

اثربخشی آموزش گروهی نظریه انتخاب بر کیفیت زندگی معتادان

منصور سودانی*، علی مهدیزاده تواسانی، غلامرضا رجیبی، رضا خجسته مهر

گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۱۱/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۹/۲۴

چکیده

زمینه و هدف: افزایش اعتیاد در جامعه و گرفتاری‌های ناشی از آن و تقاضای افراد برای بهبود مشکلات معتادین، نشان‌دهنده نیاز اشخاص به مداخلات و آموزش‌های تخصصی است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش گروهی نظریه انتخاب بر کیفیت زندگی معتادان بود.

روش بررسی: پژوهش مورد نظر از نوع روش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه مردان معتادی بود که در سال ۱۳۹۴ به مراکز ترک اعتیاد شهر اهواز مراجعه کرده بودند. ۵۰ نفر از معتادان با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی (تعداد = ۲۵) و گروه کنترل (تعداد = ۲۵) تقسیم شدند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه کیفیت زندگی را در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بعد از ۶۰ روز) تکمیل کردند. گروه آزمایشی، آموزش گروهی نظریه انتخاب را در ۱۰ جلسه، ۹۰ دقیقه‌ای، هر هفته یک بار دریافت نمودند. داده‌های آماری با استفاده از تحلیل کواریانس (آنکوا) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: آموزش گروهی نظریه انتخاب منجر به تفاوت معنی‌دار آماری بین مراحل پیش، پس‌آزمون و پیگیری در نمره کیفیت زندگی در افراد معتاد شد ($P < 0/001$). به این صورت که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون، گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، کیفیت زندگی بالاتری را گزارش نمودند.

نتیجه‌گیری: آموزش گروهی نظریه انتخاب در خصوص نقش انتخاب‌گری رفتار، نیازهای پنجگانه، اهمیت خودکنترلی رفتار، نقش کنترل مؤثر، شیوه تحقق نیاز، مسئولیت‌پذیری و خودارزشی، دنیای کیفی، هفت رفتار مخرب، هفت رفتار مراقب، هویت توفیق و هویت شکست می‌تواند افزایش کیفیت زندگی در معتادان را در پی داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: نظریه انتخاب، کیفیت زندگی، معتادان

*نویسنده مسئول: منصور سودانی، اهواز، دانشگاه شهید چمران اهواز، گروه مشاوره

Email: Sodani_m@scu.ac.ir

مقدمه

زندگی تا حدی است که صاحب‌نظران تمرکز مراقبت‌های بهداشتی، قرن حاضر را بهبود کیفیت زندگی و وضعیت سلامت بیان کرده‌اند و سلامتی را یکی از مجموعه‌ها و اجزای کیفیت زندگی می‌دانند (۸). سازمان بهداشت جهانی^(۲)، کیفیت زندگی را به‌عنوان ادراک فرد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که فرد در آن زندگی می‌کند در ارتباط با اهداف و انتظارات، معیارها و امور تلقی می‌کند (۹) که کیفیت زندگی چهار حیطه مرتبط با سلامت یعنی؛ الف- حیطه جسمانی^(۳)، ب- حیطه روان‌شناختی^(۴)، ج- حیطه روابط اجتماعی^(۵) و د- حیطه محیط زندگی^(۶) را مورد بررسی قرار می‌دهد. نوردون فلتز، کیفیت زندگی را خشنودی از زندگی توصیف کرده است. طبق نظر نوردون فلتز، سنجش خشنودی افراد از طریق بررسی تجربه افراد از میزان حصول به آمل و آرزوهای آنها انجام می‌پذیرد. این تجربه ممکن است برای افراد دیگر همین معنا و مفهوم را نداشته باشد (۱۰). در تعریفی که ویور ارایه داد و مورد قبول بسیاری از صاحب‌نظران هست، کیفیت زندگی عبارت است از برداشت هر شخص از وضعیت سلامت خود و میزان رضایت از این وضع (۱۱). یکی از موارد بسیار مهمی که ارزیابی کیفیت زندگی در آن مطرح می‌شود، سوءمصرف^(۷) مواد است. سوءمصرف

سوء مصرف مواد یکی از موضوع‌های پیچیده است، که زندگی عادی شخص را به لحاظ رفتاری، عزت‌نفس، تغذیه، کار و روابط اجتماعی تغییر می‌دهد (۱) و بشر را با چالش‌های اجتماعی، اقتصادی، جنایت و سلامتی مواجه می‌کند (۲) که این معضل در همه مشاغل، سطوح تحصیلی و طبقه اقتصادی، اجتماعی دیده می‌شود (۳).

سلامتی از والاترین نعمت‌های الهی است که حفظ، تأمین و ارتقای آن از وظائف همگان است (۴) و سوءمصرف مواد به طور جدی بر سلامتی جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و زندگی روزمره فرد اثرگذار بوده و تلاش جامعه برای تأمین سلامتی افراد به‌منظور افزایش سطح کیفیت زندگی^(۱) آن‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

در طی سه دهه اخیر توجه به کیفیت زندگی به‌عنوان بخش چشمگیر سلامت مدنظر بوده است (۵) و به‌عنوان یک عامل مهم در ارزیابی نتایج درمانی و اثربخشی درمان در بیماری‌های جسمانی و روانی افزایش پیدا کرده است (۶). کیفیت زندگی، یک مفهوم چندبعدی است که سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی یک شخص را دربر می‌گیرد. امروزه کیفیت زندگی در نقطه مقابل کمیت قرار گرفته و با توجه به ابعاد گسترده سلامتی، تعریف می‌شود و منظور از آن سال‌هایی از عمر است که همراه با رضایت، شادمانی و لذت بخشی است (۷). دینر، سلیگمن دریافتند که رابطه‌ای متقابل و دوسویه میان سلامت و کیفیت زندگی وجود دارد. اهمیت وضعیت سلامت و کیفیت

1- Quality of life
2-World Health Organization
3-Physical Health Domain
4-Psychological Domain
5-Social Relationship Domain
6-Enviromental Domain
7-Drug abuse

در این راستا برای آموزش افراد از رویکردهای مختلفی می‌توان استفاده نمود که یکی از آنها، نظریه انتخاب^(۱) است. بنا بر نظریه انتخاب، تمام کارهایی که افراد انجام می‌دهند، از جمله احساس بدبختی و فلاکت را خودشان انتخاب می‌کنند (۱۸) و انسان تلاش می‌نماید تا دنیای پیرامون، یعنی شرایط، محیط و دیگران را طبق خواسته خود درآورد (۱۹). در نظریه انتخاب تأکید می‌شود که فرد به دنبال برآورده کردن نیاز اساسی بقا^(۲)، عشق^(۳)، قدرت^(۴)، سرگرمی^(۵) و آزادی^(۶) است (۲۰). آموزه اصلی نظریه انتخاب این است که ما بیش از آنچه تصور می‌کنیم بر زندگی خود کنترل^(۷) داریم. متأسفانه بخش زیادی از این کنترل‌ها مؤثر نیستند و اگر افراد، بر زندگی خود احساس کنترل داشته و قادر به تأمین نیازهای اساسی‌شان باشند، آن‌ها احساس خشنودی را تجربه می‌نمایند و احساس عدم کنترل، افراد را به سمت ناخشنودی هدایت می‌نماید (۲۱). در این نظریه تأکید می‌شود که احساس ناخشنودی یا بدبختی، فراگیرترین تجربه زندگی انسان‌هاست. بعضی از افراد ناخشنود، پیوسته به جستجوی لذت بدون رابطه‌اند که بیشتر آن را از طریق پرخوری، مصرف مشروبات الکلی، مواد مخدر، درگیری، خشونت و روابط جنسی بدون عشق برآورده می‌کنند. همچنین گلسر اعتقاد

مواد با پیامدها و عواقب زیادی همراه بوده که به طور گسترده بر سلامتی جسمانی، روانی، اجتماعی و زندگی روزمره فرد اثرگذار است، لذا در خصوص کیفیت زندگی معنادار پژوهش‌های متعددی صورت پذیرفته است. پژوهش‌های انجام گرفته در ایران و سایر کشورها نشان از پایین بودن کیفیت زندگی در معتادین دارد، زیرا در اغلب موارد بر کیفیت زندگی افراد، تأثیر منفی می‌گذارد (۱۲). تحقیق‌های رکتور، کوبو و کوهن نشان داده‌اند که سوءمصرف الکل، مواد مخدر و آرام‌بخش‌ها با کیفیت زندگی پایین مرتبط است (۱۳). همچنین یافته‌های اسمیت و لارسن نشان می‌دهند که جنبه‌های جسمانی و روانی کیفیت زندگی افراد معتاد پایین است (۱۴). نتایج پژوهش حجتی و همکاران نشان داد که افراد وابسته به مواد از بهداشت روان و کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند (۱۵). نتایج پژوهش پریو، اسپایر به منظور بررسی عوامل مؤثر در سلامت روان معتادان تزریقی مبتلا به ایدز نشان داد هرچه سطح مصرف و شدت وابستگی به مواد بالاتر باشد کیفیت زندگی افراد پایین‌تر است (۱۶) و سنجش کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد مخدر یک سنجه ارزشمند وضعیت بالینی است که به شناسایی پیش‌بینی‌کننده‌های بازگشت کمک می‌کند (۱۷).

افزایش اعتیاد در جامعه و گرفتاری‌های ناشی از آن از یکسو و تقاضای افراد برای بهبود مشکلات معتادین از سوی دیگر، نشان‌دهنده نیاز اشخاص به مداخلات و آموزش‌های تخصصی در این زمینه است.

1- Choice Theory
2- Survival
3- Love
4- Power
5- Fun
6- Freedom
7- Control

داشت که همه آنچه انسان‌ها انجام می‌دهند، رفتارهایی هدفمند و انتخاب‌شده هستند. با پذیرش این نکته می‌توان نتیجه گرفت آنچه مشکلات روانی نامیده می‌شود، در واقع راه‌هایی است که افراد برای رفتارهایشان انتخاب می‌کنند، یعنی هرگاه افراد در برآوردن نیازهای اساسی دچار مشکل می‌شوند، بیماری را انتخاب می‌نمایند. گلسر در نظریه انتخاب در مورد اعتیاد و افراد معتاد به مواد مخدر دیدگاه خاصی دارد. وی معتقد است که افراد با استفاده از مواد مخدر، مغز خود را فریب می‌دهند و اعتیاد به مواد مخدر یک بیماری روانی نیست که بر اثر عدم کارکرد صحیح مغز به وجود بیاید. بلکه تنها پیدا کردن راهی برای لذت‌جویی یا رهایی از درد است که شروعش با قطع ارتباط با دیگران و سپس معتاد شدن است (۲۲). بنابراین افراد معتاد، تصویر و سوسه مصرف مواد دائماً در ذهنشان است. گلسر دریافت که اعتیاد به مواد مخدر و الکل و روان‌پریشی شدید، مواردی از مسئولیت‌گریزی عمیق است که درمان مبتلایان به آن برای ایجاد رابطه و پیوند لازم به گونه‌ای که راه‌های مؤثرتر ارضای نیازهای خود را بیاموزند یا به یادآورند، دشوار است. استفاده از مواد مخدر باعث می‌شود شخص معتاد، دنبال احساس خوب داشتن یا عشق ورزیدن، قدرت و آزادی داشتن که در ذات هرکس برای داشتن روابط خوب است، نگردد. موترن بیان داشت در کمک به افراد معتاد بر پایه نظریه انتخاب، تمرکز بر آموزش مراجعان به منظور درک نیازهای خود بوده (۲۳) و این‌که چطور،

این نیازها را از طریق انتخاب‌های مؤثر برآورده سازند تا نسبت به انتخاب‌های خودشان مسئول باشند (۲۴) و اولویت‌های نیازهای آنها را از طریق نظام ارزیابی WDEP تنظیم نمایند (۲۵). در این نظام، W بیانگر خواسته‌ها (برای مثال از مراجعان می‌خواهیم که خواسته‌هایشان را شناسایی و اولویت‌بندی نمایند)، D بیانگر عمل (برای مثال از مراجعان می‌خواهیم که مشخص سازند که برای انتخاب‌های خود چه کار می‌کنند)، E بیانگر ارزیابی (برای مثال از مراجعان می‌خواهیم تا ارزیابی نمایند که آیا انتخاب‌های کنونی آنها به آن چیزی که می‌خواستند، می‌رساند) و P بیانگر برنامه است (برای مثال، از مراجعه‌کنندگان می‌خواهیم تا برنامه مؤثری را تنظیم نموده تا خواسته‌های آنها را بدون این که به خود یا به دیگران آسیب برساند، برسند (۲۶). گلسر اظهار داشت که دنیای نظریه انتخاب، دنیای جدی و مسئولانه است و انسانی که احساس مسئولیت می‌کند، رفتاری را از خود صادر می‌کند که به او احساس ارزشمندی می‌دهد و که می‌تواند در جای خود محرومیت و ناکامی را نیز تحمل کند. نتایج تحقیق نجفی، نادری و صاحبی نشان داد که کاربست نظریه انتخاب بر کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری کنشی معتادان تأثیر دارد (۲۷). هم‌چنین نتایج تحقیق حکم‌آبادی، رضایی، اصغری ابراهیم‌آباد و سلامت نشان داد که واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب موجب افزایش امیدواری در سوءمصرف کنندگان مواد گروه آزمایشی در مقایسه با گروه

راهنمایی تا پایان کارشناسی باشد، سن آن‌ها بین ۱۷ تا ۴۰ باشد و کیفیت زندگی آن‌ها بر اساس پرسشنامه کیفیت زندگی پایین باشد. ملاک‌های خروج عبارت بودند؛ عدم فعالیت و همکاری در انجام تکالیف و غیبت بیش از ۲ جلسه. برای اندازه‌گیری از پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL) استفاده شد. این پرسشنامه، دارای ۲۶ سؤال است که چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، سلامت محیطی رامی‌سنجد. پاسخ به سوال‌ها به صورت لیکرتی و به صورت ۵ گزینه‌ای است. در پایان، مجموع کل نمرات این پرسشنامه به صورت ۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته می‌شود که برحسب امتیازهای کسب‌شده، کیفیت زندگی آن‌ها در یکی از سه گروه نامطلوب، متوسط، مطلوب قرار می‌گیرد. این پرسشنامه برای جمعیت ایرانی استاندارد شده است. از روایی و اعتبار مناسبی برخوردار است و به نظر می‌رسد با شرایط فرهنگی، اجتماعی، مشکلات روحی و سلامت روان هست. نجات، منتظری، هلاکویی نائینی، محمد، مجد زاده، روایی پرسشنامه را با قابلیت تمایز این ابزار در گروه‌های سالم و بیمار با استفاده از رگرسیون خطی مورد ارزیابی قرار دادند که در حیطه‌های مختلف اختلاف معنی‌دار وجود داشته (۳۰) و همچنین مقادیر آلفای کرونباخ را در حیطه‌های مختلف پرسشنامه به تفکیک دو گروه سالم و بیمار به ترتیب عبارت می‌باشند از: سلامت جسمانی (۰/۷۰، ۰/۷۲)، سلامت روان (۰/۷۳، ۰/۷۰)، روابط اجتماعی (۰/۵۵، ۰/۵۲)، سلامت محیط (۰/۸۴، ۰/۷۲) (۳۱). در پژوهش حاضر

کنترل شده است (۲۸). در تحقیقی دیگر که به وسیله کاظمی مجرد، بحرینیان و محمدی آریا انجام گرفت، نتایج تحقیق نشان داد که آموزش نظریه انتخاب موجب افزایش سطح کیفیت زندگی و شادکامی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در سوءمصرف کنندگان مواد شده است (۲۹).

در کشور ما با وجود نیاز مبرم، کاربرد این رویکرد کمتر مورد استفاده قرار گرفته است. از این نظر انجام چنین تحقیق‌ها نیازی ضروری است. با توجه به عوامل فوق‌الذکر در زمینه‌های کیفیت زندگی معنادار و آثار و عواقب فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از آن و نیز با توجه به این‌که نظریه انتخاب در کمک به افراد و گروه‌ها با مشکلات و نیازهای مختلف مؤثر بوده است، لذا هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی آموزش گروهی نظریه انتخاب بر بهبود کیفیت زندگی معنادار بود.

روش بررسی

این پژوهش، نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه مردان معنای است که برای ترک اعتیاد به مراکز ترک اعتیاد شهر اهواز در سال ۱۳۹۴ مراجعه کرده بودند. تعداد ۵۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۵ نفر) و گروه کنترل (۲۵ نفر) تقسیم شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند؛ جنسیت آن‌ها مرد باشد، شش ماه از مصرف متادون آن‌ها گذشته باشد، سطح سوادشان بین اول

اعتبار این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۹ به دست آمد و برای خرده مقیاس‌های سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۴، ۰/۷۲، ۰/۷۳ به دست آمد.

پس از مشخص شدن نمونه موردبررسی بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل تقسیم شدند. این افراد به صورت داوطلب در هر یک از مراحل پژوهش حضورداشته و تعیین وقت جلسه‌های آموزشی با هماهنگی کامل افراد بود. ابتدا پیش‌آزمون کیفیت زندگی بر روی هر دو گروه به عمل آمد، سپس به افراد گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (یک جلسه در هفته) نظریه انتخاب به صورت گروهی

آموزش داده شد و گروه کنترل به فعالیت‌های روزمره خود مشغول بودند. پس از پایان آموزش از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون در متغیر مورد مطالعه به عمل آمد و دوباره پس از گذشت دو ماه از اتمام دوره آموزشی از شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و گواه آزمون پیگیری به عمل آمد. محتوای جلسه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی مانند تحلیل کوواریانس با رعایت مفروضه‌های آن تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱: شرح مختصر از جلسات آموزش گروهی نظریه انتخاب در پژوهش حاضر

جلسات	محتوی جلسات
اول	برقراری ارتباط و ایجاد رابطه حسنه و آشنایی با نظریه انتخاب
دوم	آموزش پنج نیاز اساسی (بقاء، تفریح، آزادی، قدرت و پیشرفت، تعلق)
سوم	آموزش رفتار کامل (عمل، تفکر، احساس و فیزیولوژی)
چهارم	شناسایی انواع کنترل (درونی و بیرونی)، آشنایی با کنترل بیرونی و هفت رفتار مخرب و تبیین هفت رفتار مخرب با رفتار کنونی آنها
پنجم	آموزش اهمیت کنترل درونی و هفت رفتار سازنده و تبیین هفت رفتار سازنده با رفتار کنونی افراد
ششم	آموزش دنیای کیفی و آشنایی افراد با دنیای کیفی خود
هفتم	آشنایی با تعارض نیازها و تأثیر آن بر روابط بین فردی و انتخاب رفتارهای مؤثر یا غیر مؤثر
هشتم	آشنایی با واقعیت و مسئولیت و آموزش مسئولیت‌پذیری و رفتار مسئولانه
نهم	آشنایی با انواع هویت (توفیق و شکست) و ویژگی‌های هریک از افراد با هویت‌های متفاوت
دهم	آموزش فنون و روش‌های تسهیل‌کننده تغییر رفتار از طریق الگوی WDEP

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار نمره‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیر کیفیت زندگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله‌ی پیش‌آزمون تغییر یافته است. قبل از تحلیل داده‌های مربوط به سوالات تحقیق، برای اطمینان از این‌که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی مفروضه تحلیل کواریانس از جمله نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون پرداخته شد. یافته‌ها نشان داد که هر سه مفروضه مورد تأیید قرار گرفتند.

نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف در کیفیت زندگی در پیش‌آزمون ($Z=0/628$ ، $p=0/825$)، پس از آزمون ($Z=1/29$ ، $p=0/068$) پیگیری ($Z=1/24$) نشان داد که تابع توزیع نرمال هستند.

یکی دیگر از مفروضه‌های تحلیل کواریانس، همگنی واریانس‌ها است که در این پژوهش برای بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته، از آزمون همگنی واریانس لون استفاده شد. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که در کیفیت زندگی ($F=0/92$ ، $p=0/34$) فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود.

مفروضه دیگر تحلیل کواریانس این است که رابطه بین کورایت و متغیر وابسته یکسان باشد که

به وسیله شیب یکسان روی خط رگرسیون نشان داده می‌شود. بر اساس این مفروضه، نتایج همگنی شیب رگرسیون بین متغیرهای کمکی و وابسته در سطوح عامل نشان داد که در مؤلفه کیفیت زندگی ($F=0/147$ ، $p=0/864$) فرض همگنی شیب رگرسیون تأیید می‌شود.

در پژوهش حاضر جهت آزمون فرضیه‌ها و تعیین معنی‌داری تفاوت بین نمره‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیر کیفیت زندگی، از روش تجزیه و تحلیل کواریانس یک متغیری استفاده شد.

با توجه به مندرجات جدول ۳، مقدار F برای متغیر کیفیت زندگی برابر $342/16$ است که در سطح $p < 0/001$ معنی‌دار است. این یافته بدین معناست که تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل، از لحاظ متغیر کیفیت زندگی معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که فرضیه پژوهش مورد تأیید است. به علاوه، جهت بررسی اثر زمان بر تداوم تأثیر مداخله‌ی آزمایشی، تحلیل فوق روی میانگین نمره‌های پیگیری کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل نیز انجام گرفت.

بر اساس مندرجات جدول ۴، مقدار F برای متغیر کیفیت زندگی برابر $291/94$ است که در سطح $p < 0/001$ معنی‌دار است. این بدین معناست که بین گروه آزمایش و کنترل، از نظر متغیر کیفیت زندگی در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیر کیفیت زندگی در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شرایط						
پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	نمره کل
۵۸/۳۲	۳/۹۲	۷۹/۴۸	۴/۴۹	۷۵/۵۶	۳/۴۵	کیفیت زندگی
۵۸/۳۶	۴/۴۷	۵۷/۵۲	۳/۷۹	۵۷/۴۴	۴/۱۶	کنترل

جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۲/۳۳	۱	۲/۳۳	۰/۱۳۲	۰/۷۱۸	۰/۰۰۳
گروه‌ها	۶۰۲۹/۰۲	۱	۶۰۲۹/۰۲	۳۴۲/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۸۷۹
خطا	۸۲۸/۱۵	۴۷	۱۷/۶۲			

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره‌های پیگیری کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۴۲/۲۶	۱	۴۲/۲۶	۳/۰۰	۰/۰۸۹	۰/۰۶۰
گروه‌ها	۴۱۰۰/۰۴	۱	۴۱۰۰/۰۴	۲۹۱/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۸۶۱
خطا	۶۶۰/۶	۴۷	۱۴/۰۴			

بحث

زندگی معنادار تأثیر داشته است. نتایج این فرضیه با یافته کاظمی مجرد، بحرینیان، محمدی آریا هم‌سو است. در تبیین فرضیه می‌توان گفت از آنجایی که نظریه انتخاب مفهوم منسجمی از رفتار انسان را آموزش می‌دهد و افراد را به سوی کنترل درونی، هویت توفیق و رفتار مسئولانه و احساس ارزشمندی دعوت می‌کند و در نتیجه فرد به خوبی در مسیر اثربخش و طولانی‌مدت قرار خواهد گرفت، لذا مداخلات مبتنی بر آموزش گروهی نظریه انتخاب باعث می‌شود، دریچه نوینی از زندگی به روی افراد معتاد گشوده شده و فرد معتاد کیفیت زندگی خود

نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش نظریه انتخاب منجر به افزایش کیفیت زندگی شده است. نتایج تحلیل در رابطه با تأثیر آموزش گروهی نظریه انتخاب بر کیفیت زندگی نشان داد که آموزش گروهی نظریه انتخاب باعث افزایش کیفیت زندگی در افراد گروه آزمایش شده است و این فرضیه مورد تأیید قرار گرفت. علاوه بر این پیگیری دوماهه بعد از مداخله آزمایشی نشان داد که نتایج این پژوهش در طول زمان تغییر چندانی نکرده است. به عبارتی، آموزش گروهی نظریه انتخاب بر کیفیت

کمپ‌های ترک اعتیاد، کلینیک‌های مشاوره، دفاتر خصوصی مشاوره، خدمات مشاوره دانشجویی دانشگاه‌ها و کارشناسی‌های هسته مشاوره اداره آموزش و پرورش برای پیشگیری و کمک به افراد معتاد استفاده گردد. همچنین، یکی از محدودیت‌های این پژوهش آن است که جامعه آماری آن معنادان در حال ترک شهر اهواز می‌باشد، لذا پیشنهاد می‌شود، این نوع پژوهش روی گروه‌های سنی با نوع مصرف خاصی از مواد مخدر و در استان‌های دیگر و در هر دو جنس نیز انجام شود و همچنین تعمیم نتایج به کل جامعه معنادان باید با احتیاط صورت گیرد.

نتیجه گیری

چنان چه ذکر شد آموزش گروهی نظریه انتخاب با توجه به تأکید آن بر مفاهیمی همچون انتخاب رفتار، مسولیت‌پذیری، احساس ارزشمندی، کنترل درونی و بیرونی، نیازهای پنج‌گانه و ارتباط با رفتار، احساس ارزشمندی می‌تواند باعث افزایش حیطه‌های چهارگانه کیفیت زندگی (جسمانی، روان شناختی، روابط اجتماعی و محیطی) را در معنادان بشود.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری مصوب دانشگاه شهید چمران اهواز می‌باشد، لذا از همه افرادی که در انجام این پژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

را ارزیابی دوباره‌ای کند و بر میزان رضایتش از شرایط زندگی افزوده شود.

آموزش نظریه انتخاب به افراد کمک می‌کند تا با نیاز به بقای خود را بهتر بشناسند و تشخیص دهند وقتی یک ماده‌ی مخدر اعتیادآور وارد مغز آنها که به دنبال لذت‌جویی است می‌شود، با خودش آن‌چنان لذتی را به همراه می‌آورد که با هیچ تجربه دیگر انسان قابل مقایسه نیست (۲۲) و فرد با استفاده از مواد مخدر، مغز خود را فریب می‌دهد و استفاده از مواد مخدر، احساسی ایجاد می‌کند مشابه احساسی که معمولاً از ارضای واقعی نیازهای ما ناشی می‌شود (۱۸) و انسان بازیچه لایه‌های زیرین مغز و هورمون‌ها نیست. بنابراین می‌توان گفت منطقی است که انتظار داشته باشیم با مداخلات مثبتی بر آموزش گروهی نظریه انتخاب وضعیت سلامت جسمانی فرد دچار تحولات قابل توجهی شود.

افراد با آموزش این نظریه درمی‌یابند احساس بدبختی و فلاکت را خودشان انتخاب می‌کنند و ناخشنودی و افسردگی نتیجه عدم احساس مسئولیت است. گلسر معتقد است که احساس مسئولیت و کنترل و ارضای نیازها مخصوصاً نیاز به عشق و تعلق باعث بهبود سلامت روان می‌شود. بدین ترتیب انسان می‌تواند با پذیرش واقعیت، مسئولیت و افزایش احساس ارزشمندی از خود انسانی سالم بسازد.

در انتها با توجه به اهمیت و اثر بخشی آموزش نظریه انتخاب بر افزایش کیفیت زندگی معنادان، پیشنهاد می‌شود این شیوه آموزشی در مراکز مشاور ترک اعتیاد،

REFERENCES

1. Hampton NZ. Quality of life of people with HIV substance abuse disorder in Thailand: An exploratory study statistical data included. *Journal of Rehabilitation* 2009; 13(3): 603- 13.
2. Aceijas C, Stimson GW, Hickman M. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS* 2004; 18(17): 295-303.
3. Zargar Y, Najarian B, Nemani A. Study of Relationship between personality traits, Religious Attitudes, Marital Satisfaction with addiction tendency in Office of industrial Company in Ahwaz. *Chmran Educatinal Journal* 2010; 15(1): 99-120.
4. Esmaeili I. Harm reduction measures in prison (Methadone treatment) and its effects on quality of life promotion. *Journal of Research on Addiction* 2009; 2(8): 105-20.
5. Kaplan RM. The significance of quality of life in health care. *Quality of Life Research* 2003; 12: 16.
6. Karow A, Reimer J, Schäfer I, Krausz M, Haasen C, Verthein U. Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 2010; 112: 209-15.
7. Seligman, M. E. P. *What you can change and what you can't*. (2ded.) New York 2007.
8. Diener E, Seligman MEP. Beyond money: Toward an Economy of well-being. *Psychological Science in the Public Internet* 2004.
9. Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry?. In: Katschnig H, Freedman H, Sartorius N (eds). *Quality of Life in Mental Disorders*, John Wiley & Sons, Chichester New York (1997); 137 – 147.
10. Nordonfelts SG. Childhood socio-emotional characteristics as antecedents of marital stability and quality. *Journal of Family Therapy* 2003; 8(4): 223-237.
11. King AC, Pruitt LA, Phillips W, Oka R, Rodenburg A, Haskell WL. Comparative effects of two physical functioning and quality of life outcomes in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 55(2): M74-83.
12. Narimani M, Habibi Y, Rajabi S. Comparison of personality characteristics and problem solving styles in addicted and non-addicted men. *Journal of Research on Addiction* 2011; 9(33): 21-38.
13. Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Validity of the Minnesota living with heart failure questionnaire as a measure of therapeutic response to enalapril of placebo. *The American Journal of Cardiology* 1993; 71 (12): 1106-7.
14. Smith WK, Larson JM. Quality of life assessment by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuser* 2003; 12: 141-62.
15. Hojjati H, Aloustani S, Akhondzadeh G, Heidari B, Sharif_Nia M. Study of mental health and its relation with quality of life in addicts. *Shahid Sadoughi University of Medical Science* 2010; 18(3): 23-36.
16. Preau M, Spire B. Health related quality of life among both current and former injection drug users who are HIV infected. *Drug and Alcohol Dependence* 2007; 36(2,3): 175-82.
17. Srivastava S, Bhatia MS, Rajender G, Angad S. Quality of Life in Substance Use Disorder. *Delhi Psychiatry Journal* 2009; 12 : 1.
18. Glasser W. *Choice theory*. Sahebi A. New Yoek: HarperCollins; 2010; 130-151.
19. Glasser W. *Reality therapy*. Sahebi A. New Yoek: HarperCollins; 1989; 59-71.
20. Glasser W. *Choice theory: a new psychology of personal freedom*. New York: Harper Perennial; 1998; 130-141.
21. Corey G. *Theory and practice of counselling and psychotherapy*. 9th ed. Belmont, CA: Brooks/cole; 2013; 418-430.
22. Glasser W. *Unhappy Adolescent*. Sepanloo K, Ganji L. New Yoek: HarperCollins. 2002; 11-20.
23. Mottern R. *Choice theory in coerced treatment: Using Choice Theory in coerced treatment: using choice theory in coerced treatment for substance abuse*. *International Journal of Reality Therapy* 2002 ; 41-47.
24. Wubbolding RE, *Reality therapy DC*. Washington: American Psychological Association. New York: Macmillan Library Reference; 2011; 6-38.
25. Wubbolding RE. *Reality therapy for the 21st century*. New York, NY: Routledge; 2000; 25-39.
26. Glasser W. *A diagram of the brain as a control system (chart)*. Los Angeles. CA: Institute for Reality Therapy 1990.
27. Najafi S, Nadri F, Sahebi A. The effectiveness of choice theory in quality of life and resilience of drug users. *Journal of Research on Addiction* 2015; 9(33): 135-44.

- 28.Hokm Abadi H, Rezaei A, Asghari Ebrahim Abad A, Salamat A. The effect of group new reality therapy based on choice theory on hopefulness in drug abusers. *Urmia Medical Journal* 2014; 25(8): 752-9.
- 29.Kazemi-Mojarad M, Bahreynian A, Mohamadi-Arya A. Impact of Training Choice Theory on Quality of Life and Happiness of People Quitting Drugs. *Journal of Health Education and Health Promotion* 2014; 2(2):165-74.
- 30.Nejat, Saharnaz; Montazeri, Ali; Holakouie Naeeni, Kourosh; mohammad, kazem and majdzadeh, Seyed reza. Standardization of Quality Of Life questionnaire of World Health Organization (WHOQOL-EREF): translation psychometric of Iranian Species. *Magazine of Health College and Health Research Institution*, 2006; 4: 1-12.

The effectiveness of group selection theory on the quality of drug addicted life

Sodani M^{*}, Mehdizadeh A, Rajabi G, Khojasteh Mehr R

Department of Counseling, Shahid Chmaran University of Ahwaz, Ahwaz, Iran

Received: 26 Jan 2016 Accepted: 14 Dec 2017

Abstract

Backgrounds and aim: Increase in addiction in the community and the plight of its people demand for improving the problems of addicts, indicate a need for individuals to interventions and training expertise. The aim of this study was to investigate the effectiveness of group selection theory on the quality of drug addicted life.

Methods: This study is an quasi-experimental design with pretest-posttest and follow up with the control group. The study population included: all addicted people who referred to ahvaz addiction treatment center in 2015. 50 addicts were selected by using of available sampling and randomly divided into two experimental group (number=25) and control group (number=25). The participants were completed the quality of life inventory in three stages (pre-test, post-test and follow-up after 60 days). The experimental group was received group training of the concepts of selection theory of 10 sessions of 90 minutes per week. Statistical data were analyzed using of covariance(ANCOVA) analysis.

Results: Group training theory led to a significant difference among pretest, posttest, and follow-up of quality of addicted people life ($p < 0.001$). In this case, the post-test and follow-up, after controlling of pre-test score, the experimental group compared to the control group higher quality of life was reported.

Conclusion: Group training of selected theory about the role of choosing a behavior, five senses the importance of self control, the role of effective behavior, the way of need fulfilment, responsibility, self worth, Quality world, seven destructive behavior, seven caring behavior, failure identification and success identification can result in increasing the quality of life for addicted people.

Keywords: Concepts of Choice theory, Quality of Life, Addicts.

Corresponding author: Sodani M, Department of Counseling, Shahid Chmaran University of Ahwaz, Ahwaz, Iran
Email: Sodani_m@scu.ac.ir

Please cite this article as follows:

Sodani M, Mehdizadeh A, Rajabi G, Khojasteh Mehr R. Assessment The effectiveness of group selection theory on the quality of drug addicted life. *Armaghane-danesh* 2017; 21 (10): 987-998.