کار هن و هن کردن می‌گویند. همچنین ممکن است مواد را داخل یک پاکت کاغذی یا کیسه پلاستیکی قرار داده و گازهای داخل آن را استنشاق کنند که به آن کیسه کردن می‌گویند. مهم‌ترین مشخصه‌ی مسمومیت با مواد استنشاقی وجود تغییرات ناسازگار رفتاری یا روانی قابل ملاحظه بالینی است (مانند گم‌گشتگی، ستیزه‌جویی، تهاجم، بی‌احساسی، اختلال در قضاوت و عملکرد شغلی و اجتماعی). تغییرات ناسازگار با علائمی مانند سرگیجه یا اختلال‌های بینایی (تار بینی و دو بینی)، نیستاگموس، ناهماهنگی حرکتی، رثه و شنگولی همراه است. علاوه بر این ممکن است توهمات شنیداری، دیداری یا بساوایی و سایر اختلالات ادراکی را داشته باشند (مانند درشت بینی، ریز بینی، ادراکات نادرست و فریبنده و تغییرات در ادراک زمان). امکان دارد در جریان مسمومیت با مواد استنشاقی هذیان‌هایی (مانند این

باور که شخص می‌تواند پرواز کند) که به ویژه با گیجی قابل ملاحظه ای مشخص می‌شود، ظاهر شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

## الف) نیکوتین

وابستگی به نیکوتین و ترک آن می‌تواند با مصرف همه‌ی انواع توتون (مانند سیگار، جویدن تنباکو، انفیه، پیپ یا چپق یا سیگار برگ) و با داروهای تجویزی (مانند آدامس یا مرهم نیکوتینی) ظاهر شود. قدرت نسبی این فرآورده‌ها برای ایجاد وابستگی یا ترک مصرف با سرعت ناشی از شیوه‌ی مصرف (دود کردن، بلعیدن، جذب از راه پوست) و میزان مصرف نیکوتین رابطه دارد. قطع ناگهانی یا کاهش مصرف نیکوتین در ۲۴ ساعت پس از آن باعث بروز علائمی مانند خلق ملال آور یا افسرده، تحریک پذیری، اشکال در تمرکز، بی‌خوابی، اضطراب، بی‌قراری و غیره می‌شود. ممکن است اختلال خلقی و اضطرابی و سایر اختلال‌های مرتبط با مواد در کسانی که سیگار می‌کشند در مقایسه با افرادی که قبلاً سیگاری بوده یا افرادی که هیچ‌گاه سیگار نکشیده‌اند، بیشتر متداول باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

## ۲-۲۵-۵- مواد افیونی<sup>۱</sup>

مواد افیونی شامل افیون‌های طبیعی (مانند مورفین)، افیون‌های نیمه صنعتی (مانند هروئین) و افیون‌های مصنوعی دارای عمل شبه مورفین (مانند کدئین، هیدرومورفون، متادون، اکسی کدون، مپریدین و فنتالین) است. مسمومیت با مواد افیونی با تنگی مردمک چشم همراه است (مگر آنکه مقدار مصرف شده بیش از حد باشد که به فقدان اکسیژن و اتساع مردمک چشم منجر می‌شود) و با یک یا بیش از یک مورد از علائم زیر مشخص می‌شود: خواب آلودگی یا اغما، گفتار نامفهوم یا اختلال در توجه و حافظه. مسمومیت شدید ناشی از مصرف بیش از حد مواد افیونی عبارتند از: یبوست، کاهش میل جنسی در مردان، نامرتب شدن قاعدگی در زنان، بی‌توجهی به وضعیت بهداشت و سلامتی، کاهش وزن، چرت زدن دائمی، افسردگی، عفونت‌های خطرناک مثل ایدز، عفونت‌های کبدی و کزاز در اثر تزریق (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

## ۲-۲۵-۶- مواد آرام بخش، خواب آور یا ضد اضطراب

شامل بنزودیازپین‌ها، داروهای شبه بنزودیازپینی، باربیتورات‌ها و خواب‌آورهای شبه باربیتورات است. این طبقه از مواد شامل همه‌ی داروهایی که به عنوان خواب آور یا ضد اضطراب تجویز می‌شوند را شامل

---

1. opiat



می‌شود. این داروها مانند الکل کندکننده مغز بوده، می‌توانند باعث اختلال‌های مشابه ناشی از مواد و اختلال‌های مصرف مواد گردند. مقادیر زیاد داروهای آرام‌بخش، خواب‌آور و یا ضد اضطراب اگر همراه با الکل مصرف شوند می‌توانند مرگ‌آور باشند. مسمومیت با این داروها موجب رفتارهای نامتناسب جنسی، یا پرخاشگری، نا استواری خلقی، اختلال در قضاوت، گفتار نامفهوم، راه رفتن نامتعادل، نیستاگموس و اغماء یا بهت‌زدگی می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

## ۲-۲۶- نظریه‌های علت شناختی اختلالات مصرف مواد

وابستگی به مواد فرایند پیچیده‌ای است و در زمینه علت‌شناسی اختلالات مصرف مواد رویکردهای زیست‌شناختی، روان‌شناختی، جامعه‌شناختی و یا ترکیبی از این رویکردها ارائه شده است. در این بخش چند رویکرد مهم در زمینه علت‌شناسی اختلالات مصرف مواد را مورد بررسی قرار می‌دهیم.

### ۲-۲۶-۱- نظریه‌های رفتاری

نظریه‌های رفتاری از چندین مکتب فکری مختلف راجع به رفتار شرطی شده یا یاد گرفته شده نشأت گرفته است. این مکاتب عبارتند از: شرطی‌سازی کلاسیک، شرطی‌سازی عاملی، نظریه‌های سرمشق‌گیری، نظریه‌های رفتاری و یادگیری اجتماعی. تمام این نظریه‌ها بر این باورند که رفتار انسان به جای اینکه توسط عوامل ارثی ایجاد شده باشد، آموخته شده هستند. این نظریه‌ها بر این باور تأکید دارند که رفتارهای اعتیادی شامل یک دسته عادات بد می‌باشند که قابل اصلاح و تغییر هستند. این مدل، رفتاری‌های اعتیادی را روی یک پیوستار مصرف مسئولانه یا مصرف در موقعیت‌های اجتماعی تا مصرف به صورت اعتیاد و مصرف اجباری مورد توجه قرار می‌دهند (راتگرز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶).

نظریه‌های رفتاری و شناختی - رفتاری در حوزه مصرف مواد یک رویکرد گسترده بوده و برگرفته از اصول یادگیری از قبیل، شرطی‌شدن کلاسیک و نظریه یادگیری اجتماعی است. جنبه‌های تقویت‌کننده سوء مصرف مواد (از طریق افزایش یا تعمیم حالت‌های روانی مثبت یا کاهش و تعدیل حالت‌های روانی منفی) به نحوه مشخصی نشانگر رویکرد شرطی‌سازی عاملی است. همچنین اصول شرطی‌سازی کلاسیک به روشن شدن سهم تداوی نیرومند مشاهده شده بین نشانه‌های محیطی و تجربه کردن تحریک‌کننده‌های مواد کمک می‌کند (راتگرز، ۱۹۹۶).

---

1. Rotgers

## ۲-۲۶-۲- یادگیری مشاهده‌ای

آلبرت بندورا معتقد است که اساسی‌ترین عامل یادگیری رفتارهای جدید، یادگیری مشاهده‌ای است. این نوع یادگیری به وسیله مشاهده دیگران و توجه به پیامدهایی که از انجام یک رفتار خاص عاید آنان می‌شود، به وقوع می‌پیوندد. طبق این دیدگاه وابستگی به مواد الگویی از رفتار اکتسابی است که غالباً از طریق الگوبرداری پدید آمده و به وسیله پیامدهای متنوع مربوط به مواد تقویت شده است. بر اساس این نظریه مشاهده رفتار اشخاص دیگر وسیله‌ای برای کسب مهارت‌های مقابله‌ای مناسب تر محسوب می‌شود. سرمشق‌گیری یک وسیله سریع و کارآمد تغییر رفتار به شمار می‌رود. رویکرد سرمشق‌گیری نقش مهمی در به‌کارگیری راهکارهای مداخله‌ای از قبیل رویکردهای مهارت اجتماعی و کنترل خشم ایفاء می‌کند (طارمیان، ۱۳۸۳).

## ۲-۲۶-۳- نظریه‌های یادگیری اجتماعی

مولفه‌های کلیدی نظریه یادگیری اجتماعی در ارتباط با فهم سوء مصرف مواد بر نقش سرمشق‌گیری و میانجی رفتار تاکید دارد. شاید یکی از مهمترین عامل خطرزای شناخته شده در رابطه با سوء مصرف مواد ارتباط این افراد با دیگر مصرف کنندگان مواد (گروه همسالان و خانواده) که به عنوان الگوی مصرف و سوء مصرف مواد عمل می‌کنند، می‌باشد. عوامل شناختی که زمینه را جهت مصرف مواد در افراد فراهم می‌کنند، شامل مهارت‌های مقابله‌ای و حل مسأله ضعیف، پایین بودن حس خود کارآمدی (احساس درماندگی) و انتظارات مثبت اثرات مصرف مواد است (دوگن و شیا، ۲۰۰۰).

## ۲-۲۶-۴- نظریه روان‌پوشی

فهم روان‌پوشی اعتیاد، شامل دانستن نظریه‌های روان‌پوشی در این حوزه است. نظریه‌هایی که در اوایل این رویکرد مطرح شدند بر جنبه‌های لیبدویی سوء مصرف مواد از قبیل خودکامرواسازی، لذت جویی و کسب حالت‌هایی که قبلاً وجود داشته است، تاکید داشتند. چنین مفهوم‌سازی از سوء مصرف مواد، بر روانشناسی "خود"، شهوت‌دهانی و نقش سائق در تعیین رفتار تاکید می‌کند. رویکردهای معاصر روان‌پوشی بر رشد "خود"، روابط شیء، و روانشناسی "خود" در مطالعه اختلالات مصرف مواد می‌پردازند (مورگنسترن و لیدز، ۲۰۰۰). افراد با سوء مصرف مواد در کارکردهای "خود" نظیر حفظ حالت بهزیستی و عزت نفس، ارضاء

---

1. Dodgen, & Shea

2. Morgenstern & Leeds

نیاز، دفاع‌های من در برابر سائق و روابط شیء مشکل دارند. مصرف مواد در نقش جبران کننده، سپر دفاعی در برابر مشکلات، عدم رشد کافی خود، تسکین دهنده آلام و سوپر ایگوی تنبیه کننده عمل می کند (کریستال<sup>۱</sup>، ۱۹۷۹، به نقل از دوگن و شیا، ۲۰۰۰).

## ۲-۲۶-۵- نظریه‌های شناختی

مدل شناختی سوء مصرف مواد، یک الگوی سبب شناختی نیست. اعتیاد یک پدیده چند بعدی است که شامل عوامل وراثتی، انطباق یاخته‌ای، نقصان انتقال دهنده عصبی، سرمشق‌گیری زودرس از اطرافیان، فشار همسالان، مشکلات اقتصادی- اجتماعی، باورهای نادرست راجع به اثرات مصرف مواد و الکل، باور اغراق- آمیز درباره کنترل شخصی، ناکارآمدی در سلامت شخصی و دیگران است. در عوض، مدل شناختی یک ابزار اکتشافی سودمند است که "نگهداری" مصرف مواد و دوره‌های عود را مفهوم سازی می کند. این مدل بر مهارت‌هایی چون ارتباط، مسأله‌گشایی، باز ارزیابی منطقی از ارزش‌های نادرست در دستیابی به حس مهارت و لذت در زندگی تاکید دارد (بک<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۳).

## ۲-۲۶-۶- نظریه‌های زیست شناختی

رویکرد زیست شناختی به مطالعه نقش عوامل نوروشیمیایی، عوامل مستعدکننده ژنتیکی از قبیل مطالعات خانوادگی، فرزند خواندگی و دوقلوها و ویژگی‌های مزاجی در اختلال مصرف مواد می پردازد. نکته اصلی در مورد فرایند عصب شیمیایی زیر بنایی مصرف مواد، نقشی است که داروها در فعال کردن مسیر لذت ایفاء می کنند. مسیر مزوکورتیکولیمبیک دوپامین<sup>۳</sup> مرکز فعال سازی داروهای روانگردان در مغز است. مصرف کردن مواد یا رفتارهایی که به فعال شدن سیستم پاداش مغز منجر می شود، تقویت شده و از این رو موجب مصرف بیشتر مواد می شوند. قرار گرفتن مغز در معرض مواد اعتیادآور، ساختار عصب شیمیایی آن را تغییر می دهد و چند تأثیر رفتاری به بار می آورد. با مصرف مداوم مواد، سازگاری عصبی یا تحمل و وابستگی به مواد ایجاد می شود (باچر<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). در زمینه بررسی نقش عوامل ژنتیکی در ابتلا به اختلالات مصرف مواد پژوهش‌های زیادی انجام شده است. مطالعات ژنتیکی مربوط به مصرف مواد به طور سنتی با تکیه بر روش- های متعددی چون مطالعات خانوادگی، فرزند خواندگی و مطالعه دوقلوها صورت می گیرد. مطالعات انسانی

---

1 Krystal

2 Beck

3 Mesocorticolimbic dopamine pathway

4 Butcher

مربوط مصرف مواد به خوبی نشان می‌دهد که مصرف الکل و در مجموع مصرف سایر مواد نشانگر تأثیر عوامل ژنتیکی در مصرف مواد دارد.

با بررسی نشانگرهای زیست شناختی که مشخص‌کننده آسیب‌پذیری اولیه در سوء مصرف مواد می‌باشد می‌توان گفت که پایه‌های فیزیولوژیکی، عصب شناختی و روانشناختی زمینه مصرف مواد را فراهم می‌آورد. برخی از شواهد ژنتیکی در وابستگی به مواد به قرار زیر می‌باشند:

- در زمینه مطالعات EEG، فرزندان افراد الکلی در مقایسه با فرزندان افراد غیر الکلی امواج مغزی متفاوتی نشان می‌دهند.

- فرزندان افراد الکلی بازداری زیادی در فعالیت‌های بدنی، حافظه، زبان، مهارت‌های روانی - حرکتی داشته و در موارد فوق نسبت به گروه کنترل دچار مشکل هستند.

- حساسیت قلبی، افراد با والدین الکلی واکنش‌پذیری قلبی کاهش یافته در تکالیف داشتند که نشانگر کاهش در پردازش توجهی است.

- در سطوح انتقال‌دهنده عصبی، برخی مطالعات نقص در انتقال‌دهنده عصبی سروتونین را نشان دادند که با افزایش خطر جهت مصرف مواد رابطه دارد.

- تشخیص ADHD، مطالعات نشان می‌دهد که این اختلال با افزایش خطر در مصرف مواد رابطه دارد.

- ابعاد شخصیتی، افزایش هیجان‌خواهی و پایین بودن صفات شخصیتی اجتناب از آسیب با سوء مصرف مواد رابطه دارد (کامینر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴).

## ۲-۲۷- مروری کلی بر روان‌درمانی اختلالات وابسته به مواد

روان‌درمانی و مشاوره فردی یا گروهی اثربخشی درمان‌های دارویی اختلالات وابسته به مواد را به طور قابل توجهی افزایش می‌دهد. یکی از مهمترین مشکلات درمان‌های اعتیاد عود بیماری است که با بازگشت ناگهانی یا لغزش شروع می‌شود، البته لزوماً به عود منجر نمی‌شود. در گذشته عود را به عنوان شکست در درمان قلمداد می‌کردند. اکنون اعتقاد بر این است که اعتیاد یک بیماری مزمن است که با عودهای مکرر همراه است. آن چه در جریان هر عود مهم است شناسایی عوامل روانی - اجتماعی است که منجر به عود

---

1. Kaminer

می‌شوند و این مسأله میسر نمی‌شود مگر با اجرای روش‌های روان‌درمانی. برخی از محققین اعتقاد دارند که سم‌زدایی به تنهایی نمی‌تواند به بیمار کمک کند بلکه بیمار نیازمند مداخلات روان‌درمانی و انگیزشی است (کورین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰؛ به نقل از گودرزی، ۱۳۸۵).

در اینجا چند رویکرد درمانی که بیشترین کاربرد را در پیشگیری از عود و ایجاد انگیزه در بیماران و حفظ بیماران در درمان دارند مورد بررسی قرار می‌دهیم. این رویکردها عبارتند از: ۱) رویکرد روان‌پویشی ۲) رویکرد شناختی-رفتاری ۳) رویکردهای مصاحبه انگیزشی ۴) رویکرد خودیاری رسانی ۵) رویکرد پیشگیری از عود مارلات.

## ۲-۲۷-۱- رویکرد درمانی روان‌پویشی

امروزه درمان روان‌پویشی بیش از آنکه به تجارب دوران کودکی فرد بپردازد، بر مشکلات و تعارضات فعلی او تمرکز دارند. در این روش به شناخت دفاع‌های مراجع و آگاهی از ضعف‌های ایگو<sup>۲</sup> و نحوه مقابله و توانایی‌های افراد تاکید می‌شود. در این روش به مراجع کمک می‌شود به خودآگاهی برسد و رشد کند و بتواند با مشکلاتش روبرو شده و بر آنها فائق شود. با وجود اینکه این روش می‌تواند در بسیاری از موارد موثر باشد. با این حال، محدودیت نیز دارد. این روش را می‌توان فقط در درمان تعداد محدودی از افراد وابسته به مواد به‌کار برد (فرانسیس<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۴). همچنین در رویکردهای جدید نظریه روان‌پویشی به نقش دفاع‌ها، من ضعیف، مکانیزم‌های دفاعی و آسیب‌های عاطفی در برابر سوء مصرف مواد توجه می‌شود. در این رویکرد ها، کنترل عاطفی یک موضوع محوری در علت‌شناسی اعتیاد مورد توجه قرار می‌گیرد و مصرف مواد تلاشی است برای سازش با احساسات دردناک (راسکین و کریستال<sup>۴</sup>، ۱۹۷۰؛ به نقل از بهرامی، ۱۳۸۳).

## ۲-۲۷-۲- رویکرد شناختی-رفتاری

رویکرد شناختی-رفتاری، بر نقش باورها، انتظارات و عقاید در پدیدآیی اختلالات مصرف مواد تاکید دارد. از دیدگاه شناختی-رفتاری، اعتیاد ناشی از تعامل پیچیده فرآیندهای شناختی، رفتاری، هیجانی، خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی و فرایندهای زیستی، روانی و اجتماعی است. فرایندهای شناختی شامل فعالیت‌هایی مانند

---

2. Corrinne

1. Ego

2. Frances

3. Raskin & Krystal

افکار، باورها، ایده ها، طرحواره ها، ارزش ها، عقاید، انتظارات و فرضیات می باشد. فرایندهای شناختی که بیشتر در سبب شناسی و درمان اعتیاد نقش دارند باورهای انتظاری، باورهای متمرکز بر تسکین، افکار خودآید و باورهای تسهیل کننده و وسیله ای است (گالانتر و کلبرا، ۲۰۰۴).

درمان شناختی یک درمان فعال، هدفمند، ساختار یافته است که از طریق آن مراجعان مهارت های روانشناختی جهت مقابله با مصرف مواد را یاد می گیرند. این درمان با تأکید بر سه حوزه اصلی به مراجعان در پرهیز از مصرف مواد کمک می کند. ۱) کاهش دادن باورهای ناسازگارانه درباره رفتارهای مرتبط با مصرف مواد، ۲) آموزش به مراجعان در جهت اهمیت مهارت های زندگی و به طبع آن کسب رضایت و بالا بردن خودکارآمدی و ۳) تغییر نگرش مراجعان از خودشان، زندگی و آینده (بک و همکاران، ۱۹۹۳).

## ۲-۲۷-۳- رویکردهای مصاحبه انگیزشی

انگیزه در تصمیم گیری افراد جهت تغییر مصرف مواد نقش مهمی بازی می کند. در این مدل انگیزه بیشتر از آنکه به عنوان یک صفت در نظر گرفته شود، به مثابه مولفه ای است که می تواند تحت تأثیر قرار گیرد. درحقیقت بالا بردن انگیزه مراجعین بخش اصلی وظیفه درمانگر محسوب می شود. رویکرد مصاحبه انگیزشی با این فرض شروع می شود که مسئولیت پذیری و توانایی برای تغییر در درون مراجع قرار دارد، وظیفه درمانگر این است که مجموعه شرایطی را خلق کند که انگیزش مراجع و تعهد او را برای تغییر افزایش دهد. مصاحبه انگیزشی، روش تعاملی جهت دار و مراجع محور است که هدف از آن کمک به افراد برای بررسی و رفع دودلی در مصرف مواد و شروع ایجاد تغییرات مثبت است. بسیاری از افراد درگیر مصرف زیان آور مواد می شوند و متوجه نیستند که مشکلی دارند، با این که سایر مشکلات زندگی آنها به مصرف مواد و یا الکل ارتباط دارد (میلر<sup>۲</sup>، رولنیک<sup>۳</sup>، ۱۹۹۱، ۲۰۰۲).

درمان اعتیاد بدون توجه به مسأله انگیزشی نمی تواند کامل باشد. پروجاسکا و دیکلمته (۱۹۸۴) الگوی جامعی را برای مفهوم پردازش انگیزش بیمار برای تغییر ارائه داده اند، آنها دریافتند که تغییر در طول زمان و در پنج مرحله مجزا انجام می شود. این مراحل عبارتند از:

---

4. Galanter & Kessler

1. Miller

2. Rollnick

- (۱) پیش از تأمل: مشکلی دیده نمی‌شود.
  - (۲) تأمل: مشکلی دیده می‌شود و لزوم عمل مد نظر قرار می‌گیرد.
  - (۳) آمادگی: طرح‌های عینی برای عمل بلافاصله انجام می‌شود.
  - (۴) عمل: جهت تغییر کاری انجام می‌شود.
  - (۵) نگهداری: برای حفظ تغییر کاری انجام می‌شود.
- مصاحبه انگیزشی می‌تواند به عنوان:
- یک ابزار ارزیابی
  - یک ابزار تعاملی برای ایجاد انگیزه در مراجع در فرآیند تغییر
  - روشی برای تسهیل فرآیند تغییر که به طور طبیعی در انسان‌ها رخ می‌دهد و
  - روشی برای کمک به مراجع برای برطرف کردن دودلی مورد استفاده قرار گیرد (میلر و رولنیک، ۱۹۹۱، ۲۰۰۲).

## ۲-۲۷-۴- رویکردهای خودیاری رسانی

رویکردهای خودیاری رسانی مبتنی بر نگرش‌های معنوی و ماوراء طبیعی است. مهمترین رویکرد خود یاری رسان در قالب دوازده‌گام مطرح شده است. در مدل دوازده‌گام بر دوستی و همدلی، اهمیت یافتن خدا یا یک قدرت برتر، نیاش و بیدارسازی معنوی و تکیه بر یک قدرت برتر برای مقابله با اعتیاد تأکید می‌شود (مارلات و همکاران، ۲۰۰۴). بهبودی در این رویکرد مستلزم تسلیم و واگذاری قدرت شخصی فرد بر یک "قدرت برتر" است که از این طریق شخص می‌تواند سلامت خود را بازیابد. تلویحاً فرض می‌شود که شخص مبتلا خود توانایی تغییر افکار، هیجانات و رفتارهای خود را ندارد و تنها راه امید، تسلیم شدن و پذیرفتن عجز و ناتوانی در مقابل مواد و واگذاری کنترل شخصی به قدرتی فراتر از خود است.

پژوهش‌های انجام شده توسط تونیگان<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۹؛ به نقل از هارتز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷) نشانگر آن است که شرکت در گروه‌های دوازده‌گانه با کاهش در رفتار آماج از قبیل مصرف الکل، استفاده از مواد مخدر یا پرخوری مرتبط بوده است. همچنین عضویت در برنامه‌های دوازده‌گانه با بهبود در عملکرد روانی- اجتماعی

1. Tonigan

2. Hartz

و افزایش تعهد و پذیرش تغییر همراه است و شرکت در این جلسات ممکن است اثر نامطلوب شبکه‌های اجتماعی غیر حمایت‌گر را تعدیل کند.

تونینگان و همکاران (۱۹۹۹؛ به نقل از هارتز، ۲۰۰۷)، مولفه‌های معنوی رویکردهای دوازده‌گانه را این‌گونه خلاصه کرده‌اند:

- شناخت یک نیروی برتر یا وجود متعالی
- رابطه شخصی با نیروی برتر
- متانت و آرامش از طریق مداخله معجزه آسا از سوی نیروی برتر
- تجدید روزانه تمرین معنوی
- آرامش

## ۲-۲۸- پیشینه پژوهش

### ۲-۲۸-۱- پیشینه داخلی پژوهش

تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی در مشکلات مختلف تأثیرگذار است. ازجمله تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی، نشانه‌های جسمانی سازی، بد کارکردی اجتماعی و بهزیستی ذهنی (قاسمی، کجباف و ربیعی، ۱۳۹۰)، بر افزایش صمیمیت زناشویی در مقیاس هشت‌گانه، کاهش اصطکاک‌ها در روابط، حل تعارض در فضای آرام، احساس امنیت اعضای خانواده و روحیه همبستگی و درک همدلانه زوجین (امانی، ۱۳۹۱) تأثیر داشته است.

یوسف پور، آهی و نصری (۱۳۹۴) در یک پژوهشی نیمه آزمایشی نقش رواندرمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، بر اضطراب مبتلایان به سوگ عارضه دار را بررسی کردند و نتایج نشان داد که رواندرمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، بر اضطراب مبتلایان به سوگ عارضه دار موثر می باشد.

طوقیانی و همکاران (۲۰۱۱) اثربخشی درمان کیفیت زندگی را روی گروهی از نوجوانان با سطوح پایین بهزیستی ذهنی بررسی کردند و مشخص شد که درمان کیفیت زندگی به طور معنی داری موجب افزایش میزان بهزیستی روانی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است و این تفاوت به لحاظ آماری معنی دار می باشد.



در پژوهش نصیری زرین قبایی و همکاران (۱۳۹۴) رابطه بین کیفیت زندگی و سلامت روانی روی ۱۵۰ بیمار مبتلا به بیماری قلبی بررسی شد و نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی و سلامت روانی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد.

در پژوهش محمودی و همکاران (۱۳۹۰) وضعیت سلامت روانی و کیفیت زندگی معتادان مراجعه کننده به مراکز گذری و نگهدارنده متادون درمانی بررسی شد و سلامت روانی و کیفیت زندگی افراد معتاد مورد بررسی پایین گزارش شد.

در پژوهشی رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد بررسی شد و یافته پژوهش نشان داد که بین کیفیت زندگی و سلامت روانی در افراد مورد بررسی رابطه معنی داری وجود دارد. همچنین به نظر می رسد که با بهبود کیفیت زندگی می توان سلامت روانی افراد وابسته به مواد را افزایش داد (عفتی دیوشلی و همکاران، ۱۳۹۱).

رهبریان، حسین زاده و دوستی (۱۳۹۵) در پژوهشی تحت عنوان "تاثیر آموزش ارتباط موثر به زوج های وابسته به موادمخدر براساس مدل شناختی-رفتاری بر الگوهای ارتباطی و عود مجدد" که در نمونه ۴۰ نفری از زوجین مراجعه کننده به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر قزوین انجام داده بودند، به این نتیجه رسیدند که تفاوت بین دو گروه مداخله و شاهد در نمره الگوی ارتباط سازنده، در نمره الگوی اجتناب متقابل و در الگوی تقاضا/کناره گیری از نظر آماری معنی دار بود. همچنین تفاوت بین دو گروه در نمره میزان عودهم از نظر آماری معنی دار بود. با توجه به یافته ها، به نظر می رسد آموزش گروهی نحوه ارتباط موثر به زوج های وابسته به مواد مخدر براساس مدل شناختی-رفتاری موجب بهبود الگوهای ارتباطی و پیشگیری از عود مواد در مردان می شود.

اکبری بورنگ، دلاکه، صابری و یاسبلاغی (۱۳۹۵) در پژوهشی تحت عنوان "اثربخشی برنامه درسی مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری برافزایش میزان خودکارآمدی و تاب آوری بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون" که در نمونه ۶۰ نفری از بیماران تحت درمان متادون که در دو مرکز ترک اعتیاد خصوصی شهرستان زیرکوه و مرکز گذری کاهش آسیب توکل زیرکوه پرونده داشتند، انجام دادند، نتایج پژوهششان نشان داد نتایج نشان داد درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی بیماران تحت درمان متادون تاثیر مثبت داشته است. همچنین نتایج نشان داد درمان شناختی-رفتاری بر تاب آوری تاثیر معنادار نداشته است.

شیری، بنی جمالی، صرامی و احدی (۱۳۹۵) در پژوهشی تحت عنوان "اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری چندمولفه ای بر کیفیت خواب و سلامت عمومی سوء مصرف کنندگان موادمخدر" که در نمونه ۳۰ نفری از مردان مراجعه کننده به یکی از مراکز درمان سوء مصرف قزوین، انجام دادند، نتایج پژوهش بیانگر این بود که درمان شناختی- رفتاری چندمولفه‌ای به‌طور معنی‌داری کیفیت خواب و سلامت عمومی را در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد بهبود بخشید و با توجه به یافته‌ها، به نظر می‌رسد درمان شناختی- رفتاری می‌تواند به بهبود سلامت عمومی و کیفیت خواب منجر شود.

پروزر، علیزاده گوردال، یاقوتی زرگر و بشرپور (۱۳۹۴) در پژوهشی "تحت عنوان اثربخشی روان درمانی مثبت گرا مبتنی بر کیفیت زندگی" که در نمونه ۳۶ نفری از افراد مبتلا به مواد افیونی انجام داده بودند به این نتیجه رسیدند که اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی اثربخش است.

روشفر، پاداش، مختاری و ایزدی خواه (۱۳۹۲) در پژوهشی تحت عنوان "بررسی اثربخشی آموزش روان‌درمانی مبتنی بر نظریه فریش بر کیفیت زندگی مراجعان شهر اصفهان" در نمونه ۳۲ نفری از افراد مراجعه کننده به مرکز مشاوره اصفهان انجام شده بود، نتایج پژوهش بیانگر این بود که تفاوت معنی‌داری بین نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون وجود دارد. به این معنی که آموزش کیفیت زندگی درمانی بر کیفیت زندگی افراد مؤثر بوده است. همچنین نتایج نشان داد آموزش کیفیت زندگی درمانی، نمرات افراد را در پس‌آزمون گروه آزمایش در ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط افزایش داده است. نتایج این پژوهش تأییدکننده تأثیر مثبت آموزش رویکرد مبتنی بر نظریه فریش بر کیفیت زندگی افراد و افزایش‌دهنده رضایتمندی آنان از زندگی بود.

شریعتی، ایزدی خواه، مولوی و صالحی (۱۳۹۲) در پژوهشی تحت عنوان "مقایسه ی اثربخشی گروه درمانی به شیوه ی شناختی-رفتاری با درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خودکارآمدی افراد معتاد" نتایج پژوهش نشان داد که درمان ساختی-رفتاری و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی توانسته اند در مرحله پس‌آزمون به طور معناداری نمرات خودکارآمدی معتادان را نسبت به گروه کنترل افزایش دهد؛ البته نکته قابل ذکر اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خودکارآمدی در مرحله پیگیری بود.

پاداش، فاتحی زاده، عابدی و ایزدی خواه (۱۳۹۱) در پژوهشی تحت عنوان "بررسی اثربخشی درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی" نتایج پژوهش بیانگر این بود که کیفیت زندگی درمانی نمرات آزمودنی های گروه آزمایش و شاهد را در پس‌آزمون در ابعاد تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، روابط بین

فردی، حل تعارض، اوقات فراغت و جهت گیری مذهبی افزایش داده است و تفاوت معناداری بین مانگین نمرات گروه شاهد و آزمایش در مرحله پس آزمون در ابعاد مدیریت مالی، رابطه جنسی، شیوه فرزندپروری، خانواده و دوستان و مساوات طلبی نقش ها مشاهده نشد. نتایج روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، شاهدی بر مفید و موثر بودن روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، در مداخلات خانواده است.

پاداش، فاتحی زاده و عابدی (۱۳۹۰) در پژوهشی تحت عنوان "اثربخشی روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی همسران" که با نمونه ۳۲ نفری از زنان و مردان متاهل انجام داده بودند، نتایج پژوهش بیانگر این بود که تفاوت معناداری بین نمرات شادکامی گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون وجود دارد به این معنی که کیفیت زندگی درمانی بر شادکامی زنان و مردان متاهل موثر بوده است.

## ۲-۲۸-۲- پژوهش خارجی پژوهش

در بعد پژوهش های خارجی نیز شواهد پژوهشی نشان می دهند که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر پریشانی روان شناختی و صمیمیت اجتماعی آزمودنی (رودریگو، مندلبروت، پاولاکیز<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱)، بر خلق و علاقه اجتماعی بیماران در انتظار پیوند ریه (رودریگو، باز، ویدوس واهلرز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵)، کاهش اضطراب اجتماعی، اختلال عملکرد و افسردگی (سافرن، هیمبرگ، براون، هولی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۶)، بر رضایت و خود کارآمدی زناشویی و بر بهبود سوء مصرف مواد (نوری پور، باس و آپچه<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳)، بر بهزیستی ذهنی و امیدواری والدین کودکان مبتلا به اوتیسم (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۸)

گرنه و همکاران (۱۹۹۵) در پژوهشی اثربخشی درمان کیفیت زندگی را روی گروهی از افراد افسرده بررسی کردند و نتایج نشان داد که درمان کیفیت زندگی در درمان افسردگی، بهبود خودکارآمدی و کیفیت زندگی موثر می باشد.

رودریگو و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی درمان کیفیت زندگی را روی گروهی از بیماران مبتلا به مشکلات ریوی انجام دادند و مشخص شد که این روش درمانی در بهبود کیفیت زندگی، کاهش آشفتگی خلقی و افزایش صمیمت اجتماعی موثر است.

<sup>۱</sup>. Rodrigue Mandelbrot, Pavlakis

<sup>۲</sup>. Rodrigue, Baz, Widows & Ehlers

<sup>۳</sup>. Safren, Heimberg, Brown, Holle

<sup>۴</sup> Nooripour, Bass & Apsche

اوچا، کاسلاس گرایو، ویوس، فونت و بوراس<sup>۱</sup> (۲۰۱۷) در پژوهشی با عنوان اثربخشی روان درمانی مثبت گرا در درمان اضطراب پس از سانحه به این نتیجه رسیدند که روان شناسی مثبت گرا را یک راه درمانی برای کاهش اختلالات عاطفی و استرس پس از سانحه می توان ارزیابی کرد. نتایج بیانگر آن بود که روانشناسی مثبت گرا به طور قابل توجهی در افزایش سلامت روان، استرس و اضطراب پس از حادثه موثر بود.

هالر، نورمان، کیومینس، تریم، اکسیو، چيو، آلد، برون و تات<sup>۲</sup> (۲۰۱۶) در پژوهشی تحت عنوان "مداخلات درمان شناختی رفتاری در مقابل پردازش درمان شناختی در بزرگسالان مبتلا به افسردگی، سوء مصرف مواد و تروما" در نمونه ۱۲۳ نفری، به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری و پردازش شناختی در اختلالات افسردگی، سوء مصرف مواد و تروما اثربخش بوده و افراد شرکت کننده در درمان شناختی رفتاری و پردازش شناختی، افسردگی، سوء مصرف مواد در آنها به مراتب کاهش یافته بود.

میلوسویک، چيودزیک، بوييد و مک کاب<sup>۳</sup> (۲۰۱۶) در پژوهشی تحت عنوان "بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بررسی خلق و خوی، سلامت روان در افراد سوء مصرف مواد: یک مطالعه مقدماتی" نتایج نشان داد که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در درمان خلق و خوی منفی و سلامت روان افراد دچار سوء مصرف مواد اثربخش است و موجب عملکرد بهتر در آنان می شود، همچنین اثرات قابل توجهی در مهارت های مقابله و کیفیت زندگی در آنان مشاهده شد.

روهسنو<sup>۴</sup> (۲۰۱۶) در پژوهشی تحت عنوان "رفتار درمانی شناختی در اختلالات مصرف مواد" به این نتیجه رسید که رفتار درمانی شناختی در اختلالات مصرف مواد اثربخش است. به نوعی افراد معتاد بعد از درمان معنایی بیشتر برای زندگی خود پیدا می کنند و بدین صورت سلامت روان و در نتیجه کیفیت زندگیشان افزایش می یابد.

با توجه به مبانی نظری و پیشینه تحقیقاتی که در این بخش آورده شده می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی روی متغیرهای روانشناختی تاثیر مثبتی دارد، با این حال اغلب پژوهش های صورت گرفته قبلی به طور مستقیم اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر سلامت روان، روابط بین فردی و معنا در زندگی بررسی نکرده اند و اثربخشی درمان فوق را روی جامعه های آماری غیر معتادین و دیگر متغیرهای روانشناختی بررسی کرده اند. در پژوهش حاضر نیز پژوهشگر تا حد امکان شواهد پژوهشی

<sup>۱</sup>. Ochoa, Casellas-Grau, Vives, Font & Borràs

<sup>۲</sup>. Haller, Norman, Cummins, Trim, Xu, Cui, Allard, Brown & Tate

<sup>۳</sup>. Milosevic, Chudzik, Boyd & McCabe

<sup>۴</sup>. Rohsenow

موجود در این زمینه را بررسی کرده و پژوهش های انجام شده گویای اثربخش بودن پروتکل درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی روی متغیرهای روانشناختی است.

## فصل سوم

### روش پژوهش

در این فصل شیوه اجرای پژوهش، جامعه آماری و شیوه نمونه گیری ارائه می شود. سپس ابزار های مورد استفاده در این پژوهش معرفی می شود و در انتها شیوه های آماری مورد استفاده در این پژوهش ارائه خواهد شد.

### ۳-۱- طرح پژوهش

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای سلامت روان، روابط بین فردی و معنا در زندگی در افراد ترک کننده مواد طرح ریزی شده است. با توجه به هدف و فرضیه های مطرح شده و روش نمونه گیری، روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است. پژوهش حاضر به صورت نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل اجرا خواهد شد که نمودار آن به صورت زیر است.

جدول نحوه کاربست متغیرها

گروه	شیوه گزینش	پیش آزمون	متغیر مستقل	پس آزمون
گروه آزمایشی	R	T1	X1	T2
گروه کنترل	R	T1	-	T2

### ۳-۲- جامعه آماری

جامعه آماری تحقیق حاضر شامل تمام افراد ترک کننده مواد در مرکز ترک اعتیاد آزادی شهر اردبیل بودند که از میان آنها با روش نمونه گیری تصادفی ۴۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند.

### ۳-۳- حجم نمونه و شیوه نمونه گیری

از بین معنادان مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد آزادی شهر اردبیل با روش نمونه گیری تصادفی ۴۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و در مرحله بعدی به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. آزمودنی های مورد بررسی توسط پرسشنامه های سلامت روان، روابط بین فردی و معنا در زندگی مورد بررسی قرار گرفتند. بعد از مشخص نمودن ۴۰ مرد ترک کننده مواد که حاضر به همکاری در طرح بودند. آزمودنی ها به طور تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند و به سه

پرسشنامه سلامت روان، روابط بین فردی و معنا در زندگی تاب آوری برای دو گروه در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون پاسخ دادند.

### ۳-۴- شرایط ورود و خروج از پژوهش

#### ۳-۴-۱- شرایط ورود به پژوهش عبارت بودند از

- دارا بودن حداقل سطح تحصیلات سیکل
- داشتن تمایل به همکاری جهت دریافت مداخله‌ی مشاوره‌ای
- مصرف نکردن داروی خاص و نداشتن سابقه بیماری روانی
- پرهیز از مصرف مواد قبل از ورود به برنامه درمان حداقل به مدت یک هفته
- اتمام دوره سم‌زدایی در افراد شرکت‌کننده در برنامه آموزشی
- عدم مصرف منظم داروهای ضد روانپریشی در زمان ورود به برنامه درمان
- داشتن سن حداقل ۲۰ تا ۵۰ سال

#### ۳-۴-۲- شرایط و معیارهای خروج از پژوهش

- داشتن اختلالات روانپزشکی از قبیل اختلالات دو قطبی و اختلالات تجزیه‌ای و سایر اختلالات هم ابتلا
- بیماری‌های جسمی شدید که مانع شرکت در جلسات درمانی شود
- شرکت همزمان در برنامه‌های درمانی دیگر در حال حاضر
- داشتن وابستگی بلند مدت به چند ماده به طور همزمان

### ۳-۵- روش اجرای پژوهش

جهت اجرای پژوهش، از بین افرادی که جواب آزمایش مورفین آنها منفی بود و دوره سم‌زدایی را با موفقیت به پایان رسانده بودند با توجه به معیارهای ورود، ۲۰ نفر در گروه آزمایشی (درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی) و ۲۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. به منظور توافق درباره اهداف، موضوع، نحوه اجرا و زمان برگزاری جلسات با افراد شرکت‌کننده بحث و گفتگو شد. سپس گروه‌های آزمایشی در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته که در دو بخش ۴۵ دقیقه‌ای همراه با نیم ساعت استراحت و پذیرایی تشکیل شده بود، تحت آموزش درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی قرار گرفتند. در اولین جلسه برای هر دو گروه نحوه اداره جلسات، اهداف و مولفه‌های درمانی و معیارهای لازم جهت ادامه درمان مطرح شد و اعضای گروه سلامت روان، روابط بین فردی و معنا در زندگی را تکمیل کردند.



### ۳-۶- شیوه مداخله

درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی طی ۸ جلسه برای آزمودنی های گروه آزمایش برگزار گردید که عناوین مطالب آموزش داده شده در هر جلسه به شرح زیر می باشند:

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره آموزشی، گرفتن تعهد از شرکت کنندگان برای حضور در جلسات، معرفی و بحث درباره کیفیت زندگی و شادکامی. در این رویکرد به مراجعین نظریه اصول و مهارتهایی آموزش داده می شود که در تشخیص، جستجو و تحقق یافتن مهمترین اهداف، نیازها و خواسته های ارزشمند زندگی شان کمک کننده باشد.
جلسه دوم	مروری بر بحث جلسه قبل، تعریف درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، معرفی ابعاد کیفیت زندگی، آشنا کردن اعضای جلسه با درخت زندگی و کشف موارد مشکل آفرین اعضا، خلاصه بحث و ارائه بازخورد.
جلسه سوم	مروری بر بحث جلسه قبل، معرفی پنج ریشه، شروع کردن با یکی از ابعاد، معرفی شرایط زندگی به عنوان استراتژی اول و کاربرد آن در ابعاد کیفیت زندگی
جلسه چهارم	مروری بر بحث جلسه قبل، بحث پیرامون پنج ریشه، معرفی نگرش به عنوان استراتژی دوم، کاربرد استراتژی دوم در ابعاد کیفیت زندگی
جلسه پنجم	مروری بر بحث جلسه قبل، بحث پیرامون پنج ریشه، معرفی استانداردها، اولویت ها، تغییر رضایت به عنوان استراتژی سوم، چهارم و پنجم جهت افزایش رضایت از زندگی، آموزش اصول کیفیت زندگی
جلسه ششم	مروری بر بحث جلسه قبل، بحث پیرامون اصول مربوط به کیفیت زندگی، ارائه اصول و توضیح کاربرد این اصول برای افزایش رضایت
جلسه هفتم	مرور جلسه قبل، ادامه بحث درباره اصول، بحث درباره حیطه روابط، و کاربرد اصول مهم در حیطه روابط
جلسه هشتم	ارائه خلاصه ای از مطالب عنوان شده در جلسات قبل، جمع بندی و آموزش تعمیم پنج ریشه در شرایط مختلف زندگی و کاربرد اصول در ابعاد مختلف زندگی

### ۳-۷- ابزار های اندازه گیری

در این پژوهش از سه پرسشنامه سلامت روان، روابط بین فردی و معنا در زندگی استفاده شد.

### ۳-۷-۱- پرسشنامه سلامت روان (GHQ)

پرسشنامه سلامت روان GHQ این پرسشنامه حاوی ۲۸ سوال است که مشکلات جسمی، کارکردهای اجتماعی، اضطراب، افسردگی را با طیف ۵ درجه ای (خیلی زیاد و خیلی زیاد) مورد سنجش قرار می دهد. مقیاس های فوق هریک ۷ سوال را پوشش می دهند اخذ نمره بالا نشانگر عدم سلامت روان و نمره پایین بیانگر سلامتی فرد در مجموع و در هریک از مقیاس ها می باشد. همبستگی آن با چک لیست نشانه های اختلالات روانی ۱ محاسبه گردیده و روایی آن ۰/۷۸ گزارش شده است. در مورد اعتبار آن نیز پالنگ (۱۳۷۴) و یعقوبی، (۱۳۷۴؛ به نقل از حاجلو، ۱۳۸۸). در پژوهش دیگری پایایی این مقیاس توسط تقوی از سه روس بازآزمایی، تصنیفی و آلفای کرونباخ محاسبه که برابر با ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش شد (تقوی، ۲۰۰۱).

### ۳-۷-۲- پرسشنامه روابط بین فردی

این پرسشنامه دارای ۱۹ سوال بوده و هدف آن سنجش میزان مهارت ارتباطی بین فردی در افراد مختلف است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت ۵ درجه ای (بسیار پایین الی بسیار خوب) می باشد. دامنه مجموع نمرات از ۱۹ تا ۹۵ می باشد و کسب نمره بالاتر بیانگر مهارت ارتباط بین فردی بالاتر می باشد. منجمی زاده (۱۳۹۱) اعتبار آن را محاسبه و مطلوب عنوان نموده است و پایایی پرسشنامه فوق نیز بر اساس آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۳ گزارش گردید.

### ۳-۷-۳- پرسشنامه معنا در زندگی (MLQ)

پرسشنامه معنا در زندگی (MLQ) توسط استگر<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۶) ساخته شده است. پرسشنامه معنا در زندگی دارای ده گویه است که کلیه گویه ها بر روی یک مقیاس لیکرت هفت درجه ای از «کاملاً نادرست» (نمره یک) تا «کاملاً درست» (نمره ۷) وجود یا جست و جوی معنا را اندازه می گیرد و به استثنای گویه ۹ که نمره دهی آن معکوس است، سایر گویه ها نمره دهی معمولی دارند. براساس گزارش های استگر و همکاران (۲۰۰۶؛ به نقل از براتی سده، ۱۳۹۱) MLQ از پایایی و روایی بالایی برخوردار است. همسانی درونی هر دو خرده مقیاس با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ بالا و خوب گزارش شده است؛ برای وجود معنا ضریب آلفا ۰/۸۱ و برای جست و جوی معنا این ضریب ۰/۸۴ بوده است. همبستگی بین دو خرده مقیاس هم اندک بوده است که نشان دهنده برازش خوب این دو مقیاس برای سنجش خرده مقیاس هاست. در پژوهش براتی سده (۱۳۸۸) ضریب بازآزمایی و ضریب آلفای آزمون بر روی یک نمونه ۹۵ نفری برای خرده آزمون وجود

<sup>۱</sup> . Symptom checklist 90

<sup>۲</sup> . Steger

معنا به ترتیب ۰/۳۶ و ۰/۸۷ و برای خرده آزمون جستجوی معنا ۰/۳۷ و ۰/۹۱ به دست آمد که نشان می‌دهد پرسشنامه فوق از اعتبار مناسبی برخوردار است.

### ۳-۸- روش تجزیه و تحلیل داده ها

پس از ورود داده های پرسشنامه به نرم افزار SPSS19 نسبت به تعیین نرمال بودن (پارامتریک) یا غیر نرمال بودن (ناپارامتریک) با استفاده از آزمون کولموف استریمف (آزمون Z) اقدام شد. سپس از آزمون های توصیفی و استنباطی به تبیین فرضیه ها پرداخته ، که در بخش توصیفی با استخراج و مقایسه میانگین ، انحراف معیار و توزیع فراوانی پاسخ های دو گروه مورد بررسی شد، همچنین به جهت آنکه آزمون به صورت گروه کنترل و آزمایش و در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون انجام شد از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد.

## فصل چهارم

### یافته های پژوهش

#### ۴-۱- مقدمه

در این فصل به تناسب اهداف و فرضیه‌های پژوهشی به توصیف و تحلیل داده‌های بدست آمده پرداخته شد تا از این راه، داده‌ها و اطلاعات کمی بدست آمده به بوته آمارها و معادلات متنوع سپرده شود و در پرتو کمیت‌های بدست آمده، زبانی متقن و عینی به یافته‌های پژوهشی بخشیده و از این راه، فهمی یکسان و همگانی فرا روی داوران، پژوهشگران و منتقدان قرار داده شود.

بنابراین در این فصل ابتدا داده‌های تحقیق با استفاده از آماره‌های توصیفی به صورت جداول، خلاصه و جمع‌بندی شد. سپس فرضیه‌های تحقیق به کمک روش‌های استنباطی مورد بررسی قرار گرفتند. جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای سلامت روان، روابط بین فردی و معنا در زندگی در افراد ترک کننده مواد از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

#### ۴-۲- ویژگی‌های جمعیت شناختی

جدول ۱. فراوانی شرکت کنندگان در تحقیق بر اساس سن

متغیر	گروه	آزمایش		کنترل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
سن	۲۰ تا ۲۹ سال	۱۰	۵۰	۱۱	۵۵
	۳۰ تا ۳۹ سال	۸	۴۰	۸	۴۰
	۴۰ تا ۵۰ سال	۲	۱۰	۱	۵
	جمع	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

همانطور که در جدول شماره ۱ ملاحظه می‌گردد فراوانی گروه آزمایش و کنترل از لحاظ سنی نشان

می‌دهد.

جدول ۲. فراوانی شرکت کنندگان در تحقیق بر اساس وضعیت تاهل

متغیر	گروه	آزمایش		کنترل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
وضعیت تاهل	ازدواج دائم	۱۰	۵۰	۱۱	۵۵
	مجرد	۷	۳۵	۶	۳۰
	همسر جدا شده	۲	۱۰	۳	۱۵
	همسر فوت شده	۱	۵	۰	۰
	جمع	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

همانطور که ملاحظه می شود جدول شماره ۲ فراوانی شرکت کنندگان را از لحاظ وضعیت تاهل نشان

می دهد.

جدول ۳. فراوانی شرکت کنندگان در تحقیق بر اساس وضعیت تحصیلی

متغیر	گروه	آزمایش		کنترل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
مقطع تحصیلی	راهنمایی	۵	۲۵	۴	۲۰
	دبیرستان	۱۳	۶۵	۱۲	۶۰
	دانشگاهی	۲	۱۰	۴	۲۰
	جمع	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

همانطور که ملاحظه می شود جدول شماره ۳ فراوانی شرکت کنندگان را از لحاظ وضعیت تحصیلی را

نشان می دهد.

جدول ۴. فراوانی شرکت کنندگان در تحقیق بر اساس نوع شغل

متغیر	گروه	آزمایش		کنترل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
وضعیت شغلی	در حال تحصیل	۲	۱۰	۳	۱۵
	آزاد	۹	۴۵	۷	۳۵
	بیکار	۹	۴۵	۱۰	۵۰
	جمع	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

همانطور که ملاحظه می شود جدول شماره ۴ فراوانی شرکت کنندگان را از لحاظ وضعیت شغلی را

نشان می دهد.

جدول ۵. فراوانی علت عود شرکت کنندگان در تحقیق

متغیر	گروه	آزمایش		کنترل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
علت عود	بیکاری	۵	۲۵	۵	۲۵
	افسردگی	۷	۳۵	۸	۴۰
	تاثیر همسالان	۳	۱۵	۵	۲۵
	قرار گرفتن در محیط مصرف	۵	۲۵	۲	۱۰
	جمع	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

همانطور که ملاحظه می‌شود جدول شماره ۵ فراوانی شرکت کنندگان را از لحاظ علت عود نشان می‌دهد.

جدول ۶. فراوانی علت اقدام به درمان کنندگان در تحقیق

متغیر	گروه	آزمایش		کنترل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
علت اقدام به درمان	تهدید اخراج از کار	۹	۴۵	۹	۴۵
	خستگی از مواد مخدر	۶	۳۰	۶	۳۰
	هزینه تهیه مواد	۱	۵	۱	۵
	دلایل شخصی و خانوادگی	۴	۲۰	۴	۲۰
	جمع	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

همانطور که ملاحظه می‌شود جدول (۶) فراوانی شرکت کنندگان را از لحاظ علت اقدام به درمان نشان می‌دهد.

#### ۳-۴- یافته‌های توصیفی

جدول ۷. میانگین و انحراف استاندارد دو بار اندازه‌گیری (پیش آزمون و پس آزمون) سلامت روان، روابط بین فردی و معنا در زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	پیش آزمون	پس آزمون
		میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
سلامت روان	آزمایش	۱۰/۷۷ $\pm$ ۶۵/۶۰	۱۱/۰۲ $\pm$ ۶۸/۷۲
	کنترل	۱۱/۹۲ $\pm$ ۶۳/۸۴	۱۱/۷۷ $\pm$ ۶۳/۳۶
روابط بین فردی	آزمایش	۸/۱۳ $\pm$ ۵۴/۰۰	۸/۶۰ $\pm$ ۵۶/۸۸
	کنترل	۸/۹۹ $\pm$ ۵۴/۰۰	۸/۵۷ $\pm$ ۵۳/۸۰
معنا در زندگی	آزمایش	۷/۶۲ $\pm$ ۳۶/۴۴	۶/۸۰ $\pm$ ۳۹/۶۸
	کنترل	۷/۸۸ $\pm$ ۳۶/۴۴	۷/۸۸ $\pm$ ۳۶/۴۴

نتایج جدول شماره ۷ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های سلامت روان، روابط بین فردی و معنا در زندگی در گروه‌های آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون به طور معناداری تغییر کرده است، در حالی که میانگین گروه کنترل در دو مرحله تغییر معناداری ندارد.

#### ۴-۴- یافته‌های استنباطی

##### فرضیه‌ها:

فرضیه اول: درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای سلامت روان در افراد ترک‌کننده موثر است. برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر میزان میزان سلامت روان افراد در حال ترک مواد از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از ارایه نتایج این تحلیل از پیش فرض‌های این تحلیل شامل آزمون لوین و برای بررسی توزیع نرمال داده‌ها از آزمون کالموگروف اسمیرنوف بکار گرفته شده در ادامه به نتایج این آزمون‌ها اشاره شده است:



بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها:

جدول ۸. آزمون کولموگروف- اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در متغیر سلامت

روان

ویژگی‌ها	شاخص‌ها	پیش آزمون	پس آزمون
کولموگروف- اسمیرنف		۰/۰۹۵	۰/۰۶۸
سطح معناداری		۰/۲۰	۰/۲۰

نتایج جدول (۸) نشان می‌دهد که مقدار  $P$  در آزمون فوق‌الذکر از ۰/۰۵ بزرگتر است. فرضیه صفر در آزمون کولموگروف- اسمیرنف، پیروی داده‌ها از توزیع مورد نظر (که در اینجا توزیع نرمال است) می‌باشد. فرضیه مقابل آن عبارت است از عدم پیروی داده‌ها از توزیع مورد نظر (که در اینجا توزیع نرمال است)، با توجه به مقدار  $P$  و عدم رد فرضیه صفر، توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع نرمال قلمداد می‌گردد.

بررسی مفروضه همگونی واریانس‌ها:

جدول ۹. بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	Df1	Df2	F	سطح معنی داری
سلامت روان	۱	۳۸	۰/۳۲۶	۰/۵۷۰

نتایج آزمون لوین جدول (۹) در مورد تساوی واریانس‌های خطا، نشان می‌دهد که فرض تساوی واریانس‌ها رعایت می‌شود و واریانس خطای متغیر وابسته در تمامی موقعیت‌ها مساوی است. چنانچه سطح معناداری در آزمون Levene بیشتر از ۰/۰۵ باشد، می‌توان گفت که واریانس موقعیت‌ها از تجانس برخوردار است. فرض صفر در این آزمون این است که واریانس دو موقعیت (پیش آزمون، پس آزمون) دارای تجانس است، بنابراین فرض مقابل رد و فرض صفر قبول می‌شود.

مفروضه همگنی شیب رگرسیون:

جدول ۱۰. تحلیل کوواریانس جهت بررسی شیب رگرسیون

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
گروه * پیش آزمون	سلامت روان	۶۴۸۹/۵۴	۲	۳۲۴۴/۷۷	۱۲۸/۳۵۷	۰/۰۹۵

اطلاعات جدول شماره ۱۰ جهت بررسی شیب رگرسیون در تحلیل کوواریانس ارائه شده است؛ همان‌طور ملاحظه می‌شود اثر تعاملی گروه با سلامت روان معنادار نمی‌باشد. به عبارت دیگر با توجه به این که سطح معناداری تعامل متغیر گروه و پیش آزمون بیشتر از خطای مفروض است ( $P < ۰/۰۵$ ). بنابراین شیب رگرسیون دو متغیر همگن است. به عبارت دیگر از مفروضه همگنی شیب رگرسیون تخطی نشده است.

جدول ۱۱. نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس یک متغیره جهت نمرات پس آزمون و پیگیری سلامت

روان در دو گروه آزمایش و کنترل

مرحله	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجدور
پس	پیش آزمون	۶۱۳۰/۱۰۳	۱	۶۱۳۰/۱۰۳	۲۴۲۷/۳۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸
آزمون	گروه	۱۶۱/۸۲۵	۱	۱۶۱/۸۲۵	۶۴/۰۸۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۷
	خطا	۱۱۸/۶۹۷	۳۷	۲/۵۲۵			

تحلیل داده‌های مربوط سلامت روان در مرحله پس آزمون نشان می‌دهد که مداخله مورد نظر بر گروه آزمایش هم در پس آزمون معنادار است. به عبارت دیگر آموزش کیفیت زندگی درمانی باعث ارتقای سلامت در افراد مصرف کننده مواد شده است.

فرضیه دوم: درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای روابط بین فردی در افراد ترک کننده مواد موثر است.

برای بررسی اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر میزان ارتقای روابط بین فردی از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از ارائه نتایج این تحلیل از پیش فرض‌های این تحلیل شامل آزمون لوین و برای بررسی توزیع نرمال داده‌ها از آزمون کالموگروف اسمیرنوف بکار گرفته شده در ادامه به نتایج این آزمون‌ها اشاره شده است:

بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها:

جدول ۱۲. آزمون کولموگروف- اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرروابط بین

فردی

ویژگی‌ها	شاخص‌ها	پیش آزمون	پس آزمون
کولموگروف- اسمیرنف		۰/۰۸۱	۰/۰۶۸
سطح معناداری		۰/۲۰	۰/۲۰

نتایج جدول شماره ۱۲ نشان می‌دهد که مقدار  $P$  در آزمون فوق‌الذکر از ۰/۰۵ بزرگتر است. فرضیه صفر در آزمون کولموگروف- اسمیرنف، پیروی داده‌ها از توزیع مورد نظر (که در اینجا توزیع نرمال است) می‌باشد. فرضیه مقابل آن عبارت است از عدم پیروی داده‌ها از توزیع مورد نظر (که در اینجا توزیع نرمال است)، با توجه به مقدار  $P$  و عدم رد فرضیه صفر، توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع نرمال قلمداد می‌گردد.

بررسی مفروضه همگونی واریانس‌ها:

جدول ۱۳. بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	Df1	Df2	F	سطح معنی داری
روابط بین فردی	۱	۳۸	۶/۹۴۱	۰/۰۵۲

نتایج آزمون لوین جدول شماره ۱۳ در مورد تساوی واریانس‌های خطا، نشان می‌دهد که فرض تساوی واریانس‌ها رعایت می‌شود و واریانس خطای متغیر وابسته در تمامی موقعیت‌ها مساوی است. چنانچه سطح معناداری در آزمون Levene بیشتر از ۰/۰۵ باشد، می‌توان گفت که واریانس موقعیت‌ها از تجانس برخوردار است. فرض صفر در این آزمون این است که واریانس دو موقعیت (پیش آزمون، پس آزمون) دارای تجانس است، بنابراین فرض مقابل رد و فرض صفر قبول می‌شود.

مفروضه همگنی شیب رگرسیون:

جدول ۱۴. تحلیل کوواریانس جهت بررسی شیب رگرسیون

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع	درجات	میانگین	F	سطح معنی داری
		مجذورات	آزادی	مجذورات		داری
گروه * پیش آزمون	روابط بین فردی	۳۵۵۹/۲۹	۲	۱۷۷۹/۶۳	۸۰/۵۸	۰/۰۹۸

اطلاعات جدول شماره ۱۴ جهت بررسی شیب رگرسیون در تحلیل کوواریانس ارائه شده است؛ همان‌طور ملاحظه می‌شود اثر تعاملی گروه با روابط بین فردی معنادار نمی‌باشد. به عبارت دیگر با توجه به این که سطح معناداری تعامل متغیر گروه و پیش آزمون بیشتر از خطای مفروض است ( $P < 0/05$ ). بنابراین شیب رگرسیون دو متغیر همگن است. به عبارت دیگر از مفروضه همگنی شیب رگرسیون تخطی نشده است.

جدول ۱۵. نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس یک متغیره جهت نمرات پس آزمون و پیگیری روابط بین فردی در دو گروه آزمایش و کنترل

مرحله	منبع	مجموع	df	میانگین	F	سطح	مجذور
	تغییرات	مجذورات		مجذورات		معنی داری	اتا
پس	پیش آزمون	۳۴۳۴/۶۵	۱	۳۴۳۴/۶۵	۱۴۶/۷۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۶
آزمون	گروه	۱۱۸/۵۸۰	۱	۱۱۸/۵۸۰	۵۰/۶۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱۹
	خطا	۱۰۹/۹۸۷	۳۷	۲/۳۴۰			

تحلیل داده‌های مربوط روابط بین فردی در مرحله پس آزمون نشان می‌دهد که مداخله مورد نظر بر گروه آزمایش در پس آزمون معنادار است. به عبارت دیگر آموزش کیفیت زندگی باعث ارتقای معنادار روابط بین فردی در افراد مصرف کننده مواد شده است.

فرضیه سوم: درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر معنا در زندگی در افراد ترک کننده مواد موثر است. برای بررسی اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر میزان معنا در زندگی از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از ارایه نتایج این تحلیل از پیش فرض‌های این تحلیل شامل آزمون لوین و برای بررسی توزیع نرمال داده‌ها از آزمون کالموگروف اسمیرنوف بکار گرفته شده در ادامه به نتایج این آزمون‌ها اشاره شده است:

بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها:

جدول ۱۶ آزمون کولموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در متغیر معنا در

#### زندگی

ویژگی‌ها	شاخص‌ها	پیش آزمون	پس آزمون
کولموگروف - اسمیرنوف		۰/۰۷۸	۰/۱۰۷
سطح معناداری		۰/۲۰	۰/۲۰

نتایج جدول شماره ۱۶ نشان می‌دهد که مقدار  $P$  در آزمون فوق‌الذکر از ۰/۰۵ بزرگتر است. فرضیه صفر در آزمون کلموگروف-اسمیرنف، پیروی داده‌ها از توزیع مورد نظر (که در اینجا توزیع نرمال است) می‌باشد. فرضیه مقابل آن عبارت است از عدم پیروی داده‌ها از توزیع مورد نظر (که در اینجا توزیع نرمال است)، با توجه به مقدار  $P$  و عدم رد فرضیه صفر، توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع نرمال قلمداد می‌گردد.

بررسی مفروضه همگونی واریانس‌ها:

جدول ۱۷. بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	Df1	Df2	F	سطح معنی داری
معنا در زندگی	۱	۳۸	۳/۴۲۵	۰/۰۷۰

نتایج آزمون لوین جدول شماره ۱۷ در مورد تساوی واریانس‌های خطا، نشان می‌دهد که فرض تساوی واریانس‌ها رعایت می‌شود و واریانس خطای متغیر وابسته در تمامی موقعیت‌ها مساوی است. چنانچه سطح معناداری در آزمون Levene بیشتر از ۰/۰۵ باشد، می‌توان گفت که واریانس موقعیت‌ها از تجانس برخوردار است. فرض صفر در این آزمون این است که واریانس دو موقعیت (پیش آزمون، پس آزمون) دارای تجانس است، بنابراین فرض مقابل رد و فرض صفر قبول می‌شود.

مفروضه همگنی شیب رگرسیون:

جدول ۱۸. تحلیل کوواریانس جهت بررسی شیب رگرسیون

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع	درجات	میانگین	F	سطح معنی داری
		مجذورات	آزادی	مجذورات		
گروه * پیش آزمون	معنا در زندگی	۲۶۰۶/۳۸	۲	۱۳۰۳/۱۹	۴۷/۹۰	۰/۰۹۸

اطلاعات جدول شماره ۱۸ جهت بررسی شیب رگرسیون در تحلیل کوواریانس ارائه شده است؛ همان‌طور ملاحظه می‌شود اثر تعاملی گروه بامعنا در زندگی معنادار نمی‌باشد. به عبارت دیگر با توجه به این که سطح معناداری تعامل متغیر گروه و پیش آزمون بیشتر از خطای مفروض است ( $P < ۰/۰۵$ ). بنابراین شیب رگرسیون دو متغیر همگن است. به عبارت دیگر از مفروضه همگنی شیب رگرسیون تخطی نشده است.

جدول ۱۹. نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس یک متغیره جهت نمرات پس آزمون و پیگیری معنا در زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل

مرحله	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
پس آزمون	پیش آزمون	۲۴۹۰/۰۲	۱	۲۴۹۰/۰۲	۱۰۳۰/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵
	گروه	۱۳۱/۲۲۰	۱	۱۳۱/۲۲۰	۵۴/۳۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۶
	خطا	۱۱۳/۵۷۴	۳۷	۲/۴۱			

تحلیل داده‌های مربوط معنا در زندگی در مرحله پس آزمون نشان می‌دهد که مداخله مورد نظر بر گروه آزمایش در پس آزمون معنادار است. به عبارت دیگر آموزش کیفیت زندگی باعث ارتقای معنادار معنای زندگی در افراد مصرف کننده مواد شده است.

## فصل پنجم

### بحث و نتیجه گیری

در این فصل یافته‌های به دست آمده مربوط به فرضیه‌های تحقیق مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند و در رابطه با تایید یا رد فرضیه‌ها دلایل منطقی و علمی ارائه خواهند شد، همچنین در چند سطر محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش ارائه شده است.

## ۵-۱- بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای سلامت روان، روابط بین فردی و معنا در زندگی در افراد ترک کننده مواد بود.

فرضیه اول: درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای سلامت روان در افراد ترک کننده مواد موثر است. در فرضیه اول پیش‌بینی شده بود که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی موجب افزایش سلامت روان در افراد ترک کننده مواد می‌شود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی منجر به افزایش میزان سلامت روان در افراد ترک کننده مواد می‌شود. بر این اساس فرضیه اول پژوهش نیز مبنی بر اثربخش بودن درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای سلامت روان بر میزان سلامت روان گروه آزمایش تایید می‌شود. این نتایج با برخی از تحقیقات صورت‌گرفته قبلی نظیر رودریگو و همکاران (۲۰۰۵)؛ اوچا، کاسلاس‌گرایو، ویوس، فونت و بوراس<sup>۱</sup> (۲۰۱۷)؛ فریش (۲۰۰۰)؛ گرانت و همکاران (۱۹۹۵)؛ یوسف پور، آهی و نصری (۱۳۹۴)؛ طوقیانی و همکاران (۲۰۱۱)؛ روشفر، پاداش، مختاری و ایزدی خواه (۱۳۹۲) همسو می‌باشد.

یکی از اهداف اصلی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی ارتقا سلامت روانی مراجعین می‌باشد. در این پروتکل آموزشی روی سه عاطفه منفی یعنی خشم، اضطراب و افسردگی تاکید می‌شود. هیجانات منفی که هیجان‌پذیری بیش از حد نیز نامیده می‌شود مانع بزرگی برای رسیدن به شادکامی است (دینر، ۲۰۰۲؛ ۲۰۰۴). چنانچه احساسات مراجعین به طور مسلط ناخوشایند و منفی باشد، هرگونه احساسات مثبت شادکامی سرکوب و خاموش می‌شود و ارزشابی شناختی مثبت از زندگی از بین می‌رود. تجارب هیجانی منفی از قبیل افسردگی، اضطراب موجب ناتوانی در دستیابی به نیازها و رسیدن به اهداف و خواسته‌ها در حیطه‌های ارزشمند زندگی می‌شود. در چنین شرایطی مراجعین باید با راهبردهای برای رضایتمندی پاسخ‌های کارآمد و انطباقی را آموزش ببینند. این گونه عواطف و هیجانات در صورت عدم کنترل، مراجعان را از حرکت باز

<sup>1</sup>. Ochoa, Casellas-Grau, Vives, Font & Borràs



می دارد و تلاش های مورد نیاز برای حل مسئله را دچار وقفه می سازد (فریش، ۱۹۸۸). هیجان های منفی که خارج از آستانه تحمل افراد می باشد، مانع حل مشکلات موجود شده و سدی در برابر تفکر مورد نیاز برای حل مسئله و رسیدن به هدف ایجاد می کند. از طرفی یکی از عوامل موثر در گرایش به اعتیاد، هیجان های منفی هستند. رویدادهای هیجانی منفی، باعث عود رفتارهای اعتیادی می شود و انگیزه اولیه را برای اعتیاد به مواد مخدر و الکل و وابستگی های دیگر ایجاد می کند. چراکه یکی از عوامل اصلی مصرف مواد با انگیزه خود درمانی جهت کاهش عواطف منفی صورت می گیرد (ویتکوویتز و مارلات، ۲۰۰۴).

در تبیین این یافته می توان گفت که در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی این باور وجود دارد که گرایش به سوی هیجان پذیری منفی، تاحدی با مداخله های مبتنی بر روانشناسی مثبت نگر تغییر می یابد. در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی برای مدیریت سه هیجان خشم، اضطراب و افسردگی کمک می شود تا آنجا که مراجعین آموزش داده می شود که تصویری کلی از زندگی را در نظر گیرند، یعنی وقتی در یک حیطه از زندگی شان مشکلی داشته باشند، حیطه های دیگر زندگی می تواند وضع بهتری داشته باشد و از لحاظ سلسله مراتبی نیز هر مسئله و مشکلی اگر چنانچه در پرتو کل زندگی فرد نگریسته شود، کم اهمیت تر می شود و ابزارهای بازسازی شناختی می تواند هیجان های منفی را تغییر دهد (سلیگمن، ۲۰۰۲) و کاهش هیجانات منفی به نوبه خود زمینه بهبود سلامت روانی را فراهم می آورد. در این نوع درمان مراجعان با استفاده از فنونی نظیر ثبت افکار و ثبت استرس روزانه به این نکته پی می برند که همواره در تفکر آنها به طور آشکار مواردی از افکار بی حاصل و ناتوان کننده وجود دارد که به هیجانات منفی و افراطی منجر می شود و که تناسبی با واقعیت ندارد. مراجعان در برنامه بهبود کیفیت زندگی یاد می گیرند که با تکنیک هایی نظیر برنامه منظم آرام بخشی یا تمرین مراقبه می توان عواطف منفی را کاهش داد و آنرا با احساسات و عواطف مثبت جایگزین کرد.

از طرفی در این درمان با استفاده از اصول مختلف نظیر اصل پذیرش آنچه که غیر قابل تغییر است، اصل مراقبت از جسم، سبک زندگی متعادل، مربی خود بودن، جستجوی آرامش و از میان بردن نگرانی، کنترل هیجانی، فراموش کردن یا کنار گذاردن، اصل غنای درونی و سایر اصول کاربردی به مراجعان آموزش داده می شود تا بر زندگی خود کنترل داشته باشند و در حل مسائل زندگی و رسیدن به اهداف فرعی زندگی خود از جمله شادکامی پیشرفت کنند. مراجعان آموزش می بینند تا برنامه ریزی زمانی داشته باشند، به طوری که گام های کوچک برای پیشرفت به سوی اهداف بردارند احساس شادکامی و خرسندی بیشتری خواهند کرد و کمتر دچار غم، اندوه و ناکامی خواهند شد و در ادامه برخورداری مراجعین از چنین مهارتی زمینه را برای

افزایش سلامت فراهم می کند. در مجموع می توان گفت که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی یک رویکرد کل نگر است که به سلامت روان در بافت زندگی روزمره اهمیت می دهد و سعی دارد تا تمامی ابعاد مرتبط با این دو عامل را در بافت کیفیت زندگی اصلاح کند. در این درمان به افراد مورد مطالعه آموزش داده می شود که بهزیستی ذهنی را جزء ضروری سلامت روانی خود بدانند و به فراتر از این دیدگاه دست پیدا کنند که سلامت روانی تنها نداشتن بیماری نیست، بلکه همواره باید به دنبال افزایش رضایت از زندگی بود. در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی افراد با رویکرد شناختی یاد می گیرند که با ایجاد تعادل بین حیطه های ارزشمند زندگی میزان هیجان های منفی را کاهش داده و به دنبال آن سلامت روانی خود را افزایش دهند.

فرضیه دوم: درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای روابط بین فردی در افراد ترک کننده موثر است. دومین فرضیه پژوهش که مبنی بر اثربخش بودن درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای روابط بین فردی در افراد ترک کننده بود، تایید شد. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افزایش میزان روابط بین فردی در افراد ترک کننده مواد موثر می باشد. به عبارتی میزان روابط بین فردی در گروه آزمایش که در جلسات آموزش بهبود کیفیت زندگی شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل افزایش معنی داری داشته است. در این خصوص پژوهش کمی صورت گرفته است و این یافته به طور مستقیم با یافته های روشفر، پاداش، مختاری و ایزدی خواه (۱۳۹۲)؛ فریش (۱۹۹۴)؛ رودریگو و همکاران (۲۰۰۶) مبنی بر افزایش صمیمت اجتماعی همسو می باشد. یکی از عواملی که در فرایند اعتیاد به شدت کاهش می یابد و زمینه عود را فراهم می کند، کاهش روابط بین فردی و اختلال در این نوع ارتباطات می باشد. همانطور که در پژوهش حیدری پهلویان و همکاران (۱۳۹۰) مشخص شد که در افراد وابسته به مواد در مقایسه با افراد عادی روابط بین فردی به شدت مختل می شود. همچنین نتایج پژوهش ظهیرالدین و همکاران (۱۳۸۶) نشان داد که افراد وابسته به مصرف مواد در روابط بین فردی دچار نارسایی بوده و از این بعد رنج می برند و اختلال در روابط بین فردی یکی از شکایت اصلی این آزمودنی ها بوده است. یکی از برنامه های درمانی که در جلسات آموزشی خود بر نقش روابط بین فردی و ارتقا آن تاکید ویژه ای دارد، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی است. در این درمان داشتن روابط و غنا بخشیدن به ارتباطات بین فردی یکی از مولفه های اصلی تغییر می باشد. در این درمان روابط با همسر، کودکان، بستگان و همکاران و نیز رابطه با خویشان مطرح است. در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی فرایند بهبود بخشیدن به روابط بین فردی، فرایندی چهار مرحله است. این فرایند از طریق مطالعه و درک اصل اساسی رضایت مندی از روابط و مهارت های رفتاری ارتباطی در این نوع درمان حاصل می شود. در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی از

چهار اصل (۱) صداقت عاطفی یعنی آگاهی عمیق از خویشتن و صادق بودن با خود در این زمینه که چه اشتباهاتی در رابطه وجود دارد، (۲) سود بانکی یا سود بانکی حاصل از اراده مصمم برگرفته از اصل بذرهایی خوب (۳) دوستان خبر که ابزار مهمی برای یافتن روابط و بهبود بخشیدن به روابط مشخص می سازد و (۴) ردیف مرواریدها که به مراجعان سبک و شیوه برخورد با تعامل های روزمره را ارائه می دهد، استفاده می شود. این اصول زمینه را برای بهبود بخشیده و گسترش روابط بین فردی فراهم می آورد و داشتن روابط بین فردی خوب و گسترده یکی از عوامل موثر در پیشگیری از عود در افراد ترک کننده مواد می باشد. از طرفی استفاده از مهارت ها و اصول درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی برای بیان نگرانی ها به گونه ای صادقانه، با ملاحظه، توأم با همدردی و به گونه ای احترام آمیز تا حد امکان باعث حفظ رابطه می شود (فریش، ۲۰۰۶).

درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی شامل میزان وسیعی از طرح واره های مثبت، تکنیک های کنترل عاطفی است که هدف تمامی آنها برقراری یا بهبود بخشیدن روابط میان افراد، دوستان، کودکان، خویشاوندان و همکاران است. در این درمان با ایجاد آگاهی، بازسازی شناختی و تعیین اهداف؛ ایجاد مهارت و تمرین مهارتهای ارتباطی و اصول مربوط به ارتباط؛ استفاده از راهبرد شادکامی یا کاربرد درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در حیطه های ارزشمند زندگی هماهنگ است و کاربرد مهارت ها و اصول در روابط روزمره زندگی و ارزیابی تلاش های به عمل آمده برای تغییر به مراجعان کمک می شود تا اهداف خود را در زمینه تغییر رابطه انجام دهند و انتظارات منطقی برای تغییر رابطه داشته باشند. همچنین درمانگر نحوه اجرای تکالیف خانگی و چگونگی کاربرد مهارت های ارتباطی را در موقعیت های اجتماعی زندگی مراجعان آموزش می دهد. این کار فرصتی را برای تمرین و کاربرد مهارتهای اسای نظیر گفتگو را فراهم می سازد. مراجعان در عین حال یک برنامه روزانه و نگرشی را در خود ایجاد می کنند احساس خوبی نسبت به خودشان ایجاد کنند و هدف از این کار علاوه بر انجام کارهای لذت بخش و مهم با دیگران نیز ارتباط برقرار سازند. این تمرین ها و اجرای تکالیف خانگی و استمرار آنها شرایط مناسبی را به لحاظ بهبود روابط میان فردی و ارتباط مناسب و لذت بخش با دیگران و به ویژه افراد جدید که فرد معتاد بعد از ترک با آنها ارتباط برقرار می سازد، ایجاد می کند و روابط بین فردی و قوی به عنوان مولفه های اصلی حمایت اجتماعی بستر مناسبی برای پیشگیری از عود در افراد ترک کننده فراهم می سازد. همانطور که شواهد پژوهشی نشان می دهد که بین روابط بین فردی و حمایت دوستان با عود رابطه منفی وجود دارد و استفاده از حمایت های بین فردی میزان عود را کاهش می دهد (اشرفی حافظ و همکاران، ۱۳۹۳). در مجموع می توان گفت که تکنیک ها و اصول اساسی در برقراری ارتباط و یافتن دوستان جدی در درمان بهبود کیفیت زندگی به عنوان یک شبکه حمایتی

عمل کرده و کمیت و کیفیت ارتباطات بین فردی را در افراد ترک کننده مواد افزایش می دهد.

فرضیه سوم: درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افزایش معنا در زندگی افراد ترک کننده موثر است.

آخرین فرضیه پژوهش که مبنی بر اثربخش بودن درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افزایش معنا در زندگی در افراد ترک کننده بود، تایید شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر افزایش معنا در زندگی در افراد ترک کننده مواد موثر می‌باشد. به عبارتی میزان معنا در زندگی در گروه آزمایش که در جلسات آموزش بهبود کیفیت زندگی شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل افزایش معنی‌داری داشته است. نتایج این پژوهش همسو با یافته فریش (۲۰۰۶) می‌باشد. یکی از اصول مهم در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، معنایابی است. مراجعان هنگامی که معنا یا اهدافی را در زندگی خود بر می‌گزینند که با ارزش‌ها، مهارت‌ها، توانمندی‌ها و علایق اختصاصی آنها هماهنگ باشد، احساس شادکامی می‌کنند (فریش، ۲۰۰۶). یکی از راه‌های رسیده به معنا در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی که در این پژوهش نیز روی آن تاکید شد، اهداف و معانی معنوی و مذهبی است. فعالیت‌های مذهبی و معنوی تا حد زیادی رضایت‌مندی فرد از زندگی را افزایش می‌دهد. در این درمان برای مراجعان که خواهان زندگی معنوی هستند و این نوع زندگی برایشان ارزشمند است، زندگی معنوی آموزش داده می‌شود تا افراد آزادانه بتوانند سیستم‌ها معنایی و معنوی، فعالیت‌ها و گروه‌هایی را بیابند که از نظر آنها واقعا الهام‌بخش، شوق‌انگیز و معنی‌دار باشد. زندگی معنوی یا مذهبی برای افرادی که در جستجوی علل و معانی فراتر از امیال خود هستند، پاسخ‌های شخصی مفیدی را فراهم می‌آورد رهنمودهایی را برای زندگی بهتر و انطباق یافتن با باورهای مخالف فراهم می‌آورد. از طرفی زندگی معنوی شامل گروهی از دوستان و همراهان معنوی است که افراد را مورد حمایت قرار می‌دهند چنین رویکردی زمینه زندگی قوی و ارضا کننده‌ای را فراهم می‌سازد و موجب افزایش معنا در زندگی به ویژه همانگونه که نتایج پژوهش حاضر نشان داد ارتقاء معنا در افراد ترک کننده مواد می‌شود.

در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی با کمک تکنیک‌هایی چون تقویت روابط با خانواده و دوستان، تقویت احساس همدلی و دلسوزی و افزایش ایجاد رابطه عاطفی با دیگران، تغییرات مثبت شخصیتی نظیر افزایش بردباری و شجاعت با وجود افزایش حس آسیب‌پذیری، تغییر در اولویت‌ها و اهداف زندگی، افزایش تعهد به معنویت و مذهب و تمرین و گسترش این تکالیف در فعالیت‌های روزانه موجب افزایش میزان معنا در زندگی می‌شود. شواهد پژوهشی نیز از نقش مثبت عوامل معنوی و معنایابی در زندگی در افراد ترک کننده مواد حمایت می‌کند (وینزبرگ و هامفریز، ۱۹۹۹). در این درمان اصول و مهارت‌هایی را

برای مراجعان آموزش می دهد تا از این طریق بتوانند نیازها، اهداف و آرزوهایشان را در مراحل مهم زندگی تشخیص دهند و با آن مواجه شوند و سرانجام معنایی از آن به دست آورند. یادگیری این مهارت ها برای افراد ترک کننده مواد بسیار مهم است چراکه این افراد بحران مهمی را در زندگی خود پشت سر گذاشته اند و شرکت در جلسات درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بستر لازم برای دست یابی به معنا در زندگی را فراهم می کند.

#### ۵-۲- محدودیت های پژوهش

- ابزار بکار گرفته شده در پژوهش فقط پرسشنامه بود و استفاده از یک ابزار ممکن است نتوانسته باشد اطلاعات دقیقی را جمع آوری نماید.
- محدود بودن آزمودنی ها به جنس مرد.
- عدم تمایز دقیق گروهها بر اساس نوع مواد و شدت مصرف از دیگر مشکلات پژوهش بود.
- در پژوهش حاضر از گروه دریافت کننده دارونما و گروه دریافت کننده متادون جهت مقایسه با گروه آزمایش و کنترل استفاده نشد.
- یکی دیگر از محدودیت های این پژوهش فشرده بودن جلسات درمانی جهت کاهش ریزش مراجعین بود.

#### ۵-۳- پیشنهاد های پژوهش

- لازم است در پژوهش های بعدی از هر دو جنس زن و مرد استفاده شود تا تعمیم پذیری نتایج به لحاظ جنسیتی افزایش یابد.
- با توجه با اثربخش بودن پروتکل آموزش رواندرمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، پیشنهاد میشود پروتکل آموزشی فوق روی دیگر متغیرهای روانشناختی تاثیر گذار در فرایند عود اجرا شود.
- به علت بالا بودن میزان ریزش در اختلالات وابسته به مواد پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از نمونه بیشتری استفاده شود تا کاهش تعداد مراجعین در طول جلسات درمانی برطرف شود.

- در پژوهش های بعدی پیشنهاد می شود دوره پی گیری اضافه شود تا نتایج درمانی با قدرت بیشتری قابل تعمیم باشد.

- با توجه با اثربخش بودن پروتکل آموزش روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، پیشنهاد می شود پروتکل آموزشی فوق به عنوان برنامه آموزشی مکمل در کنار سایر درمانهای روانشناختی در کلینیک ها و مراکز ترک اعتیاد اسفاده شود.

## منابع

- ابراهیمی، ابوالفضل؛ جان بزرگی، مسعود. (۱۳۸۷). رابطه‌ی مهارت های ارتباطی و رضایت زناشویی، فصلنامه‌ی روانشناسی در تعامل بادین، سال اول، شماره دوم، صص ۱۶۵-۱۷۶.
- ابزری، مهدی؛ نجفی، مهدیه. (۱۳۸۶). اهمیت عوامل فردی، ساختاری و ارتباطی حل تعارض از نظر کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی یزد، دانش و پژوهش در روان شناسی، دانشگاه آزاد خوراسگان، شماره ۳۱.
- احمدی، محمدسعید؛ حاتمی حمیدرضا، و اسدزاده، حسن. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت های ارتباطی بر سازگاری اجتماعی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان مقطع متوسطه‌ی شهر زنجان، فصلنامه‌ی پژوهش های روانشناسی اجتماعی، سال دوم، شماره ۵.
- اختر محقق، مهدی. (۱۳۸۵). جامعه شناسی اعتیاد. تهران، انتشارات اختر محقق.
- ادبی، راضیه (۱۳۷۹). بررسی رابطه پایگاه هویت و سلامت روانی در اوایل و اواسط نوجوانی پایان نامه ارشد، روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- استورا. ا. ج. ب (۱۹۹۱). تنیدگی یا استرس، ترجمه رادستان، پریخ (۱۳۷۷)، چاپ اول، تهران انتشارات رشد.
- اصغری، فرهاد؛ قاسمی جوبنه، رضا، قاری، ملیکه، ۱۳۹۳، نقش سلامت خانوادگی اصلی و ویژگی‌های شخصیتی در آمادگی اعتیاد دانشجویان دختر، فصلنامه‌ی انتظام اجتماعی. (۴)، ۶، ۴۷-۶۴.
- اکبری بورنگ، محمد؛ دلاکه، محمدحسن؛ صابری، رضا و یاسبلاخی، بهمن. (۱۳۹۵). اثربخشی برنامه درسی مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری برافزایش میزان خودکارآمدی و تاب آوری بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون. فصلنامه اعتیادپژوهشی. ۳۸، ۱۱۷-۱۰۳.
- امانی، ا. (۱۳۹۱). اثر بخشی آموزش روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی به شیوه گروهی بر غنی سازی صمیمیت (چکیده). همایش کاربرد مشاوره در ارتقای کیفیت زندگی. دانشگاه کرمانشاه، ایران.
- انجمن روان پزشکی آمریکا، (۲۰۱۳)، راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM-5)، ترجمه : رضاعی. فرزین، فخرایی. علی، فرمند. آتوسا، نیلوفری. علی، هاشمی آذر. ژانت، شاملو. فرهاد، تهران انتشارات ارجمند.
- انصاری، پروین (۱۳۷۴). بررسی رابطه سلامت روانی و نگرش های مذهبی بین دانشجویان ۲۰ تا ۳۰ ساله، پایان نامه ارشد، روان شناسی دانشگاه رودهن.
- ایمانی، س؛ حبیبی، م؛ پاشایی، س؛ ظهیری سروری، م؛ میرزایی، ج؛ زارع، م. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر ارتقاء کیفیت زندگی سوء مصرف کنندگان مواد مخدر (تریاک): بهبود سلامت جسمانی و روانشناختی. فصلنامه‌ی علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۲ (۱)، صص ۸۱-۶۳.
- بشارت. محمدعلی، خدابخش. محمدرضا، فراهانی. حجت الله، رضازاده، سید محمدرضا، (۱۳۹۰)، نقش واسطه

خودشیفتگی در رابطه با همدلی و کیفیت روابط شخصی، فصلنامه روانشناسی کاربردی، سال ۵ شماره ۱۷

بنائیان، شایسته؛ پروین، ندا؛ کاظمیان افسانه. ۱۳۸۵. بررسی ارتباط سلامت روان و رضایت زناشویی زنان متأهل، مجله علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، سال ۱۴، شماره ۲، صص ۵۵۷-۵۶۵.

بنی جمالی، شکوه السادات (۱۳۷۳). بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی، تهران نشر نی.

بهرامی احسان، هادی. (۱۳۸۳). اعتیاد و فرایند پیشگیری از عود. تهران. انتشارات سمت.

پاداش، زهرا؛ فاتحی زاده، مریم السادات و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۰). اثربخشی روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی همسران. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده. (۱)، ۱۳۰-۱۱۵.

پاداش، زهرا؛ فاتحی زاده، مریم؛ عابدی، محمدرضا و ایزدی خواه، زهرا. بررسی اثربخشی درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی. تحقیقات علوم رفتاری. ۵(۱۰)، ۳۷۲-۳۶۳.

پررور، پرویز؛ عزیززاده گوردال، جابر؛ یاقوتی زرگر، حسن و بشرپور، سجاد. (۱۳۹۴). اثربخشی روان درمانی مثبت گرای مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی. فصلنامه اعتیادپژوهی سوء مصرف مواد. ۹(۳۵)، ۱۴۸-۱۳۷.

پورافکاری، نصرت الله. ۱۳۹۳. فرهنگ جوامع روانشناسی روانپزشکی انگلیسی به فارسی، چاپ هشتم، تهران: انتشارات فرهنگ معاصر.

حاجلو، ن. رابطه فعالیت اقتصادی- اجتماعی با کاهش مشکلات روانشناختی جانبازان. طب نظامی، ۱۳۸۸؛ ۱۱ (۲): ۸۹-۹۵.

حجتی. حمید، آل‌وستانی. سودابه، حاجی بیگلر. اعظم، آخوندزاده. گل‌بهار، (۱۳۸۸)، بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با پذیرش اجتماعی در معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد استان گلستان، نشریه طلوع بهداشت، دوره هشتم شماره ۳

حسنوند عموزاده، مهدی (۱۳۹۱). رابطه‌ی کمرویی، عزت نفس، خودکارآمدی و جرأت ورزی با اضطراب اجتماعی، یافته های نو در روانشناسی، سال هفتم، شماره ۲۴.

حسینچاری، مسعود؛ دلاورپور، محمدآقا. (۱۳۸۵). آیا افراد کمرو فاقد مهارت ارتباطی اند؟ فصلنامه‌ی روانشناسی ایرانی، سال سوم، شماره ۱۰.

حسینی، سید ابوالقاسم (۱۳۶۰). اصول بهداشت روانی، چاپ اول مشهد، انتشارات دانشگاه مشهد

خالدیان، محمد؛ محمدی فر، محمدعلی (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی رفتاری و معنا درمانی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در افراد معتاد به مواد مخدر. اعتیاد پژوهی، (۳۶)، ۹، ۸۰-۶۴.

خدا رحیمی، سیامک (۱۳۷۴). مفهوم سلامت روان شناختی، چاپ اول مشهد، انتشارات جاودان فرد.

خدارحیمی، سیامک، (۱۳۹۰)، مفهوم سلامت روانشناختی، تهران انتشارات گوتنبرگ

دیوسالار، کورس، اقایوسفی، علیرضا، رودباری، ام البنین، سعیدی، حدیث (۱۳۹۴). اولین همایش علمی پژوهشی



روانشناسی، علوم تربیتی و آسیب شناسی جامعه. اولین همایش علمی پژوهشی روانشناسی، علوم تربیتی و آسیب شناسی جامعه

رسولی (۱۳۹۳)، رابطه بین بهبود کیفیت زندگی بر معنایابی زندگی در افراد ترک کننده مشروبات الکلی، مقاله ارائه شده به همایش آسیب شناسی مصرف مشروبات الکلی، ساری

رمضان زاد، حدیثه، (۱۳۹۳)، بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی افراد معتاد و غیرمعتاد شهر شاهرود در سال ۱۳۹۱، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود.

روشنفر. علیرضا. پاداش. زهرا، مختاری. سمانه، ایزدی خواه، زهرا، (۱۳۹۲)، بررسی اثربخشی آموزش روان درمانی مبتنی بر نظریه فریش بر کیفیت زندگی مراجعان شهر اصفهان، مجله تحقیقات نظام سلامت، ویژه نامه آموزش بهداشت.

روشنفر، ع؛ مختاری، س؛ پاداش، ز. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی آموزش روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر کمال گرایی مراجعان مرکز مشاوره شهر اصفهان. مجله تحقیقات نظام سلامت، ۹ (۱)، صص ۸۹۵-۸۸۶.

روشنفر، علیرضا؛ پاداش، زهرا؛ مختاری، سمانه و ایزدی خواه، زهرا. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی آموزش روان درمانی مبتنی بر نظریه فریش بر کیفیت زندگی مراجعان شهر اصفهان. مجله تحقیقات نظام سلامت. (۱۴)، ۹، ۲۰۵۵-۲۰۴۶. رهبریان، مهرک؛ حسین زاده، رامش و دوستی، پرویز. (۱۳۹۵). تاثیر آموزش ارتباط موثر به زوج های وابسته به مواد مخدر بر اساس مدل شناختی- رفتاری بر الگوهای ارتباطی و عود مجدد. مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین. (۸۸)، ۵۱-۴۳.

ریاحی، ف؛ وطنخواه، م؛ کریم نژاد، ف؛ رحیمی، ه؛ بلادی مقدم، ا؛ احمدی انگالی، ک. (۱۳۸۸). اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و امیدواری در والدین کودکان مبتلا به اوتیسم. مجله علمی پزشکی جندی شاپور، ۱۳ (۱)، پیاپی ۸۸، صص ۶۵-۵۳.

سارافینو، ادوارد، (۱۳۸۷)، روانشناسی سلامت، تهران نشر رشد.

سازمان بهداشت جهانی. برنامه آموزش مهارت های زندگی، ترجمه نوری قاسم آبادی، ربابه، محمد خانی (پروانه) (۱۳۷۷)، تهران واحد بهداشت و روان و پیشگیری از سوء مصرف مواد سازمان بهداشت جهانی

ساعتچی، محمود. ۱۳۹۳. روانشناسی در کار، سازمان و مدیریت، چاپ دهم، تهران: نشر ویرایش.

سپاه منصور، مژگان؛ امامی پور، سوزان؛ حسنزاده، ساناز (۱۳۸۵). رابطه‌ی سبک های دلبستگی با راهبردهای حل تعارض فرزندان نسبت به والدین، مجله‌ی اندیشه و رفتار، دوره ۴، ش ۱۴.

سلیگمن، ام. ای. پی. (۱۳۹۲). شکوفایی روانشناسی مثبت‌گرا (درک جدیدی از نظریه شادکامی و بهزیستی). ترجمه ا، کامکار و س، هژبریان. تهران: روان. (۲۰۱۱).

شاملو، سعید (۱۳۷۸). بهداشت روانی، چاپ ۱۳، تهران، انتشارات رشد.

شایسته، گلناز. (۱۳۸۵). بررسی رابطه‌ی زناشویی با باورهای ارتباطی و انتظارات غیرمنطقی زوجین، فصلنامه خانواده‌پژوهی، شماره ۷، دوره‌ی ۲.

شریعتی، محمدابراهیم؛ ایزدی خواه، زهرا؛ مولوی، حسین و صالحی، مهرداد. (۱۳۹۲). مقایسه‌ی اثربخشی گروه درمانی به شیوه‌ی شناختی-رفتاری با درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خودکارآمدی افراد معتاد. تحقیقات علوم رفتاری. (۴) ۱۱، ۲۷۹-۲۸۸.

شعاری نژاد، علی اکبر (۱۳۷۱). درآمدی در روانشناسی انسان. تهران، انتشارات آزاده.

شفیع آبادی، عبدالله، ناصری، غلامرضا (۱۳۷۱). راهنمایی و مشاوره شغلی و نظریه‌های انتخاب شغل، تهران، انتشارات رشد.

شفیع آبادی، عبدالله، ناصری، غلامرضا (۱۳۷۱). نظریه‌های مشاوره و روان درمانی، تهران، مرکز نشر دانشگاهی.

شفیعی درب آسیایی، فائزه؛ رحمتی، عباس. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش حل مسئله و جرأت ورزی بر علائم سندرم روده‌ی تحریک پذیر، مجله‌ی علوم پزشکی کرمان، دوره‌ی نوزدهم، شماره ۵.

شولتز، دوان، روانشناسی کمال، ترجمه: خوشدل، گیتی (۱۳۶۹)، تهران نشر نی

شولتز، دووان، (۱۳۸۲)، روانشناسی کمال، ترجمه گیتی خوشدل، تهران نشر پیکان.

شیری، سهیلا؛ بی جمالی، شکوه السادات، صرامی، غلامرضا و احدی، حسن. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری چندمولفه‌ای بر کیفیت خواب و سلامت عمومی سوء مصرف کنندگان موادمخدر. مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین. ۸۷، ۳۵-۲۹.

صالحی فدری، جواد. (۱۳۸۸). رضایتمندی زناشویی، فصلنامه تازه‌های روان درمانی، ش ۱۳ و ۱۴.

صدری دمیچی، اسماعیل؛ قاضی ولویی، فریبا؛ اسدی شیشه‌گران، سارا (۱۳۹۵). مقایسه تنظیم شناختی هیجان، منبع کنترل و معناجویی در زنان وابسته به مواد و زنان عادی. فصلنامه زن و جامعه، (۲) ۷، ۱۴۵-۱۲۹.

صفری حاجت آقایی، سعیده؛ کمالی، ایوب، دهقانی فیروزآبادی، سمیره و اصفهانی، مهدی. (۱۳۹۳). فراتحلیل مقایسه عوامل فردی و محیطی موثر بر بازگشت مجدد به اعتیاد بعد از ترک مواد مخدر (ایران ۱۳۹۱ - ۱۳۸۳). فصلنامه اعتیادپژوهی، (۳۰)، ۵۲-۳۵.

طارمیان، فرهاد (۱۳۷۸). سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانان، چاپ اول تهران، انتشارات تربیت.

طارمیان، فرهاد (۱۳۷۸). مهارت‌های زندگی تعاریف و مبانی نظری. تهران: انتشارات تربیت.

طارمیان، فرهاد. (۱۳۸۳). بحث ویژه پیشگیری از سوء مصرف مواد در کودکان و نوجوانان. فصلنامه اعتیاد پژوهی، سال دوم. ۶، ۱۵۵-۱۴۳.

عاشوری، احمد؛ ملازاده، جواد و محمدی، نوراله. (۱۳۸۷). اثر بخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری در بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و پیش‌گیری از عود در افراد معتاد. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و

رفتار)، (۳) ۱۴، ۲۸۸-۲۸۱.

عبدی، محمدرضا، نجاتی، وحید؛ ذبیح زاده، عباس؛ محسنی، مصطفی؛ محمدی، روح الله. (۱۳۹۱). مقایسه‌ی توانایی های همدلی و ذهن خوانی در زوجین متقاضی طلاق و گروه عادی، مجله‌ی اندیشه و رفتار، دوره‌ی هفتم، شماره‌ی ۲۶، صص ۷۱-۸۱.

عفتی، مرضیه (۱۳۹۰)، کیفیت زندگی وابستگان به مواد و ارتباط آن با سلامت روانی، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه گیلان.

فرهنگی، علیرضا (۱۳۸۰). ارتباطات انسانی، تهران انتشارات مؤسسه خدمات فرهنگی رسا، چاپ پنجم، ۲۷۲. فریش، مایکل ب (۲۰۰۶). روان درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، ترجمه اکرم خمسه (۱۳۸۹)، تهران انتشارات ارجمند.

فیاض، امیر، کریمی، محمد. (۱۳۸۹). بررسی مهارت های بین فردی در سیره‌ی معصومان (ع)، فصلنامه علمی پژوهشی تربیت اسلامی، شماره ۱۰.

قاسمی، ن؛ کجاف، م؛ ربیعی، م. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان. فصلنامه روانشناسی بالینی، ۳ (۲)، پیاپی ۱۰، صص ۳۴-۲۳.

قربانی، نسرین. (۱۳۸۴). سبک ها و مهارت های ارتباط، تهران، انتشارات تبلور.

کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵، خلاصه‌ی روان پزشکی بر اساس DSM-5، ترجمه‌ی گنجی، ۱۳۹۴، تهران، ساوالان. کراولی، ای. (۱۳۸۸). فرهنگ مقدماتی آکسفورد: انگلیسی-فارسی. قم: آینده درخشان. (۱۹۸۹).

کربلایی اسماعیلی، حمیدرضا؛ قدسی انواری، نوشین جورابی و حمداله، خوجه حسنو. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی در تغییر نگرش نوجوانان دارای معلولیت، اصفهان، بهزیستی.

گنجی، مهدی. (۱۳۹۵). آسیب شناسی روانی براساس DSM-5. تهران، انتشارات: ساوالان.

گنجی، مهدی، (۱۳۹۲)، آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5، تهران نشر ساوالان

گودرزی، ناصر. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی در درمان بیماران وابسته به مواد. پایان نامه دکتری روانشناسی سلامت. دانشگاه تهران.

لویمی، ش. (۱۳۹۲) بررسی رابطه میزان تاب آوری با سبک های دلبستگی و مهارت حل مساله در وابستگان به مواد مخدر متقاضی ترک شهر/هواز. پایان نامه جهت دریافت مدرک کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.

محبوبی منش، حسین (۱۳۸۸). اعتیاد مردان تهدیدی علیه زن و خانواده. فصلنامه کتاب زنان. ۲۲، ۱۲۲-۱۱۹.

مختاری، جواد و نظری، مرضیه (۱۳۸۹)، جامعه شناسی کیفیت زندگی، تهران: انتشارات جامعه شناسان.

مهریار، اکبر. (۱۳۸۲). افسردگی، تهران، انتشارات رشد.

میراحمدی زاده، علیرضا. (۱۳۸۲). رضایتمندی زناشویی و تعیین عوامل تأثیرگذار بر آن در شیراز، مجله اندیشه و رفتار، سال هشتم، شماره.

نجات، حمید (۱۳۷۸). سلامت روانی از دیدگاه ایس، فصلنامه علمی، پژوهش اصول بهداشت روانی، سال اول، شماره ۴.

نوابی نژاد، شکوه. (۱۳۹۰). نظریه های مشاوره گروهی، چاپ اول؛ تهران: انتشارات سمت.

وجودی، بابک؛ عبدلپور، قاسم؛ بخشی پور رودسری، عباس؛ عطارد، نسترن، ۱۳۹۳، پیش بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس سبک های هویت، فرزندپروری و راهبردهای مقابله ای در دانش آموزان دوره ی متوسطه. مجله ی طب انتظامی، (۲)، ۳، ۱۳۴-۱۲۳.

وجودی، بابک؛ عطارد؛ نسترن؛ پورشریفی، حمید (۱۳۹۳). مقایسه حساسیت بین فردی و ابراز وجود در افراد وابسته به مواد مخدر و عادی. اعتیاد پژوهی، (۳۱)، ۸، ۱۱۸-۱۰۹.

هلند، استفانی؛ وارد، کلار. (۲۰۰۲). کتاب جرأت ورزی، ترجمه نرگس شفارودی و محمد هدایت جو.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4th ed. USA Arlington: American Psychiatric Pub. Inc; 175- 272.

American Psychitery of Association (2000). Dignostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). Washington DC.

Aversa, L. H., Stoddard, J. A., Doran, N. M., Au, S., Chow, B., McFall, M., & Baker, D. G. (2012). PTSD and depression as predictors of physical health-related quality of life in tobacco-dependent veterans. *Journal of psychosomatic research*, Vol 73, Issue 3, p. 185-190.

Baumeister, R (1991) How Stories Make Sense of Personal Experience: Motives that Shape Autobiographical Narratives, *Personality and Social Psychology Bulletin*. V: 20 P:676-690.

Beck, A. T; Wright, F. D; Newman, C. F; & Liese, B. S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford press.

Benishek, L.; Kimberly, C.; & Legget Dugosh, K. (2011). Prevalence and Frequency of Problems of Concerned Family Members with a Substance Using Loved one American Journal of Drug Alcohol Abuse, 37, 82-8.

Botvin. G.J.Kantor.L.W ( 2000 ). “Perrenting alcohol and Tabaccouse.

Chamberlain, K., & Zika, S. (1988a). Measuring meaning in life: An examination of three scales. *Personality and Individual Differences*, 9, 589°596.

- Clark, D. B., & Donovan, J. (1994). Reliability and validity of the Hamilton Anxiety Rating Scale in an adolescent sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 354-360.
- Crnin.M.E.(1996 ). “Life skills curricula for stadents with learningdisabilities”. *Journal of learning disabilitis*.
- Crumbaugh, J. (1968). Cross-validation of purpose in life test. *Journal of Individual Psychology*, 24, 74-81.
- Darden . C . A : “Ginter. E .J ( 1996 ) . “Life skills development scale- adolescence from”. *Journal health counseling*.
- Darden.C.A : Gazda .G M ( 1996 ). “Life skills and mental health counseling”. *Journal of mental counseling*.
- Debats, D. L., van der Lubbe, P. M., & Wezeman, F. R. A. (1993). On the psychometric properties of the Life Regard Index (LRI): A measure of meaningful life. *Personality and Individual Differences*, 14, 337°345.
- Diener,E.&Seligman,M.E.P,(2004),Beyonal money :Toward an economy of ewll-being *Psychological Science in the Public interest*.5(1),1-31
- Dodgen, C. E. & Shea, W. M. (2000). *Substance use disorder: Assessment and Treatment*. Academic Press. A Harcourt Science and Technology Company.
- Domino KB, Hornbein TF, Polissar NL, Renner G, 2005, Risk factor for relapse in health care professionals with substance use disorder. *JAMA J*; 293:1435-60.
- Eshgh Afkari, M.; Ghasemi,A.; Shojaeizadeh, D.; Tol, A.; Rahimi Foroshani, A &; Taghdisi, M.H. (2013). Comparison between Family Function Dimensions and Quality of Life among Amphetamine Addicts and Non- Addicts. *Iran Red Crescent Medical Journal*, 15(4), 356–362.
- 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.
- Frankl, W.V (1973). *The doctor and the soul*. New York Feldman DB, Snyder CR. Hope and the meaningful life: theoretical and empirical associations between goal-directed thinking.
- Frisch M. B. (2006). *Quality of life therapy: Appling a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Hoboken: NJ: Wiley.
- Frisch,M.B.(1993).The Quality of life Invevtory :A cognitive behavioral tool for complete problem assessment ,treatment planning , and outcome evaluation ,*Behavior Therapist* 16,42-44
- Gianluca, D.M (2006). Theism and the meaning of life, *Ars Disputandi* V:6
- Ginter.E.J ( 1999 ) . “David K.Brooks contribution to the developmentally based life

- skill approach". Journal of mental health counseling.
- Grant, G. M., Salcedo, V., Hynan, L. S., Frisch, M. B., & Puster, K. (1995). Effectiveness of quality of life therapy for depression. *Psychological Reports, Vol 76, Issue 3*, p. 1203-1208.
- Haller, M., Norman, S. B., Cummins, K., Trim, R. S., Xu, X., Cui, R., Allard, C. B., Brown, S. A., & Tate, S. R. (2016). Integrated Cognitive Behavioral Therapy Versus Cognitive Processing Therapy for Adults With Depression, Substance Use Disorder, and Trauma. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 62, 38-48.
- Hargie OS, & Dickson D.(2010). Skilled interpersonalCommunication: Research, Theory and Practice.NewYork: Routledge. 11 (5), 340-320
- Helzer, J. E., & Pryzbeck, T. R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 49, 219-224.
- Hundt, NE.; Mignogna. J.; Underhill C.; & Cully, J.A. (2013). The relationship between use of CBT skills and depression treatment outcome: a theoretical and methodological review of the literature. *Behavior Therapy*, 44(1), 12-26.
- Kaminer, Y. (1994). Adolescent substance abuse: A comprehensive guide to theory and practice. New York: Plenum Press.
- Kang, K., Jea, I.M., Kim, I.M., Hee-su, K., Shingjeang, K., Mi-Kyung, S., & Sonyong, S. (2009).The effect of Logotherapy on the suffering, findingmeaning,and spiritual well-being of Adolescents with Terminal cancer. *Journal of Current Directions in PsychologicalScience*, 1(12):312-319.
- Kaplan, R. M. (2003). The significance of quality of life in health care. *Quality of Life Research, Vol 12, Issue 1*, p. 3-16.
- Keyes , Corey L.M. (2002), Positive Direction in Diagnosis and Interventions , pp45-49 Oxford University Presskeyes
- Klingman. A ( 1998 ). "Psychological education : studying adolescents interests from their own perspective". *Journal of Adolescence*.
- Kurpas, D., Mroczek, B., & Bielska, D. (2013). The correlation between quality of life, acceptance of illness and health behaviors of advanced age patients.*Archives of gerontology and geriatrics, Vol 56, Issue 3*, p.448-456.
- Lin, S. H., Chen, K. C., Lee, S. Y., Hsiao, C. Y., Lee, I. H., Yeh, T. L., & Yang, Y. K. (2013). The economic cost of heroin dependency and quality of life among heroin users in Taiwan. *Psychiatry research, Vol 209, Issue 3*, p. 512-517.
- McGillicuddy, N.B.; Rychtarik, R.G.; & Papandonatos, G.D. (2015). Skill training versus 12-step facilitation for parents of substance-abusing teens. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 50, 11–17.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991, 2002). Motivational Interviewing: Preparing people for change. New York, Guilford press.

- Miller.M: Namm .G .D (2001) . “asing group miccussions to improve solial problem solving and learninf”. Journal of Edoucation
- Milosevic, I., Chudzik, S. M., Boyd, S., McCabe, R. E. (2016). Evaluation of an integrated group cognitive-behavioral treatment for comorbid mood, Mental Health, and substance use disorders: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*, In Press, Corrected Proof, Available online 20 August 2016.
- Nastasia.B ( 1998 ) . “A model for mental heahth programming inschool communities : introduction to the mini-series’ . *Journal of school psychology review* .
- Nooripour, R., Bass, C. K., & Apsche, J. (2013). Effectiveness of quality of life therapy aimed at improving sexual self-efficacy and marital satisfaction in addict couples of treatment period. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, Vol 8, Issue 2, p. 26-2.
- Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., & Borràs, J. M. (2017). Positive psychotherapy for distressed. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(17), 28-37.
- organization ( 1997 ) . “The lifr skills education project Geneva. Who Technical report series Wotld health.
- Quatman.T: watson.C.M( 2001 ) . “Gender differences in adolescent self-esteem : An exploration of domains” *journal of genetic psychology*.
- Ralevski, E., Gianoli, M. O., McCarthy, E., & Petrakis, I. (2014). Quality of life in veterans with alcohol dependence and co-occurring mental illness. *Addictive behaviors*, Vol 39, Issue 2, p. 386-391.
- Rodrigue, J. R., Baz, M. A., Widows, M. R., & Ehlers, S. L. (2005). A randomized evaluation of Quality-of-life therapy with patients awaiting lung transplantation. *American Journal of Transplantation* Vol 5, Issue 10, p. 2425-2432.
- Rodrigue, J. R., Mandelbrot, D. A., & Pavlakis, M. (2011). A psychological intervention to improve quality of life and reduce psychological distress in adults awaiting kidney transplantation. *Nephrology Dialysis Transplantation*, Vol 26, Issue 2, p. 709-715.
- Rohsenow, D. J. (2016). Cognitive Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology, from Encyclopedia of Mental Health (Second Edition), 2016, Pages 307-316, Current as of 20 September 2016.
- Rus-Calafell, M.; Gutiérrez-Maldonado, J.; Ortega-Bravo, M.; Ribas-Sabaté, J & ;. Caqueo-Úrizar, A. (2013). A brief cognitive-behavioral social skills training for stabilized outpatients with schizophrenia: A preliminary study. *Schizophrenia Research*, 143(2–3), 327–336.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., Brown, E. J., & Holle, C. (1996). Quality of life in social phobia. *Depression and Anxiety*, Vol 4, Issue 3, p. 126-133.

- Schogiel . D.R ( 1998 ) . “Empowerment education for individuals with serious mental illness. “ Journal social nursing mental health services.
- Schuster, C.R., Kilbey,M.M(1992), Prevention of drug abuse in 1 m Last Walnce .Maxcy Rosenau- last public healt and preventive medicine Norwalk CT Apple ton lange.p 183-189
- Schwartz, C. E., Andresen, E. M., Nosek, M. A., Krahn, G. L., & RRTC Expert Panel on Health Status Measurement. (2007). Response shift theory: important implications for measuring quality of life in people with disability. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Vol 88, Issue 4, p. 529-536.
- Shariati, M. E., & Toghyani, M. (2015). Evaluation of Quality of Life Therapy (QoLT) for Parents of Middle School Male Students with Behavioral Problems. *Journal of Social Issues & Humanities*, Vol 3, Issue 5, p. 130-126, ISSN 2345-2633.
- Ventegodt, S. (1997) Quality of Life and Factors in Early Life. Forskningscentrets Forlag, (Copenhagen Danish).
- Weist.M.D.(2001) .”Toward a public mental health promotoom and intervention syuth”. Journal of school health .
- WHOQOL Group (1993), "Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument". Quality of Life Research. No.
- Wilber, K. (1983). Eye to eye: The quest for the new paradigm. Garden City, NY: Doubleday Women. J Women Develop Politics 2008; 6 (2):157-176.
- Woods, P. (1992), Find on a relationship between Type A behavior and headaches.Journal of behavioral Medicine,7.277-286.



## پرسشنامه سلامت روانی

**آزمودنی گرامی:** لطفاً هر یک از سئوالات زیر را مطالعه نموده و سپس پاسخی را که فکر می‌کنید با وضع شما بیشتر مطابقت دارد، با علامت ضربدر(×) مشخص نمایید. بخاطر داشته باشید که ما می‌خواهیم درباره ناراحتی‌های اخیر شما اطلاعاتی بدست آوریم، نه مشکلات و ناراحتی‌هایی که در گذشته داشته‌اید.

بیشتر از حد معمول	در حد معمول	بدتر از حد معمول	خیلی بدتر از حد معمول
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز کلاً احساس کرده‌اید که خوب و سالم هستید؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اصلاً	در حد معمول	تقریباً بیشتر	به مراتب بیشتر از حد معمول
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که به داروهای تقویتی نیاز دارید؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس ضعف و سستی کرده‌اید؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که بیمار هستید؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز سر درد داشته‌اید؟			
۶- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که سرتان را محکم با چیزی مثل دستمال بسته‌اند یا این که فشاری به سرتان وارد می‌شود؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که بعضی وقت‌ها بدنتان داغ و یاسرد می‌شود؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که بر اثر نگرانی دچار بی‌خوابی شده باشید؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹- یا از یک ماه گذشته تا به امروز شب‌ها وسط خواب بیدار می‌شوید؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که دائماً تحت فشار هستید؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز عصبانی و بدخلق شده‌اید؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۲- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز بدون هیچ دلیل قانع‌کننده‌ای هراسان و یا وحشت‌زده شده‌اید؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۳- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز متوجه شده‌اید که انجام هر کاری از توانایی شما خارج است؟			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

۱۴-	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که در تمامی مدت عصبی هستید و دلشوره دارید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۵-	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز توانسته‌اید خودتان را مشغول و سرگرم نگه دارید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۶-	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز اتفاق افتاده که وقت بیشتری را صرف کارها نمایید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۷-	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز بطور کلی احساس کرده‌اید که کارها را به خوبی انجام می‌دهید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۸-	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز از نحوه انجام کارهایتان احساس رضایت می‌کنید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۹-	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که نقش مفیدی در انجام کارها به عهده گرفته‌اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۰-	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز توانایی تصمیم‌گیری درباره مسائل را داشته‌اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۱-	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز قادر بوده‌اید از فعالیت‌های روزمره زندگی لذت ببرید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۲-	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز فکر کرده‌اید که شخص بی‌ارزشی هستید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۳-	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که زندگی کاملاً ناامید کننده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۴-	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که زندگی ارزش زنده بودن را ندارد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۵-	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به این مسئله فکر کرده‌اید که ممکن است دست به خودکشی بزنید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۶-	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز احساس کرده‌اید که چون اعصاب‌تان خراب است نمی‌توانید کاری انجام دهید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۷-	آیا از یک ماه گذشته تا به امروز به این نتیجه رسیده‌اید که یک‌کاش مرده بودید و کلاً از شر زندگی خلاص	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

می‌شدید؟

- ۲۸- آیا از یک ماه گذشته تا به امروز این فکر به ذهنتان  
رسیده است که بخواهید به زندگی‌تان خاتمه دهید؟
- ☐ ☐ ☐ ☐

## پرسشنامه معنا در زندگی

### آزمودنی گرامی

خواهشمند است لحظه‌ای درباره چیزهایی که احساس می‌کنید در زندگی شما مهمند و زندگی‌تان را مهم ساخته‌اند فکر کنید. تقاضا دارد به جملات زیر تا آنجا که می‌توانید با صداقت و با روراستی پاسخ دهید.

توجه داشته باشید که این جملات خیلی ذهنی‌اند و پاسخ به آنها کمی دقت می‌خواهد. لطفاً مطابق آنچه که در زیر آمده پاسخ خود را تعیین و علامت بزنید:

کاملاً درست    درست    تاحدی درست    نه درست نه غلط    تاحدی غلط    غلط    کاملاً غلط

۱. ----- می‌دانم که در زندگیم معنایی وجود دارد و آن را درک می‌کنم.
۲. ----- در جستجوی چیزی هستم که به زندگیم معنی ببخشد.
۳. ----- همیشه در پی یافتن هدفی در زندگیم هستم.
۴. ----- زندگی من هدف مشخصی دارد.
۵. ----- خوب می‌دانم که چه چیزی زندگی را معنی‌دار می‌سازد.
۶. ----- من یک هدف رضایت‌بخش (خشنودکننده) در زندگی کشف کرده‌ام.
۷. ----- همیشه در جستجوی چیزی هستم که زندگیم را مهم و معنی‌دار بسازد.
۸. ----- برای زندگیم در پی یک هدف یا رسالت هستم.
۹. ----- هیچ هدف مشخصی در زندگی ندارم.
۱۰. ----- در جستجوی معنی در زندگیم هستم.

## **Effectiveness of quality of life therapy on improving mental health, interpersonal relationships and meaning in life in people who leave Materials**

### **Abstract**

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of quality of life therapy on improving mental health, interpersonal relationships and meaning in life in trafficked people. The statistical population of this study was all addicts referring to addiction abandonment centers in Ardabil city in 2016-2017. 40 people were selected through the sampling method and randomly assigned to experimental (20) and control (20) groups. The subjects were examined using mental health questionnaire, interpersonal relationships and meaning in life in two stages: pre-test and post-test. 40 people were selected through the sampling method and randomly assigned to experimental and control groups. The subjects were examined using mental health questionnaire, interpersonal relationships and meaning in life in two stages: pre-test and post-test. The results showed that treatment based on improving quality of life increased mental health, interpersonal relationships and meaning in life in traffickers in the experimental group in the post-test ( $P < 0.0001$ ). The results of this study showed that improving quality of life can be effective in increasing mental health, interpersonal relationships and meaning in life in people who leave drugs.

**Keywords** Quality of life therapy, mental health, interpersonal relationships, meaning in life, people who leave material



Islamic Azad University  
Khalkhal Branch

Submitted Partial fulfillment of the requirements  
for the degree of master Of science In Cilinical psychology (M.A)

Title:

**Effectiveness of quality of life therapy on improving mental health,  
interpersonal relationships and meaning in life in people who leave  
Materials**

Advisor:  
Dr. Esa Jafari

By:  
Mahdi Sahranavard