MEJDS. 2021; 11:147.

Published online 2021 Nov. **Original Article**

The Effects of Reality Therapy on Quality of Life and Anxiety in Recovering Substance-Dependents Using Methadone

Farhady A[1], *Sodani M[2], Gholamzadeh Jofreh M[3]

Author Address
1. PhD Student in Counseling, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz Iran;
2. Professor, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran;
3. Assistant Professor, Counseling Department, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
***Corresponding author's email:** Sodani_m@scu.ac.ir

Received: 2021 Jul 26**; Accepted:** 2021 Oct 26

Abstract

Background & Objective: Substance Use Disorders (SUDs) is among the biopsychosocial problems, i.e., currently recognized as a global concern. Substance dependence is, indeed, among the numerous adverse consequences of substance use, i.e., prevailing globally with astonishing statistics in the last decade. In turn, substance abuse is a non–adaptive pattern of drug use that leads to recurrent problems and adverse effects. A factor that leads to substance abuse is the sedation and reduction of anxiety and depression caused by the drugs. Accordingly, individuals start using these drugs to cope with such unpleasant mental states, leading to SUDs over time. The research data on the effects of Methadone Maintenance Therapy (MMT) on the mental health of individuals with SUDs are contradictory; thus, further investigations seem necessary. Some research revealed that compared to the general population, individuals under MMT present a high level of mental health problems and experienced mood and emotional disorders, such as depression and anxiety.
The present study aimed to investigate the effects of Reality Therapy (RT) on the Quality of Life (QoL) and anxiety in patients under MMT.
Methods: This was a quasi–experimental study with pretest–posttest–follow–up and a control group design. The statistical population of this study included all individuals with SUDs referring to the State Welfare–related medical centers in Ahvaz City, Iran, in 2020. Accordingly, one center was purposively selected; 40 individuals were randomly selected and grouped into two experimental and control groups (n=20/group). The inclusion criteria included male individuals aged 20–50 years who had not participated in other psychological treatment and had no obvious biopsychologicale illnesses. The exclusion criteria excluded individuals who fail to cooperate in any of the research stages or failed to attend the training sessions. The WHO Quality of Life (WHOQOL) scale and Four Systems Anxiety Questionnaire (FSAQ) were used to collect the required data. The experimental group received twelve 95–minute RT sessions; however, the controls continued pharmacotherapy without psychological interventions according to the center's routine schedule. The obatiend data were analyzed using Analysis of Covariance (ANCOVA) in SPSS.
Results: The mean (SD) age of the subjects was 28.64(2.84) and 29.12(4.64) years in the experimental and control groups, respectively. The mean (SD) of the subjects' scores indicated a decrease in anxiety and an increase in QoL at the posttest. Before performing the ANCOVA, its hypotheses were tested. The results of Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) in at least one of the scales of QoL and anxiety indicated that RT significantly affected the experimental group (p<0.001). The Eta coefficient was measured to be 0.88. The one–way ANCOVA data on the mean posttest scores of anxiety and QoL revealed that the difference in the posttest after removing the effect of pretest between the experimental and control groups was significant (p≤0.001).
Conclusion: This study indicated that RT was influential on the QoL and anxiety among recovering individuals under MMT; thus, RT can be used in SUDs treatment centers. All ethical considerations, including receiving written informed consent from the participant before starting the research; the voluntary participation of individuals in each stage of the study; scheduling training sessions with the full cooperation of individuals, and keeping information related to subjects confidential, were observed.
Keywords: Reality therapy, Anxiety, Quality of life, Recovering, Substance–Dependents, Methadone.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۴۷.

انتشار برخط آبان ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی واقعیت‌درمانی مبتنی‌بر نظریهٔ انتخاب بر کیفیت زندگی و اضطراب در ترک‌کنندگان مواد مخدر با متادون در شهر اهواز

احمد فرهادی[۱]، *منصور سودانی[۲]، مریم غلام‌زاده جفره[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران؛

۲. استاد، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران؛

۳. استادیار گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Sodani_m@scu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۴ مرداد ۱۴۰۰؛ **تاریخ پذیرش:** ۴ آبان ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: سوءمصرف و وابستگی به مواد یکی از مشکلات زیستی‌روانی و اجتماعی است که امروزه به‌عنوان مشکلی جهانی شناخته می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تأثیر واقعیت‌درمانی مبتنی‌بر انتخاب بر اضطراب و کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی ترک اعتیاد انجام شد.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر، طرحی نیمه‌آزمایشی به‌روش پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی معتادان در حال ترک با متادون تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۹ به مراکز ترک اعتیاد وابسته به بهزیستی در شهر اهواز مراجعه کردند. از میان این مراکز به‌صورت هدفمند یک مرکز در نظر گرفته شد و چهل نفر به‌طور تصادفی انتخاب شدند. سپس در دو گروه بیست‌نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. به‌منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامهٔ چهارسامانه‌ای اضطراب (FSAQ) و پرسشنامهٔ کیفیت زندگی (WHOQOL) استفاده شد. همچنین گروه آزمایش دوازده جلسه واقعیت‌درمانی مبتنی‌بر نظریهٔ انتخاب دریافت کرد.

یافته‌ها: براساس نتایج به‌دست‌آمده تفاوت معناداری بین میزان اضطراب و کیفیت زندگی در نمرات پس‌آزمون مشاهده شد ($p\leq ۰/۰۰۱$). به‌منظور بررسی تفاوت گروه‌ها، برای هر متغیر اضطراب و کیفیت زندگی آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه، به‌کار رفت. براساس اطلاعات حاصل تفاوت بین گروه‌ها در تمامی متغیرها معنادار بود ($p\leq ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: مطابق نتایج مطالعهٔ حاضر می‌توان از روش واقعیت‌درمانی مبتنی‌بر نظریهٔ انتخاب برای کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی افراد سوءمصرف‌کننده استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: واقعیت‌درمانی، اضطراب، کیفیت زندگی، معتادان در حال ترک، متادون.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

۱ مقدمه

سوءمصرف و وابستگی به مواد یکی از مشکلات زیستی‌روانی و اجتماعی به‌شمار می‌رود که امروزه به‌عنوان مشکلی جهانی شناخته شده است. اعتیاد به مواد مخدر به‌صورت انبوهی از پیامدهای منفی ناشی‌از مصرف بیان می‌شود که این پیامدها هر روز شیوع بیشتری پیدا می‌کند و جهان با آمار حیرت‌آور شیوع این پدیده، در دههٔ اخیر روبه‌رو بوده است. سوءمصرف به الگویی غیرانطباقی از مصرف مواد گفته می‌شود که مشکلات مکرر و عوارض سوء در پی دارد (۱).

نام گیاهی که مواد مخدر از آن گرفته می‌شود خشخاش[1] یا کوکنار است. این گیاه از ماه تیر تا مرداد گل می‌دهد و قسمت‌هایی از خشخاش و شیرهٔ خشک‌شدهٔ بیرون‌آمده از کاسبرگ آن به تریاک معروف است. از خاصیت‌های آن آرام‌بخشی و شادی‌بخشی موقت است (۲).

نوددرصد افراد معتاد به تریاک و مواد شبه‌تریاک، دچار نوعی اختلال روان‌پزشکی همایند با اعتیاد هستند که شایع‌تر آن هم‌زمانی افسردگی اساسی و شخصیت ضداجتماعی است و ۳۵تا۶۰درصد نیز اختلال اضطرابی دارند (۳). درصد زیادی نیز رهایی از اضطراب را عامل بازگشت به دوران مصرف پس از ترک معرفی کردند (۴).

اختلال‌های اضطرابی، از اختلالات روانی بسیار رایج و مزمن با شروع زودرس و دوره‌ای مداوم است. شیوع کلی این اختلال تقریباً ۱۳ درصد است و در جایگاه سوم اختلال‌های روان‌پزشکی پس از اختلال افسردگی اساسی و وابستگی به الکل قرار دارد (۵). اگر درمان این اختلال صورت نگیرد با دوره‌ای مزمن و پنهان مزمن همراه می‌شود و اختلال اساسی در کار و حوزه‌های اجتماعی، عملکردهای علمی، خانوادگی و شخصی ایجاد می‌کند (۶).

همچنین افزایش کیفیت زندگی از نشانه‌های سلامتی و اثربخشی درمان‌ها در بیماری‌های جسمانی و روانی به‌شمار می‌رود و از پیامدهای درمان، افزایش کیفیت زندگی است (۷). کیفیت زندگی، الگویی چندبُعدی بوده که ابعاد مهم‌تر آن سلامتی جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی است. سازمان جهانی بهداشت[2]، کیفیت زندگی را ادراک شخص از اوضاع و احوال زندگی در عرصهٔ فرهنگ و ارزش‌های زندگی فرد و با اهداف و انتظارات و معیارهای فرهنگی جامعهٔ محل زندگی، تعریف می‌کند (۸). چهار حیطهٔ مهم تشکیل‌دهندهٔ کیفیت زندگی عبارت است از: ۱. حیطهٔ جسمانی؛ ۲. حیطهٔ روان‌شناختی؛ ۳. حیطهٔ روابط اجتماعی؛ ۴. حیطهٔ سلامت محیطی (۹).

به دلایل اشاره‌شده تحقیقات زیادی با هدف بررسی علل شروع و روش‌های پیشگیری از اعتیاد صورت گرفته است. نقطهٔ آغاز درمان اعتیاد با ایجاد انگیزه به‌منظور قطع مصرف آغاز می‌شود و در گام‌های بعدی برنامه‌های پیشگیری از بازگشت مجدد به دورهٔ گذشتهٔ مصرف انجام می‌گیرد؛ ازجمله درمان‌های دارویی شناخته‌شده به‌منظور کنترل اختلالات جسمانی اعتیاد دارویی شناخته‌شده متادون است (۱۰).

سم‌زدایی و درمان‌های نگهدارنده در سی سال گذشته به‌طور وسیع در درمان وابستگی به مواد مخدر به‌کار رفته است. بسیاری از مطالعات نشان می‌دهد، درمان‌هایی با پایهٔ دارویی، در ترک پایدار مواد مخدر موفقیت نداشته‌اند. به‌طور نسبی تعداد معدودی از بیماران وابسته به مواد مخدر و دچار سوءمصرف بدون استفاده از درمان‌های روان‌شناختی توانستند به ترک پایدار برسند. به‌علت‌های اشاره‌شده مشکل اساسی معتادان با دورهٔ پاکی زیاد، بازگشت آن‌ها به دورهٔ مصرف پس از ترک است (۱۱).

ازجمله روش‌های مشاوره و روان‌درمانی می‌توان به واقعیت‌درمانی اشاره کرد که توسط ویلیام گلاسر[3] روان‌پزشک آمریکایی و به‌منظور درمان اختلالات روانی برای مشاوران و روان‌درمانگران بنیان‌گذاری شد (به نقل از ۱۲).

واقعیت‌درمانی در انواع موقعیت‌ها و نیز در مشاوره، مددکاری اجتماعی، اصلاح و تربیت و توان‌بخشی به‌کار رفته است. این رویکرد در بیمارستان‌ها و مراکز سوءمصرف دارو و الکل رایج است و در شماری از کلینیک‌های نظامی که سوءمصرف‌کنندگان مواد را درمان می‌کنند به‌عنوان رویکردی ترجیحی استفاده می‌شود (۱۳).

واقعیت‌درمانی بر نظریهٔ انتخاب استوار است. مفاهیم زیربنایی نظریهٔ انتخاب شامل انتخاب و کنترل، نیازها و تعارض درون نیازها، دنیای کیفی، رفتار کلی و سطوح تعهد، رفتار بهنجار و نابهنجار و نیز در این رویکرد نتیجهٔ خوب و بدبودن انتخاب عمل و فکر توسط فرد است (۱۴).

برخلاف بیشتر نظریه‌های یادگیری، واقعیت‌درمانی مدعی است که رفتار انسان، عکس‌العملی به رویدادهای بیرونی نیست؛ بلکه عکس‌العمل به نیازهای درونی است. چهار نیاز روان‌شناختی در واقعیت‌درمانی شامل تعلق، قدرت، آزادی و تفریح می‌شود که ریشهٔ آن‌ها در مغز انسان جدید است. همچنین نیازی دیگر یعنی بقا از مغز انسان قدیم نشئت می‌گیرد (۱۵).

در واقعیت‌درمانی نیازهای مراجعان ازطریق کنترل و انتخاب ارضا می‌شود. در واقعیت‌درمانی نیز سنجش صورت می‌گیرد و مبنای آن اصول نظریهٔ کنترل است. اجرای واقعیت‌درمانی مستلزم توجه، رابطه و روش‌های اختصاصی ایجاد تغییر است. واقعیت‌درمانگران برای ایجاد تغییر به راهبردهایی چون پرسش، مثبت‌بودن، شوخی، رویارویی و فنون تناقضی متوسل می‌شوند (۱۶).

هدف کلی واقعیت‌درمانی این است که به افراد کمک کنیم نیازهای روان‌شناختی خویش به تعلق خاطر، قدرت، آزادی و تفریح را مسئولانه و به‌نحو رضایت‌بخش ارضا کنند (۱۷).

پژوهش‌ها بیانگر اثربخشی واقعیت‌درمانی بر مؤلفه‌های متفاوتی است؛ ازجمله سلیمانی و بابایی، تأثیر واقعیت‌درمانی را بر اضطراب و امیدواری معتادان (۱۸) و کاظمی مجرد و بحرینیان و محمدی، تأثیر واقعیت‌درمانی را بر کیفیت زندگی و شادکامی ترک‌کنندگان مواد مخدر نشان دادند (۱۹).

بررسی‌های اخیر در زمینهٔ شیوع مصرف مواد مخدر به‌ویژه مصرف مواد افیونی، بیانگر آن است که سوءمصرف مواد افیونی در ایران مسئلهٔ جدی به‌شمار می‌رود (۲۰). همچنین نوع مواد مصرفی و الگوی مصرف در جوامع مختلف باتوجه به شرایط جغرافیایی و اجتماعی متفاوت است.

[1]. Poppy
[2]. World Health Organization
[3]. William Glasser

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

در کشور ما باتوجه به داشتن مرزهای فراوان با کشور افغانستان که از کشورهای اصلی تولیدکنندهٔ مواد مخدر به‌شکل عام و به‌خصوص تریاک است (۲۱)، بیشترین نوع مواد مصرفی تریاک را به خود اختصاص می‌دهد (۲۲). نوع داروهای مصرفی در ترک مواد مخدر نیز متفاوت است و هر کدام شرایط و عوارض خاص خود را دارد. از آن جمله داروهای ب۲ و متادون و ترامادول در کشورهای مختلف به‌منظور قطع وابستگی جسمی به مواد مخدر استفاده می‌شود (۲۱). به همین دلیل در تحقیق حاضر بر نوع مواد مصرفی تریاک و داروی به‌کاررفتهٔ متادون برای کاهش عوارض جسمی درمقایسه با تحقیقات اشاره‌شده تأکید شد. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر واقعیت‌درمانی مبنی‌بر نظریهٔ انتخاب بر اضطراب و کیفیت زندگی معتادان در حال ترک با متادون در شهر اهواز انجام گرفت.

۲ روش‌بررسی

این پژوهش براساس هدف، از نوع پژوهش‌های کاربردی و نوع مطالعه، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را مردانی تشکیل دادند که در پاییز ۱۳۹۹ به‌منظور درمان سوءمصرف مواد به کلینک‌های ترک اعتیاد در شهر اهواز مراجعه کردند. ازطریق نمونه‌گیری دردسترس یک مرکز ترک اعتیاد در نظر گرفته شد. سپس ازطریق نمونه‌گیری تصادفی چهل نفر از افراد تحت درمان با متادون دارای ملاک‌های ورود مدنظر پژوهشگر و ملاک‌های خروج، براساس گمارش تصادفی در دو گروه بیست‌نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: جنسیت مرد؛ دامنهٔ سنی ۲۰تا۵۰ سال؛ شرکت‌نکردن در سایر درمان‌های روان‌شناختی؛ نداشتن بیماری بارز جسمی و روانی با استفاده از مصاحبهٔ اولیه؛ مصرف حداقل یک سال تریاک و استفاده‌نکردن از سایر مواد مخدر. ملاک‌های خروج شامل همکاری‌نکردن در هریک از مراحل تحقیق و حضورنداشتن در جلسات آموزشی بود. از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد. پس از انجام مرحلهٔ پیش‌آزمون، واقعیت‌درمانی گروهی برای بیست نفر گروه آزمایش در دوازده جلسهٔ هفته‌ای و هر جلسه به‌مدت ۹۵ دقیقه اجرا شد. گروه گواه نیز طبق کار مرکز ترک اعتیاد به درمان نگهدارنده با متادون و بدون دریافت هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی ادامه داد. پس از اتمام جلسات درمان پس‌آزمون روی هر دو گروه انجام شد. ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ فرم کوتاه پرسشنامهٔ کیفیت زندگی[1]: این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی ساخته شد و کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد (۲۳). پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است و چهار مؤلفه شامل سلامت جسمانی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط و وضعیت زندگی دارد. طیف نمره‌گذاری براساس لیکرت پنج‌گزینه‌ای (کاملاً=۵، تا حد زیاد=۴، در حد متوسط=۳، در حد کم=۲، اصلاً راضی نیستم=۱) است. نمرهٔ کمتر در پرسشنامه بیانگر کیفیت ضعیف زندگی و نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ کیفیت بهتر زندگی است. اسکوبتگتون و همکاران در گزارشی از طرف گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت روایی نسخهٔ اصلی پرسشنامه را در بین گروه‌های نمونه‌ای از ۲۳ کشور، بیشتر از ۰/۷۰ به‌دست آوردند و روایی آن را تأیید کردند (۲۴). نجات و همکاران (۱۳۸۶) روایی پرسشنامه را در گروه‌های سالم و بیمار با استفاده از روش رگرسیون خطی ارزیابی کردند که در مؤلفه‌های مختلف اختلاف معناداری در سطح ۰/۰۵ بین گروه سالم و گروه بیمار وجود داشت؛ همچنین مقادیر آلفای کرونباخ در مؤلفه‌های مختلف پرسشنامه به‌تفکیک دو گروه سالم و بیمار به‌ترتیب عبارت بود از: سلامت جسمانی (۰/۷۰ و ۰/۷۲)؛ سلامت روان (۰/۷۳ و ۰/۷۰)؛ روابط اجتماعی (۰/۵۵ و ۰/۵۲)؛ سلامت محیطی (۰/۸۴ و ۰/۷۲). آن‌ها ضریب پایایی روش بازآزمایی را پس از دو هفته ۰/۷۰ گزارش کردند (۲۵). در پژوهش حاضر اعتبار این پرسشنامه به‌روش آلفای کرونباخ کل ۸۲٪ به‌دست آمد و برای مؤلفه‌ها سلامت جسمانی ٪۷۹، سلامت روانی ٪۸۵، روابط اجتماعی ٪۸۱و سلامت محیط ۸۳درصد بود.

ـ پرسشنامهٔ چهارسامانه‌ای اضطراب[2] (FSAQ): پرسشنامهٔ FSAQ توسط کوکسال و پاور در سال ۱۹۹۰ (۲۶) طراحی شد. دارای شصت سؤال و چهار مؤلفه (پانزده‌سؤالی) شامل اضطراب احساسی، اضطراب شناختی، اضطراب رفتاری و اضطراب جسمانی است. آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ بود. روایی تشخیصی آن نیز برای مقایسهٔ بیماران اضطرابی و غیربیماران به‌دست آمد. روایی همگرایی آن براساس ارتباط FSAQ با پرسشنامه‌های اضطرابی دیگر چون پرسشنامهٔ اضطراب حالت ـ صفت اشپیلبرگر[3] (STAI-I) تأیید شد. نحوهٔ پاسخ‌دهی به پرسشنامهٔ FSAQ به‌صورت بلی یا خیر است. امتیاز هر مؤلفه براساس مجموع امتیازهای پانزده ماده به‌دست می‌آید و نمرهٔ کل مقیاس نیز از مجموع امتیازهای چهار مؤلفه تشکیل می‌شود (۲۶). ماردپور و همکاران (۲۷) روایی پرسشنامه را با قابلیت تفکیک گروهای سالم و بیمار، با استفاده از مقیاس اضطراب چهارسیستمی FSAQ ارزیابی کردند و در تمام مؤلفه‌ها اختلاف معناداری بین این دو گروه مشاهده شد. همچنین مقادیر آلفای کرونباخ در مؤلفه‌های مختلف پرسشنامه در مؤلفهٔ اضطراب احساسی ۷۷درصد، در مؤلفهٔ اضطراب شناختی ۸۳درصد، در مؤلفهٔ اضطراب رفتاری ۷۱درصد، در مؤلفهٔ اضطراب جسمانی ۶۰درصد و کل اضطراب ۸۹درصد به‌دست آمد که نتایج مقبولی است. در پژوهش حاضر اعتبار این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس‌ها ۷۸درصد و به‌ترتیب برای مؤلفهٔ اضطراب احساسی ۷۶درصد، مؤلفهٔ اضطراب شناختی ۸۴درصد، مؤلفهٔ اضطراب رفتاری ۷۶درصد و مؤلفهٔ اضطراب جسمانی ۷۹درصد به‌دست آمد.

ـ پروتکل واقعیت‌درمانی براساس کتاب *اعتیاد مثبت* گلاسر (۲۸) و واقعیت‌درمانی گلاسر (۲۹) انتخاب شد. روایی محتوای این برنامهٔ آموزشی به تأیید سه نفر از متخصصان مشاورهٔ دانشگاه شهید چمران اهواز با مدرک دکتری تخصصی مشاوره و سابقهٔ کار حداقل پانزده سال در مراکز مشاوره، رسید.

[1]. The World Health Organization Quality of Life Questionnaire
[2]. Four-System Anxiety Inventory
[3]. Spilberger State Trait Anxiety Inventory

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

جدول ۱. محتوای آموزشی گلاسر

جلسه	شرح جلسه	تکلیف خانگی جلسه
اول	آشنایی میان اعضا و تلاش برای برقراری رابطه همراه با اعتماد بین اعضا و مشاور، اعلام قوانین و قواعد حاکم بر گروه، شرح‌دادن اهمیت ایجاد مهارت‌های ارتباطی بین اعضای گروه به‌منظور پیشبرد کار درمان	مطالعهٔ جزوهٔ مفاهیم واقعیت‌درمانی به‌صورت خلاصه و بازخورد کلی مفاهیم
دوم	شرح نیازهای ژنتیکی برای اعضا، آشناکردن اعضا با نیازهای ژنتیکی، بررسی اضطراب و تأثیر اضطراب با عنوان مسیری ناکارآمد برای ارضای نیازهای ژنتیک	نوشتن و امتیازبندی نیازهای اساسی از نظر اعضا
سوم	مرور و بازخورد جلسهٔ گذشته، توضیح اختلال اضطراب و علل ایجاد اضطراب، توضیح درخصوص کیفیت زندگی و عوامل آن، کار روی برآوردن نیازها با روش کارآمد	مشخص‌کردن چگونگی ارتباط اضطراب و کیفیت زندگی با نیازهای اساسی فهرست‌شدهٔ جلسهٔ قبل
چهارم	بازخورد جلسهٔ گذشته، شرح‌دادن رفتار کلی و مؤلفه‌های آن (مانند فکر، احساس، اعمال، فیزیولوژی)، بررسی و آموزش‌دادن رفتار در انسان، بررسی اضطراب در اعضا با عنوان رفتاری و ذهنیت، بررسی تأثیر متقابل اضطراب و کیفیت زندگی، بررسی رفتارهای اعتیادی و تأثیر آن‌ها در ادامهٔ اعتیاد	مشخص‌کردن نیازهای کوتاه‌مدت و میان‌مدت و بلندمدت. نوشتن حالات و رفتارهای اعتیادی که فکر می‌کنند در ادامهٔ اعتیادشان تأثیر دارد
پنجم	بازخورد درخصوص مطالب جلسهٔ قبل، همراهی اعضا به‌منظور شناخت بهتر احساسات و رفتارها، در زمان حال بررسی مفاهیم کنترل بیرونی و درونی چه رفتاری و چه احساسی، تحلیل رفتارهای اضطرابی تحت عنوان انتخابی درونی، تحلیل کیفیت زندگی و عوامل آن تحت کنترل‌های درونی و بیرونی	نوشتن حالات احساسی. مشخص‌کردن درونی یا بیرونی‌بودن منبع این احساسات
ششم	بازخورد گفته‌های جلسهٔ قبل، شرح‌دادن مفهوم دنیای کیفی، تحلیل نظریهٔ انتخاب برای اعضای گروه، بررسی روش‌ها و چگونگی تغییر تصاویر اضطراب از دنیای کیفی اعضا	نوشتن اهداف آینده و مشخص‌کردن زندگی کیفی از نگاه شرکت‌کنندگان
هفتم	بازخورد جلسهٔ گذشته، تحلیل رفتارهای کارآمد و ناکارآمد برای اعضا، بررسی اصولانه‌بودن و واقع‌گرایی به‌عنوان رفتارهای کارآمد، آشنایی با مفهوم مسئولیت، کمک با اعضا به‌منظور پذیرش مسئولیت رفتارهای هر فرد درقبال انتخاب‌ها	تهیهٔ فهرست از کارهایی که باید مسئولیت آن‌ها را پس از ترک قبول کنند و مقایسه با دوران اعتیاد
هشتم	مرور جلسهٔ گذشته، تفهیم نپذیرفتن عذر و بهانه و نپذیرفتن عذر و بهانه درقبال رفتارهای انجام‌شده، بررسی هفت رفتار مؤثر و مخرب اعضا و پذیرش مسئولیت رفتارها، مفهوم ارضای نیازها	تهیهٔ فهرستی از بی‌مسئولیتی‌های گذشته و نوشتن روش پذیرش مسئولیت آن کارها
نهم	بازخورد جلسهٔ گذشته، بررسی واقع‌گرایی، مسئولانه‌بودن، توضیح دربارهٔ راه‌حل کارآمد و ناکارآمد باتوجه به واقع‌گرایی و پذیرش مسئولیت	نوشتن اعمال کارآمد و ناکارآمد و مقایسهٔ آن‌ها باهم
دهم	بازخورد جلسهٔ قبل، بررسی داشتن هدف و جهت و برنامه در زندگی، طراحی برنامه توسط اعضا با کمک درمانگر به‌منظور رسیدن به اهداف، تحلیل (SMART) به‌معنای (معین‌بودن، اندازه‌گیری، دست‌یافتنی‌بودن، واقع‌گرایی، زمان‌داربودن)	تحلیل چند کار در قالب الگوی SMART
یازدهم	مرور جلسهٔ قبل، تحلیل مفهوم تعهد، گرفتن تعهد کتبی از اعضا برای اجرای برنامه‌ها، نپذیرفتن بهانه، آموزش داشتن اهداف در زندگی، کار روی لزوم داشتن هدف	پذیرش مسئولیت لغزش در ترک به‌صورت کتبی
دوازدهم	جمع‌بندی جلسات گذشته، کار روی مفاهیم جلسات قبل، انجام‌دادن آزمون اضطراب و کیفیت زندگی	نوشتن متنی از اعمال انجام‌شده در دوره و بررسی کارآیی دوره

ملاحظات اخلاقی این تحقیق عبارت بود از: دریافت رضایت‌نامهٔ کتبی از شرکت‌کنندگان قبل از شروع تحقیق؛ داوطلبانه و اختیاری‌بودن شرکت افراد در هریک از مراحل پژوهش؛ تعیین وقت جلسات آموزشی با همکاری کامل افراد؛ محرمانه نگهداشتن اطلاعات مربوط به آزمودنی‌ها.

در تحقیق حاضر به‌منظور تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل کوواریانس با رعایت پیش‌فرض‌ها و نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ و سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش ۲۸/۶۴ (۲/۸۴) سال و در گروه گواه ۲۹/۱۲ (۴/۶۴) سال بود. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کنندگان در شاخص‌های اضطراب و کیفیت زندگی مشاهده می‌شود که نشان‌دهندهٔ کاهش اضطراب و افزایش کیفیت زندگی در مرحلهٔ پس‌آزمون در گروه آزمایش است.

قبل از اجرای تحلیل کوواریانس مفروضه‌های این آزمون بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای متغیرهای کیفیت زندگی و اضطراب بیانگر نرمال‌بودن توزیع دو متغیر مذکور بود. به‌منظور محاسبهٔ همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج، همسانی واریانس‌ها را در متغیرهای کیفیت زندگی (p=۰/۸۴، F=۰/۲۵۱) و اضطراب (p=۰/۲۴۶، F=۰/۷۴۲) نشان داد.همچنین آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود؛ لذا شرط همگنی

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

ماتریس‌های واریانس‌ـ کوواریانس به‌درستی رعایت شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در حداقل یکی از مقیاس‌های کیفیت زندگی و اضطراب نشان‌دهندهٔ این امر بود که واقعیت‌درمانی مبتنی‌بر نظریهٔ انتخاب در گروه آزمایش اثر معناداری دارد ($p\leq$۰/۰۰۱). ضریب اتا ۰/۸۸ به‌دست آمد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای اضطراب و کیفیت زندگی در گروه آزمایش و گروه گواه به‌تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه	شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
اضطراب	آزمایش	میانگین	۱۹۳/۴۱	۱۲۸/۳۵
		انحراف معیار	۳/۸۵	۵/۶۱
	گواه	میانگین	۱۹۲/۳۳	۱۸۹/۴۱
		انحراف معیار	۳/۸۹	۵/۹۰
کیفیت زندگی	آزمایش	میانگین	۵۵/۴۱	۷۸/۹۷
		انحراف معیار	۴/۹۱	۵/۱۸
	گواه	میانگین	۵۶/۸۶	۵۹/۴۶
		انحراف معیار	۴/۹۹	۵/۵۲

برای شناسایی اینکه تفاوت مشاهده‌شده در کدام‌یک از متغیرها معنادار است، به تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای تحلیل هر متغیر به‌طور جداگانه پرداخته شد. نتایج این تحلیل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه با گواه پیش‌آزمون‌ها

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار p	ضریب اتا
کیفیت زندگی	۱۵۴۱۱/۱۵	۱	۱۵۴۱۱/۱۵	۶۵۴/۰۲	$p\leq$۰/۰۰۱	۰/۸۵
اضطراب	۴۲۱/۹۱	۱	۴۲۱/۹۱	۳۹/۹۰	$p\leq$۰/۰۰۱	۰/۸۰

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، تفاوت پس‌آزمون‌ها پس از حذف اثر پیش‌آزمون‌ها بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای کیفیت زندگی و اضطراب معنادار است ($p\leq$۰/۰۰۱)؛ بنابراین، می‌توان گفت که واقعیت‌درمانی در افراد ترک‌کنندهٔ مواد مخدر باعث بهبود کیفیت زندگی و کاهش اضطراب می‌شود.

۴ بحث

هدف کلی پژوهش حاضر بررسی میزان اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر اضطراب و کیفیت زندگی معتادان در حال ترک با متادون در شهر اهواز بود. همان‌گونه که نتایج پژوهش حاضر نشان داد، واقعیت‌درمانی بر اضطراب و کیفیت زندگی افراد ترک‌کنندهٔ مواد مخدر پس از دوازده جلسه مداخله تأثیر دارد.

در بررسی‌های صورت‌گرفته، نتایج پژوهش حاضر با تحقیق سلیمانی و بابایی مبنی‌بر تأثیر واقعیت‌درمانی بر اضطراب معتادان مواد مخدر (۱۸) همسوست. گلاسر در توصیف بیماری‌های روانی به‌جای اسم از فعل استفاده می‌کند تا به تأثیر نقش انتخاب در رفتارها تأکید کند. عمل مذکور باعث تقویت این طرز فکر می‌شود که شخص بازیچهٔ نیروهای بیرونی یا شرایط درونی کنترل‌نشدنی نیست و خودش اعمال را انتخاب می‌کند (۱۴). گلاسر، درخصوص افسردگی از افسرده‌کردن و در زمینهٔ تشخیص اختلال اضطرابی از اصطلاح مضطرب‌کردن استفاده می‌کند. این روش نام‌گذاری اختلالات سبب می‌شود، شخص به این موضوع پی ببرد که آن رویدادهای بیرونی نیستند که شخص را تحت کنترل خود قرار می‌دهند؛ بلکه، این پیش‌آمدها، وضعیتی تحت اختیار و در حوزهٔ انتخاب شخص است. درست‌تر این است که فکر کنیم افراد خود را افسرده یا مضطرب می‌کنند (۱۷). وقتی افراد با پرورش رفتارهای عذاب‌آور فلاکت را برمی‌گزینند به آن علت است که این‌ها رفتارهای بهتری هستند که در آن لحظه توانسته‌اند ابداع یا انتخاب کنند. به عبارت دیگر اضطراب در نظریهٔ واقعیت‌درمانی انتخاب ما است و ما درقبال انتخاب خود مسئول هستیم. رفتار غیرمسئولانهٔ ما موجب اضطراب می‌شود؛ نه اینکه اضطراب عامل ایجاد رفتارهای غیرمسئولانه است. در جلسات واقعیت‌درمانی به‌منظور درمان بر نشانه‌های اضطراب تمرکز نمی‌شود؛ زیرا واقعیت‌درمانی بر نشانه‌ها تأکید ندارد؛ بلکه معتقد است برای ازبین‌بردن احساسات و تغییرات بدنی به‌وجودآمدهٔ ناشی‌از اضطراب باید بر افکار ایجادکنندهٔ اضطراب تمرکز کرد. ابتدا پذیرفت که اضطراب انتخاب ما است؛ اما انتخابی غیرمسئولانه. در گام دوم باید مسئولیت رفتارهای اضطرابی را بپذیریم. به‌منظور درمان باید انتخاب و برنامه‌ریزی برای انتخاب درست را آموزش داد. سپس مسئولیت انتخاب را بدون عذر و بهانه پذیرفت (۱۳). در تحقیق حاضر به‌منظور درمان اضطراب اعضای گروه از تکنیک WDEP استفاده شد. در این تکنیک (W) به‌معنای خواست‌ها و نیازها است. به این معنا که مُراجعان و اعضای گروه خواسته‌های مشخص خود را به‌صورت کلامی تعریف می‌کنند و اهدافشان را بیان می‌دارند. استفاده از روش گروهی اساس این شکل از درمان است. در این بخش دنیای کیفی مُراجع برای درمانگر مشخص می‌شود و همان تصویر ایده‌آلی است که شخص برای خود در پایان درمان ترسیم می‌کند (۱۳).

بخش دوم تکنیک WDEP شامل (D) جهت و اقدام می‌شود. پس از

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

اینکه اعضا در دنیای کیفی، خواسته‌ها و نیازهای خود را بررسی کردند از آن‌ها خواسته می‌شود برای اینکه چه کارهایی به‌منظور رسیدن به اهداف باید انجام دهند به بررسی رفتار کنونی‌شان بپردازند تا رفتار کامل (عمل، فکر، احساس، فیزیولوژی) را به‌تفصیل تشریح کنند. این افزایش آگاهی دربارهٔ خود قدم اصلی به‌سمت تغییر است؛ یعنی درمانگر آیینه‌ای درمقابل اعضای گروه قرار می‌دهد و می‌پرسد، آیا تغییر شما را به بخشی که می‌خواهید می‌رساند (۱۷). همچنین مسیر تغییر رفتارهای اعتیادی تشکیل‌دهندهٔ ریشهٔ اضطراب، مشخص می‌شود؛ ازجمله تغییر اعتیاد منفی با مثبت. گلاسر در کتاب *اعتیاد مثبت* بحث توان و نیروی بالقوه را پیش می‌کشد و معتقد است، اعتیاد مثبت کار آسانی نیست و نیاز به تمرین و تکرار دارد؛ مانند دویدن و مراقبه. به این ترتیب گلاسر اعتقاد دارد به‌جای اعتیاد منفی باید رفتارهای دارای اعتیاد مثبت تمرین و تقویت شود (۲۸).

همچنین بخش سوم تکنیک WDEP عبارت است از (E) یا خودارزیابی. در این قسمت درمانگر اعضای گروه را با پیامدهای رفتارشان مواجه می‌کند و از آن‌ها می‌خواهد دربارهٔ کیفیت اعمالشان قضاوت کنند. تا وقتی اعضا رفتارشان را ارزیابی نکرده‌اند متوجه نمی‌شوند رفتار کنونی‌شان کامل و کمک‌کننده نیست و نمی‌توانند برای انتخاب بهتر و تمرین رفتار بهتر اقدام کنند. درمانگر در این بخش هیچ قضاوتی دربارهٔ رفتار اعضا نمی‌کند؛ بلکه فقط با نگاه‌کردن و گوش‌کردن، اعضا را به چالش می‌کشد (۱۷).

بخش چهارم تکنیک WDEP، (P) یا برنامه‌ریزی است. عمدهٔ فعالیت واقعیت‌درمانی کمک به اعضا در تعیین روش‌های مخصوص و تبدیل انتخاب‌های ناکام به انتخاب‌های موفق است. وقتی اعضا رفتار خود را ارزیابی می‌کنند و تصمیم به تغییر آن می‌گیرند، وظیفهٔ درمانگر کمک به اعضا برای برنامه‌ریزی به‌منظور تغییر در رفتار است. برنامهٔ بهتر آن است که تغییر توسط خود فرد آغاز شود. در مرحلهٔ دوم درمانگر اقدام به برنامه‌ریزی برای تغییر می‌کند. برنامه‌ریزی رفتار مسئولانه بخشی از فرآیند واقعیت‌درمانی است. اعضا تشویق می‌شوند رفتارهای جدید را تجربه کنند و روش‌های متفاوت دستیابی به هدف را بیابند (۳۰). گلاسر در کتاب *اعتیاد مثبت* رفتارهای جایگزین رفتارهای اعتیادی را مشخص کرده است. براساس کتاب *اعتیاد مثبت* گلاسر تقویت رفتارها و اعتیادهای مثبت (مانند ورزش‌کردن، مطالعه و...)، از پایه‌های برنامه‌ریزی به‌منظور تغییر است (۲۸).

بنابراین احساس اینکه فرد می‌تواند برای خود کاری کند و در سرنوشت خود سهم اصلی و تعیین‌کننده داشته باشد و بتواند آیندهٔ خود را بسازد، افزایش اعتمادبه‌نفس و کاهش نگرانی را به‌دنبال خواهد داشت که ویژگی اصلی اضطراب است (۱۸).

این پژوهش درخصوص تأثیر واقعیت‌درمانی بر کیفیت زندگی معتادان در حال ترک، با تحقیق کاظمی مجرد و همکاران در تأثیر واقعیت‌درمانی بر کیفیت زندگی و شادکامی معتادان مواد مخدر (۱۹) همسوست. نتایج یافته‌ها نشان داد، واقعیت‌درمانی مبتنی‌بر نظریهٔ انتخاب بر کیفیت زندگی در گروه آزمایش مؤثر است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، در کیفیت زندگی به دو عامل خطرساز و محافظت‌کننده تأکید شده است. تفاوت‌های فردی و محیطی که احتمال وقوع اضطراب و افسردگی را افزایش می‌دهد، عوامل خطرساز است. عوامل کاهش‌دهندهٔ این حالات (اضطراب و افسردگی) نیز عوامل محافظت‌کننده است. مهارت‌های انطباقی و حل مسئله و مهارت‌های اجتماعی ناکافی در رابطه با حیطه‌های مهم کیفیت زندگی هستند. همچنین سبک‌های اسنادی علل رویدادهای منفی به‌شمار می‌روند؛ ازجمله منبع کنترل بیرونی، مردم‌آمیزی ضعیف، گرمای بین‌فردی کم، امیدواری کم و فقدان حمایت اجتماعی به‌خصوص در رابطه با دوستان نزدیک از عوامل کیفیت زندگی ضعیف است. هیجان‌پذیری منفی در حل مسائل اجتماعی و عواطف منفی موجب عودهای مکرر می‌شود و انگیزهٔ اولیه را برای اعتیاد دارویی و اعتیادهای دیگر فراهم می‌کند (۳۱).

با واقعیت‌درمانی و نظریهٔ انتخاب می‌آموزیم که ماهیت رفتار خود را انتخاب کنیم. با یادگیری این نظریه دیگر خود را قربانی نیروهای بیرونی نمی‌دانیم و می‌توانیم قدرتمندانه و با نگرش جدید به‌سمت جهان هستی حرکت کنیم (۱۹). واقعیت‌درمانی بر این فرض استوار است که محیط حمایت‌کننده و چالش‌انگیز به درمانجویان کمک می‌کند تغییر در زندگی را شروع کنند؛ همچنین رابطهٔ درمانی امن را شالودهٔ کار می‌داند و بر رابطهٔ همدل و حمایت‌کننده تأکید دارد (۲۹). شخص یاد می‌گیرد که با اصول نظریهٔ انتخاب و کنترل به کنترل درونی برسد و نظریهٔ اسناد نیز به فرد در پذیرش مسئولیت رفتارها کمک می‌کند (۱۹).

از دیگر مفاهیم واقعیت‌درمانی مفهوم دنیای کیفی مُراجع است. با این معنا که تصوری که فرد از خود دارد. این مفهوم به‌طور مستقیم می‌تواند بر کیفیت زندگی مؤثر باشد؛ زیرا اگر شخص تصور مثبتی از خود داشته باشد، دنیای کیفی مثبتی خواهد داشت. از دیگر عوامل افزایش کیفیت زندگی گروه آزمایش تغییر دنیای کیفی منفی شکل‌گرفته در دورهٔ اعتیاد به دنیای کیفی مثبت است (۲۸).

از مشکلات پژوهش حاضر می‌توان به شیوع بیماری کرونا اشاره کرد. همچنین در خلال جلسات واقعیت‌درمانی تفهیم مفاهیم علمی واقعیت‌درمانی به زبان ساده و مورد پذیرش جامعهٔ هدف، مشکلاتی به‌همراه داشت. از محدودیت‌های پژوهش حاضر انجام این تحقیق با شرایط فرهنگی خوزستان بود. پیشنهاد می‌شود مراکز ترک اعتیاد علاوه‌بر درمان دارویی از درمان‌های روان‌شناختی نیز استفاده کنند.

۵ نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد، واقعیت‌درمانی موجب افزایش کیفیت زندگی و کاهش اضطراب معتادان در حال ترک با متادون در شهر اهواز می‌شود. از این درمان می‌توان در مراکز ترک اعتیاد استفاده کرد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر و مراکز ترک اعتیاد اهواز، تقدیر و تشکر می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری با کد پیگیری ۱۶۲۲۹۳۰۴۳ در سامانهٔ پژوهش‌یار پایان‌نامه‌های دانشگاه آزاد برای دکتری رشتهٔ مشاوره ثبت شد. تمامی ملاحظات اخلاقی ازجمله دریافت رضایت‌نامهٔ کتبی

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

از شرکت‌کنندگان قبل از شروع تحقیق، داوطلبانه و اختیاری‌بودن شرکت افراد در هریک از مراحل پژوهش، تعیین وقت جلسات آموزشی با همکاری کامل افراد و محرمانه نگهداشتن اطلاعات مربوط به آزمودنی‌ها رعایت شد.

دسترسی به داده‌ها و مواد

همهٔ نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می‌توانند در صورت لزوم ازطریق مکاتبه با نویسندهٔ مسئول مقالهٔ حاضر، به این اطلاعات دسترسی پیدا کنند.

رضایت‌نامهٔ انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

منابع مالی

این تحقیق بدون کمک هیچ سازمانی و با منابع مالی نویسندگان انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

همهٔ نویسندگان مقاله نقش یکسانی در طراحی و اجرای تحقیق داشتند.

References

1. Rodríguez-Cintas L, Daigre C, Grau-López L, Barral C, Pérez-Pazos J, Voltes N, et al. Impulsivity and addiction severity in cocaine and opioid dependent patients. Addict Behav. 2016;58:104–9. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.02.029
2. Huang FC, Kutchan TM. Distribution of morphinan and benzo[c]phenanthridine alkaloid gene transcript accumulation in Papaver somniferum. Phytochem. 2000;53(5):555–64. https://doi.org/10.1016/S0031-9422(99)00600-7
3. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 9th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
4. Safari S, Kamali, A, Dehghani Firoozabadi S, Esfahani M. Meta-analysis of comparing personal and environmental factors effective in addiction relapse (Iran, 2004–2012). Etiadpajohi. 2014;8(30):35–52. [Persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-642-en.html
5. Sung SC, Porter E, Robinaugh DJ, Marks EH, Marques LM, Otto MW, et al. Mood regulation and quality of life in social anxiety disorder: an examination of generalized expectancies for negative mood regulation. J Anxiety Disord. 2012;26(3):435–41. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.004
6. Nicholson C. What to do about social anxiety disorder [Internet]. Harvard Health. 2008 [cited 2021 Dec 17]. Available from: https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/What_to_do_about_social_anxiety_disorder
7. Evans RW, Manninen DL, Garrison LP, Hart LG, Blagg CR, Gutman RA, et al. The quality of life of patients with end-stage renal disease. N Engl J Med. 1985;312(9):553–9. https://doi.org/10.1056/NEJM198502283120905
8. Uysal M, Sirgy MJ, Woo E, Kim H (Lina). Quality of life (QOL) and well-being research in tourism. Tour Manag. 2016;53:244–61. https://doi.org/10.1016/j.tourman.2015.07.013
9. Cepeda-Valery B, Cheong AP, Lee A, Yan BP. Measuring health related quality of life in coronary heart disease: the importance of feeling well. Int J Cardiol. 2011;149(1):4–9. https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2010.09.048
10. Ghandehari A, Dehghani A. Effectiveness of group schema therapy in metacognitive beliefs and methadone dose reduction in men under methadone treatment. Etiadpajohi. 2018;11(44):169–86. [Persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-1562-en.html
11. Niknam M, Madahi M, Shafiabadi A. Investigating the effectiveness of logo therapy on craving and relapse prevention in women with substance dependency. Health Psychol. 2018;7(25):56–73. [Persian] http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_4759_en.html
12. Law FM, Guo GJ. The impact of reality therapy on self-efficacy for substance-involved female offenders in Taiwan. Int J Offender Ther Comp Criminol. 2015;59(6):631–53. https://doi.org/10.1177/0306624X13518385
13. Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy. Sayed Mohammadi Y. (Persian translator). Tehran: Arasbaran Publication; 2013, pp: 472–505.
14. Austad CS. Counseling and psychotherapy today, theory, practice, and research. Firoozbakht M. (Persian translator). Tehran: Virayesh; 2016.
15. Gladding ST. Groups: A counseling specialty. Zahrakar K, Lavafpour Nori F, Ahmadiyan A. (Persian translator). 6th edition. Tehran: Ravan Publication; 2016.
16. Sharf RS. Theories of psychotherapy and counseling, concepts and cases. Firoozbakht M. (Persian translator). Tehran: Rasa Publication; 2013, pp: 360–86.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

17. Corey G. Theory & practice of group counseling. Zahrakar K, Mohsenzade F, Heydarnia A, Bostanipoor AR, Sami A. (Persian translator). Tehran: Virayesh Publications; 2013.
18. Soliemani E, Babaei K. On the effectiveness of group reality therapy based on choice theory in anxiety and hope for drug-dependent individuals during abstention. Etiadpajohi. 2016;10(37):137–50. [Persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-1087-en.html
19. Kazemi Mojarad E, Bahreynian A, Mohamadi-Arya A. Impact of training choice theory on quality of life and happiness of people quitting drugs. Iran J Health Educ Health Promot. 2014;2(2):165–74. [Persian] http://journal.ihepsa.ir/article-1-158-en.html
20. Firoozi M, Kharamin S, Ahmadi S, Panahi F. The study of early maladaptive schemas in men dependent on drugs and those not dependent. Armaghane Danesh. 2015;20(8):744–55. [Persian] http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-199-en.html
21. Ekhtiari H, Norouzi A. Inpatient services in addiction treatment. Tehran: Mehr-o Mah-e-No Publications; 2010. [Persian]
22. Amani F, Sadegie Ahari S, Mohammadi S, Azami A. The Trend in substance abuse among addicts referred to withdrawal centers, 1998–2003. J Ardabil Univ Med Sci. 2005;5(3):220–24. [Persian] http://jarums.arums.ac.ir/article-1-582-en.html
23. WHOQOL group. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: World Health Organization; 1996.
24. Mohtadijafari S, Ashayeri H, Banisi P. The effectiveness of schema therapy techniques in mental health and quality of life of women with premenstrual dysphoric disorder. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2019;25(3):278–91. [Persian] http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.25.3.278
25. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh R. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) Questionnaire: translation and validation study of the Iranian version. School of Public Health & Institute of Public Health Research. 2006;4(4):1–12. [Persian] http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-en.html
26. Koksal F, Power KG. Four Systems Anxiety Questionnaire (FSAQ): a self-report measure of somatic, cognitive, behavioral, and feeling components. J Pers Assess. 1990;54(3–4):534–45. https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674018
27. Maredpour AR, Shaeeiri MR, Kafi M. The study of psychometric properties of Four System Anxiety Questionnaire (FSAQ). Clinical Psychology and Personality. 2010;17(43):11–20. [Persian] http://cpap.shahed.ac.ir/article_2637.html?lang=en
28. Glasser W. Positive addiction. New York: Harper & Row; 1976.
29. Glasser C. A choice theory psychology guide to happiness: how to make yourself happy (the choice theory in action series). Columbia: Independently Published; 2019.
30. Wubbolding RE. Glasser quality school. group dynamics: theory, research, and practice. 2007;11(4):253–61. https://doi.org/10.1037/1089-2699.11.4.253
31. Frisch MB. Quality of life therapy. Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2006.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]