

نظریه انتخاب

اثربخشی آموزش نظریه انتخاب بر میزان کیفیت زندگی و شادکامی در ترک‌کنندگان مواد مخدر

چکیده

زمینه و هدف: نظریه انتخاب، به‌عنوان یک نظریه مبتنی بر روان‌شناسی کنترل درونی، معتقد است گذشته بر زندگی کنونی ما اثر شگرفی دارد ولی تعیین‌کننده رفتار کنونی ما نیست. نظریه انتخاب توضیح می‌دهد که ما به‌عنوان انسان چگونه برای به‌دست‌آوردن «آنچه می‌خواهیم» دست به انتخاب می‌زنیم. با توجه به خلأ پژوهشی که در زمینه نظریه انتخاب در ایران وجود دارد، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش نظریه انتخاب بر کیفیت زندگی و شادکامی در افراد ترک‌کننده مواد مخدر انجام شده است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی است. طرح به‌کاررفته در این پژوهش، طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و همچنین مرحله پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی افراد ترک‌کننده مواد مخدر شهر تهران در سال ۱۳۹۱ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای تعداد ۴۰ نفر از بین افرادی که دوره ترک را در مرکز ترک اعتیاد گذرانده بودند، انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) جای‌دهی شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از دو پرسشنامه کیفیت زندگی و مقیاس شادکامی مونس استفاده شد. برنامه آموزش نظریه انتخاب در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای افراد گروه آزمایش برگزار شد. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: آموزش نظریه انتخاب موجب افزایش سطح کیفیت زندگی ($p \leq 0/000$)، شادکامی ($F=50/85$) و شادکامی ($F=573/05$, $p \leq 0/000$) افراد گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون شده است. همچنین نتایج نشان داد اثرات مداخله در مراحل پس‌آزمون و پیگیری با گذشت زمان روند ثابتی داشتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اهمیت سطح مطلوب کیفیت زندگی و شادکامی در دوره ترک مواد، مراکز ترک اعتیاد میتوانند با ارائه آموزش نظریه انتخاب به افزایش سطح شادکامی و کیفیت زندگی افراد، پس از ترک مواد مخدر کمک نمایند.

نوع مقاله: مقاله پژوهشی.

کلیدواژه‌ها: نظریه انتخاب، کیفیت زندگی، شادکامی، اعتیاد

◀ **استناد:** کاظمی مجرد م، بحرینیان ع، محمدی آریاع. اثربخشی آموزش نظریه انتخاب بر میزان کیفیت زندگی و شادکامی در ترک‌کنندگان مواد مخدر. تابستان ۱۳۹۳؛ ۲(۲): [۱۶۵-۱۷۴].

ملیحه کاظمی مجرد^۱

عبدالمجید بحرینیان^{۲*}

علیرضا محمدی آریا^۲

۱. دانشجو کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، تنکابن، ایران.

*۲. استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

Majid.bahrinian@gmail.com

۳. استادیار گروه پیش‌دبستانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۵/۱۳

Choice Theory

Impact of Training Choice Theory on Quality of Life and Happiness of People Quitting Drugs

ABSTRACT

Background and objective: Choice theory is a theory based on inner control psychology that believes the past significantly influences in our present life but it can't determine our current behavior. Choice theory explains that we, as humans, how to choose in order to get what we want. Due to the shortage of research about selection theory in our Iran, this study's aim was to investigate the effect of choice theory learning on the life quality and happiness in people who quit drugs.

Methods: The current study was a semi – empirical research. The research plan used a pre-test and post-test plan with control group and two months follow up. Statistical society of this study included all people who quitted drugs in Tehran in 2012. About 40 people who completed the addiction treatment program in addiction treatment center were selected by random cluster sampling. Then they were grouped in two categories by simple selection method as test group (20 people) and control group (20). Two questionnaires of life quality and MUNSH happiness scale were used to collect data. The selection theory learning program was administrated in twelve sessions for period of 90 minutes for test group. The repeated measures MANCOVA were used to analyze data.

Results: The selection theory learning increased the life quality level ($p \leq 0.000$, $F=50.85$) and happiness ($p \leq 0.000$, $F=573.05$) test group in post-test stage. Also, the results has shown that over time the Intervention effect was a constant process in post-test and the follow up stages.

Conclusion: Due to the importance of life quality level and happiness in people who quit drugs, the addiction treatment centers can help these people by learning the choice theory method to improve their life quality and increase their happiness after their addiction treatment.

Paper Type: Research article.

Keywords: Choice theory, Quality of Life (QOL), Happiness, Addiction

► **Citation:** 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. Summer 2014;2(2): [165-174].

Maliheh Kazemi-Mojarad ¹

Abdolmajid Bahreynian ^{2*}

Alireza Mohamadi-Arya ³

1. M.A. in Clinical Psychology, Islamiz Azad Univ., Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran.

*2. Assistant Professor, Dept. of Clinical Psychology, Shahid Beheshti Univ. of Medical Sciences (SBUMS), Tehran, Iran. (Corresponding Author) Majid.bahrinian@gmail.com

3. Assistant Professor, Dept. of Preschool Education, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (USWR), Tehran, Iran.

Received: 22/02/2014

Accepted: 04/07/2014

مقدمه

روان‌شناسی علم مطالعه در رفتار موجودات زنده به‌ویژه انسان است و در این زمینه نظریه‌های مختلفی طرح شده‌اند. یکی از این نظریات، نظریه انتخاب است که توسط ویلیام گلاسر عنوان شده است (۱). نظریه انتخاب معتقد است هر آنچه که از ما سر می‌زند رفتار است و تمام رفتارهای ما از درون ما برانگیخته می‌شوند و معطوف به هدف‌اند و هدف هر رفتار ارضای یکی از ۵ نیاز اساسی (نیاز به بقا، نیاز به تعلق و عشق، نیاز به قدرت، نیاز به آزادی و نیاز به سرگرمی و لذت) است. نظریه انتخاب معتقد است هنگامی که افراد در ارضای نیازهای خود ناکام می‌شوند، دست به رفتار می‌زنند؛ یعنی رفتار و عمل خاصی را انتخاب می‌کنند تا شاید بدان وسیله نیازهایشان را برآورده کنند. این رفتار هدفش ارضای نیازهای موردنظر است، همچنین این نظریه توضیح می‌دهد که ما به‌عنوان یک انسان چگونه برای به دست آوردن آنچه می‌خواهیم دست به انتخاب می‌زنیم (۲).

مواد مخدر و اعتیاد به آن، زندگی شمار زیادی از افراد را نابود کرده و میکند و تندرستی افراد و جامعه، توسعه سیاسی، اقتصادی و اجتماعی و حتی امنیت خیابان‌ها، معابر و نیز ثبات و پایداری دولت‌ها را نیز به خطر می‌اندازد. عوارض شوم اعتیاد در سطح روانی و فردی و هم در بخش اجتماعی و کلان جامعه زیان‌بخش بوده و هست. خسارت‌های اجتماعی و اقتصادی سوءمصرف مواد مخدر فشارهای تحمل‌ناپذیری را بر زیرساخت‌های اجتماعی کشور وارد کرده است (۳). تولید و توزیع غیرقانونی آن منابع عظیم نیروی انسانی و طبیعی را در درازمدت سست می‌کند. بنابراین، امروزه مواجهه با تجارت غیرقانونی مواد مخدر و آثار زیان‌بار سوءمصرف آن بزرگ‌ترین چالش تمام جوامع است. در این راستا، سلامت یکی از بنیان‌های اصلی زندگی انسان و شرایط ضروری ایفای نقش‌های اجتماعی وی به شمار می‌رود و انسان‌ها به‌ویژه گروه‌هایی که سلامتی آن‌ها به‌نوعی در معرض خطر قرار دارد (معتادان)، در صورتی می‌توانند به فعالیت‌های فردی و جمعی خود به نحو مطلوب ادامه دهند که خود را سالم احساس کنند و درعین حال جامعه آن‌ها را سالم بداند (۴).

تلاش جامعه برای تأمین سلامتی افراد به منظور افزایش سطح کیفیت زندگی خود از اهمیت ویژه‌ای برخوردار

است. تحقیقات نشان داده که بین کیفیت زندگی و سلامت جسمانی و روانی رابطه وجود دارد (۵). کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را در بر می‌گیرد. این اصطلاح که در زمینه‌های گوناگون سیاسی، اجتماعی و اقتصادی نیز استفاده می‌شود. اغلب در مطالعات پزشکی کاربرد دارد و از نظر بیشتر متخصصان شامل ابعاد فیزیکی، فیزیولوژیکی، اجتماعی، جسمی و مفهومی می‌باشد (۶). کیفیت زندگی از نظر لغوی به معنی چگونگی زندگی کردن است. باین‌وجود، مفهوم آن برای هرکسی منحصر به فرد است و با دیگران متفاوت است (۷). سازمان جهانی بهداشت تعریف جامعی از کیفیت زندگی ارائه داده است. کیفیت زندگی عبارتست از درک فرد از وضعیت کنونی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های موردنظر فرد (۸). عوامل مختلفی مانند عوامل اقتصادی، فرهنگی و معنوی بر روی کیفیت زندگی فرد تأثیر می‌گذارد. کیفیت زندگی با زندگی افراد تطابق دارد و بر اساس نقطه‌نظر خود فرد سنجیده می‌شود. ممکن است شخص علیرغم آنکه محیط زندگی مناسبی نداشته باشد، اما احساس رضایت عمیقی از زندگی خود داشته باشد. ارزیابی خود فرد از سلامت و یا خوب بودنش عامل کلیدی در مطالعات کیفیت زندگی است؛ به عبارتی قضاوت فرد درباره خودش از اهمیت خاصی برخوردار است (۹).

یکی دیگر از متغیرهایی که در رابطه با سلامت روان مطرح می‌شود شادکامی است. شادکامی مطمئناً از اهداف بزرگ بشر بوده است که همه برای رسیدن به آن تلاش میکنند. میزان شادکامی بر اساس ارزشیابی افراد از خود و زندگی‌شان به دست می‌آید، این ارزشیابی‌ها ممکن است جنبه شناختی داشته باشد؛ مانند قضاوت‌هایی که در مورد خشنودی از زندگی صورت می‌گیرند و یا جنبه عاطفی که شامل خلق و هیجاناتی است که در واکنش به رویدادهای زندگی ظاهر می‌شود (۱۰). یکی از پرسش‌های اساسی درباره شادکامی این است که آیا شادکامی به رویدادها یا موقعیت‌های زندگی مربوط می‌شود یا به شخصیت فرد ارتباط دارد و یا اینکه نتیجه تعامل میان این دو است؟ شخصیت هر انسان می‌تواند به تعیین محدودیت‌ها،

ویژگی‌ها، توانایی‌ها و بهداشت و یا سلامت آن‌ها در زندگی کمک کند. به‌عنوان مثال تمام امیال و آرزوهایی که می‌خواهیم در زندگی به دست آوریم، خواه تحصیلات عالی، خواه همسر مناسب و حتی سلامت عمومی می‌تواند تحت تأثیر شخصیت ما و شخصیت افرادی که به نحوی با آن‌ها در تعامل هستیم قرار گیرد (۱۱). افراد شادکام نگرش خوش‌بینانه‌ای نسبت به وقایع و رویدادهای اطراف خود دارند. افراد خوشحال در مقایسه با دیگران احساس رضایت بیشتری نسبت به زندگی خانوادگی، شغل، تحصیلات و غیره دارند (۱۲). شادکامی سازه‌ای مستقل از سه جزء اساسی احساس خوشی، رضایت از زندگی و نبود هیجانات منفی مانند اضطراب و افسردگی است (۱۳).

از آنجاکه زندگی پر از چالش‌ها و استرس‌ها و مشکلات است، لذا انسان نیازمند ابزارهایی برای مقابله با این شرایط است. با توجه به مطالب ارائه‌شده، هدف این پژوهش بررسی آموزش نظریه انتخاب بر کیفیت زندگی و شادکامی در افراد مرد ترک‌کننده مواد مخدر شهر تهران است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه‌تجربی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مصرف‌کننده مواد مخدر شهر تهران بود که در سال ۱۳۹۱ دوره ترک را گذرانده بودند. از بین مراکز ترک اعتیاد شهر تهران (۵ مرکز)، تنها یک مرکز برای پژوهش همکاری کردند. لذا از بین افراد ترک‌کننده در این مرکز که دوره درمان را گذرانده بودند (۸۹ نفر)، ۴۰ نفر به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و سپس به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) تقسیم شدند.

با مشخص شدن گروه آزمایشی و کنترل، با رعایت اصول اخلاقی در پژوهش پس از برقراری ارتباط با افراد و کاهش حساسیت آزمودنی‌ها و همچنین ارائه توضیحات لازم نسبت به روش آموزش و دلیل انتخاب آن‌ها، برگزاری کلاس‌ها و پرکردن پرسشنامه‌ها، برنامه آموزش نظریه انتخاب در طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت چهار هفته (هر هفته سه جلسه) برای افراد گروه آزمایش (۲۰ نفر) ارائه شد. آموزش به‌صورت سخنرانی و همچنین پرسش و پاسخ در یکی از اتاق‌های مرکز ترک اعتیاد، در فضایی آرام و بدون اضطراب

و افت آزمودنی تشکیل گردید و مجدداً بعد از گذشت ۲ ماه پیگیری به عمل آمد. در خاتمه از همکاری این افراد تقدیر و تشکر به عمل آمد.

محتوای برنامه آموزشی در این پژوهش عبارت بودند از:

- ارائه مقدمه‌ای از نظریه و مرور مختصر چارچوب کلی جلسات آموزشی؛
- معرفی نظریه انتخاب و گفت‌وگو در رابطه با نظریه انتخاب و مفاهیم و اصول اصلی آن؛
- معرفی پنج نیاز اساسی که هر انسانی با آن‌ها به دنیا می‌آید و بر اساس آن رفتار می‌کند؛
- ارائه اصول و ویژگی‌های حاکم بر نیازهای ژنتیکی؛
- معرفی دنیای مطلوب (کیفی) و کمک به افراد در کشف و شناسایی تصاویر دنیای مطلوب و ارزش‌ها و اصول آن و سپس در صورت مغایرت با واقعیت و ناکارآمدی آن‌ها تغییر و جایگزینی تصاویر؛
- معرفی چهار مؤلفه رفتار کلی و پاسخ به این سؤال که مغز ما چگونه کار می‌کند؛
- معرفی مفهوم مسئولیت‌پذیری، پیامد رفتار و حقوق - مسئولیت‌ها؛
- معرفی انواع رفتارهای مؤثر و یا غیرمؤثر، تکراری و عادت‌ی یا جدید و بازسازی‌شده؛
- معرفی روان‌شناسی کنترل درونی در مقابل روان‌شناسی کنترل بیرونی؛
- معرفی نقش بااهمیت روابط بین فردی؛
- معرفی زبان نظریه انتخاب در رابطه با فرزندان و رابطه با همسر؛
- معرفی هفت عادت مخرب و هفت عادت سازنده جایگزین آن‌ها

ابزار مورد استفاده پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-۳۶) و مقیاس شادکامی مونش^۱ بود؛ که به اختصار توضیح داده میشوند.

الف) پرسشنامه کیفیت زندگی: پرسشنامه کیفیت زندگی برای مصارفی چون کار بالینی، ارزیابی سیاست‌های

1. Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness (MUNSH)

جنبه‌های مثبت و منفی رگه‌ای این مقیاس دارای ۷ سؤال است. روی هم‌رفته این مقیاس ۲۴ عبارت دارد.

سوالات این مقیاس به صورت ۳ درجه‌ای (بلی=۲، خیر=۰ و نمی‌دانم=۱) نمره‌گذاری می‌شوند. هرکدام از جنبه‌های مثبت و منفی حالتی با داشتن ۵ سؤال، نمره‌ای از ۰ تا ۱۰ و هرکدام از جنبه‌های مثبت و منفی رگه‌ای با داشتن ۷ سؤال، نمره‌ای از ۰ تا ۱۴ دارند. نمره کلی مقیاس با توجه به جنبه‌های مثبت و منفی حالتی و رگه‌ای و با فرمول خاصی محاسبه می‌شود. این پرسشنامه از ۵ عبارت مربوط به احساس مثبت (PA) و ۷ عبارت مربوط به تجربه مثبت (PE) تشکیل شده است. نمرات این دو دسته عبارت با هم جمع می‌شود و سپس مجموع نمرات عبارت‌ها مربوط به احساس منفی (N) و عبارت مربوط به تجربه منفی (NE) از آن کم می‌شود. بالاترین نمره خام مثبت ۲۴ است. هر چه نمره خام کسب‌شده بالاتر باشد، وضعیت روان‌شناختی بهتر است. پایایی این آزمون با استفاده از روش بازآزمایی بعد از ۱۸ ماه برابر با ۰/۷۰ گزارش شده است. در تحقیق باباپور و همکاران در سال ۱۳۸۲ همسانی درونی آزمون برابر با ۰/۷۱ به دست آمد. پژوهش‌هایی که به منظور بررسی اعتبار پیش‌بینی مقیاس شادکامی مونس انجام شده است که این آزمون با ۰/۷۶ دقت می‌تواند بین افراد بهنجار و سایکوتیک تمایز قائل شود. همچنین مشاهده شده است که این آزمون با ۰/۷۶ دقت می‌تواند افراد افسرده را از افراد سالم افتراق دهد. به علاوه همبستگی این آزمون با دیگر مقیاس‌های سلامت روان از جمله درجه‌بندی شادکامی یودگس (۰/۵۰) نشان‌دهنده اعتبار همگرایی این آزمون است (۱۷-۱۹).

جهت توصیف و طبقه‌بندی و تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از روش‌های آمار توصیفی شامل شاخص‌های میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی شامل تحلیل مانکووا^۳ استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌ها در گروه آزمایشی ۲۷/۳۰ سال و در گروه کنترل نیز ۲۶/۸۵ سال بود. همچنین انحراف استاندارد آن به ترتیب ۲/۳۶ و ۳/۴۰ بود (جدول ۱).

بهداشتی و نیز تحقیقات و مطالعات جمعیت عمومی کارایی خود را ثابت کرده است. این پرسشنامه روایی و پایایی بالایی دارد (۱۴). فرم ۳۶ عبارتی توسط واروشربون^۲ در سال ۱۹۹۲ در کشور آمریکا طراحی شد و روایی و پایایی آن در گروه‌های مختلف بیماران مورد بررسی قرار گرفته است (۱۵). مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارد. هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی سلامت وضعیت جسمانی و روانی است که به وسیله ترکیب نمرات حیطه‌های هشت‌گانه تشکیل‌دهنده سلامت به دست می‌آید. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که هشت حیطه مختلف سلامت را مورد ارزیابی قرار می‌دهد: ۱- سلامت عمومی، ۲- عملکرد جسمانی، ۳- محدودیت ایفای نقش به دلیل جسمانی، ۴- محدودیت ایفای نقش به دلیل عاطفی، ۵- درد بدنی، ۶- عملکرد اجتماعی، ۷- خستگی یا نشاط و ۸- سلامت روانی. روایی و پایایی این پرسشنامه را برای اولین بار در ایران منتظری و همکاران در سال ۲۰۰۷ در بین ۴۱۶۳ نفر در رده‌های سنی ۱۵ سال به بالا ارزیابی شد که بیشتر آن‌ها متأهل بودند. ضریب پایایی در هشت بعد از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ به‌غیر از سرزندگی که ۰/۶۵ بود. در مجموع یافته‌ها نشان می‌دهد که نسخه ایرانی این پرسشنامه با روایی و پایایی برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بین جمعیت عمومی ابزار مناسبی است. پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه صفر و بالاترین آن ۱۰۰ است (۱۶).

ب) مقیاس شادکامی مونس: مقیاس مونس به منظور اندازه‌گیری شادکامی طراحی شده است. با در نظر گرفتن دیدگاه‌های مختلف درباره سلامت روان‌شناختی و مقیاس‌های متنوعی که برای اندازه‌گیری آن ساخته شده است، کوزما و استونز در سال ۲۰۰۰ آزمون را ساختند که بیشتر بر مقدار و شدت احساسات مثبت و منفی تأکید می‌کند. هرکدام از این احساسات دو بعد کوتاه‌مدت و بلندمدت را در بر می‌گیرند. ماده‌های مربوط به بعد کوتاه‌مدت (۱۰ ماده) نشان‌دهنده جنبه حالتی (مثبت و منفی) و ماده‌های مربوط به بعد بلندمدت (۱۴ ماده) مربوط به بعد رگه‌ای (مثبت و منفی) است. هرکدام از جنبه‌های مثبت و منفی حالتی دارای ۵ سؤال و هرکدام از

3. MANCOVA

2. Varousherbon

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی سن شرکت‌کنندگان

گروه	تعداد	میانگین سنی	انحراف معیار	پایین‌ترین	بالا‌ترین
آزمایشی	۲۰	۲۷/۳۰	۲/۳۶	۲۴	۳۲
کنترل	۲۰	۲۶/۸۵	۳/۴۰	۲۰	۳۵
کل	۴۰	۲۷/۰۷	۲/۹۰	۲۰	۳۵

در بررسی شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری شادکامی گروه آزمایشی به ترتیب ۱۰/۲۰ (۱/۰۵)، ۱۹/۱۵ (۳/۰۴) و ۲۰/۳۵ (۲/۱۰) و کنترل به ترتیب ۱۰/۰۵ (۱/۵۳)، ۱۲/۱۵ (۲/۹۲) و ۱۰/۶۵ (۱/۳۰) به دست آمد (جدول ۲).

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیر شادکامی به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه	شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
شادکامی	آزمایش	میانگین	۱۰/۲۰	۱۹/۱۵	۲۰/۳۵
		انحراف معیار	۱/۰۵	۳/۰۴	۲/۱۰
	کنترل	میانگین	۱۰/۰۵	۱۲/۱۵	۱۰/۶۵
		انحراف معیار	۱/۵۳	۲/۹۲	۱/۳۰
	کل	میانگین	۱۰/۱۲	۱۵/۶۵	۱۵/۵۰
		انحراف معیار	۱/۳۰	۴/۶۱	۵/۲۰

همچنین میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری کیفیت زندگی گروه آزمایشی به ترتیب ۶۲/۴۵ (۷/۱۸۹)، ۱۱۰/۶۵ (۶/۶۴) و ۱۲۳/۶۰ (۷/۱۱۷) و کنترل به ترتیب ۶۶/۵۵ (۶/۵۹)، ۶۷/۴۰ (۶/۶۶) و ۶۷/۸۰ (۷/۲۰) است (جدول ۳).

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیر کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه	شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
کیفیت زندگی	آزمایش	میانگین	۶۲/۴۵	۱۱۰/۶۵	۱۲۳/۶۰
		انحراف معیار	۷/۱۸۹	۶/۶۴	۷/۱۷
	کنترل	میانگین	۶۶/۵۵	۶۷/۴۰	۶۷/۸۰
		انحراف معیار	۶/۵۹	۶/۶۶	۷/۲۰
	کل	میانگین	۶۴/۵۰	۸۹/۰۲	۹۵/۷۰
		انحراف معیار	۷/۴۷	۲۲/۸۶	۲۹/۱۳

در بررسی شاخص‌های توصیفی مربوط به مؤلفه‌های شادکامی و کیفیت زندگی کاهش نمره‌های به‌دست‌آمده در اثر مداخله

قابل مشاهده است.

به منظور بررسی معنادار بودن تفاوت میانگین‌های مشاهده شده در متغیر شادکامی و کیفیت زندگی در بین دو گروه آزمایش و کنترل پس از رعایت پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره از این آزمون استفاده شد. ابتدا آزمون معنادار بودن آنوا برای بررسی تأثیر روی متغیرها انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۱ ارائه شده است. چنان که در جدول ۴ مشاهده شده است، آزمون‌های معناداری آنوا در رابطه با عامل گروه‌بندی در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است.

جدول ۴. نتایج آزمون‌های معناداری آنوا برای اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۹۴	۲۹۲/۱۳	۲	۳۵	$p \leq 0/001$	۰/۹۴
لامبدای ویلکز	۰/۰۵	۲۹۲/۱۳	۲	۳۵	$p \leq 0/001$	۰/۹۴
اثر هاتلینگ	۱۶/۶۹	۲۹۲/۱۳	۲	۳۵	$p \leq 0/001$	۰/۹۴
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۶/۶۹	۲۹۲/۱۳	۲	۳۵	$p \leq 0/001$	۰/۹۴

برای شناسایی این که تفاوت مشاهده شده در کدام یک از متغیرها معنادار است، به تحلیل واریانس تک‌متغیره برای تحلیل هر متغیر به‌طور جداگانه پرداخته شد. نتایج این تحلیل در جدول ۵ ارائه شده است

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه با کنترل پیش‌آزمون‌ها

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
کیفیت زندگی	۱۸۴۹۴/۰۲	۱	۱۸۴۹۴/۰۲	۵۹۴/۷۲	$p \leq 0/001$	۰/۹۴
شادکامی	۴۳۳/۰۹	۱	۴۳۳/۰۹	۵۰/۸۵۹	$p \leq 0/001$	۰/۵۸

نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت دو گروه آزمایشی و کنترل در متغیر وابسته کیفیت زندگی ($F= 594/72$ ، $p \leq 0/001$) معنادار می‌باشد. بنابراین، می‌توان گفت که آموزش نظریه انتخاب در افراد ترک‌کننده مواد مخدر باعث بهبود کیفیت زندگی آنان می‌شود. همچنین نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت دو گروه آزمایشی و

کنترل در متغیر وابسته شادکامی ($F=50/859$ ، $p \leq 0/001$) معنادار می‌باشد. بنابراین، می‌توان گفت که آموزش نظریه انتخاب در افراد ترک‌کننده مواد مخدر باعث بهبود شادکامی می‌شود.

بحث

همان‌گونه که نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش نظریه انتخاب بر کیفیت زندگی افراد ترک‌کننده مواد مخدر تأثیر دارد ($F=573/05$ ، $p \leq 0/001$). به عبارت دیگر نظریه انتخاب بر روی کیفیت زندگی اثر مثبت می‌گذارد. در تبیین این یافته می‌توان گزارش داد که آموزش و یادگیری این نظریه به اختیار و آزادی شخصی ما در تمام جنبه‌های زندگی منتهی می‌شود و نور امید را در دل ما زنده نگه می‌دارد که ما: «برآیند نیروها و عوامل بیرونی نیستیم، ما قربانی گذشته خود نیستیم، ما بازپچه لایه‌های زیرین مغز و هورمون‌ها نیستیم. ما رفتار خود را انتخاب می‌کنیم و تاکنون نیز چنین کرده‌ایم» و عوامل بیرونی آن‌چنان که روان‌شناسی کنترل بیرونی محرک- پاسخ معتقد است نقش مهمی در سرنوشت و رفتارهای ما ندارند (۲۰). از آنجایی که نظریه انتخاب مفهوم منسجمی از رفتار انسان را آموزش می‌دهد و افراد را به سوی روان‌شناسی کنترل درونی و دست شستن از کنترل بیرونی دعوت می‌کند، بر اساس تجربه، زمانی که می‌توانیم باور خود مبنی بر کنترل بیرونی و اجبار را یک آگاهی و شناخت صحیح از انتخاب تبدیل کنیم، به‌خوبی در مسیر یک تغییر اثربخش و طولانی‌مدت قرار خواهیم گرفت. در اینجاست که به تمرکز بر گذشته و سرزنش رفتار و کردار دیگران پایان داده (که در واقع هیچ کنترلی هم بر آن نداریم) و آماده‌ایم که در اینجا و هم‌اکنون رفتارهای اثربخش‌تری که بر آن‌ها کنترل کافی نداریم را انتخاب کنیم (۲۱).

به‌طور کلی می‌توان گفت که آموزش نظریه انتخاب به افراد آسیب‌دیده که به علت و عوامل زیادی وابسته به مواد مخدر شده‌اند دریچه نوینی از زندگی را می‌گشاید و آموزش‌های جدیدی از زندگی و خودشناسی را به آن‌ها می‌آموزد که می‌تواند در بالا بردن کیفیت زندگی آن‌ها مؤثر باشد.

در بررسی پژوهش مبنی بر این‌که آموزش نظریه انتخاب باعث افزایش میزان شادکامی در ترک‌کنندگان مواد

مخدر خواهد شد. نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثربخشی آموزش نظریه انتخاب بر شادکامی افراد مصرف‌کننده است ($F=50/859$ ، $p \leq 0/001$). به عبارت دیگر، آموزش نظریه انتخاب باعث افزایش شادکامی افراد ترک‌کننده مواد می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت مطمئناً شادکامی همیشه جزء اهداف بزرگ بشر بوده است و همگان برای رسیدن به آن در تلاش هستند.

شادکامی به بهزیستی ذهنی گفته می‌شود؛ یعنی درک کلی فرد از رضایتش نسبت به زندگی (۲۲). ما با آموزش نظریه انتخاب به افراد آسیب‌دیده از اعتیاد کمک می‌کنیم تا خود را قربانی شرایط و افراد ندانند. از نظر روانشناسان افراد شادکام افراد سالم‌تر و رشدیافته‌تری هستند. آن‌ها با شادکامی به‌سوی اهدافشان حرکت می‌کنند و احساس رضایت و علاقه بیشتری به خود و دیگران دارند (۲۳).

با یادگیری نظریه انتخاب می‌آموزیم که «این ما هستیم که رفتار خود را انتخاب می‌کنیم». با این آموزه دیگر خود را قربانی نیروها و افراد بیرونی ندانسته و می‌توانیم به سمت یک نگرش بسیار قدرتمند به جهان هستی حرکت کنیم. گلاسر این نگرش را با «داشتن یک زندگی تحت کنترل خود»، «شادکامی» و «برخوردار بودن از سلامت روان» مرتبط می‌داند (۲۴).

از آنجایی که رسیدن به شادکامی هنر مهمی در زندگی تلقی می‌شود و افراد معتاد در فرایند اعتیاد از شادکامی بسیار کمی برخوردار هستند و همچنین پس از ترک مواد مخدر شادکامی آن‌ها به‌شدت کاهش می‌یابد، لذا لزوم آموزش‌هایی جهت دستیابی به میزانی از شادکامی در این افراد ضروری احساس می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر میتوان به روش نمونه‌گیری در دسترس اشاره نمود که متأسفانه فقط یکی از مراکز خصوصی اجازه آموزش نظریه انتخاب به بیماران را دادند. جامعه آماری این پژوهش فقط مردان بودند، لذا قابل‌تعمیم به جامعه زنان نیست. به علت جدید بودن این پژوهش پیشینه‌های مرتبط کمی در اختیار بود. پیشنهاد می‌شود برای برنامه‌ریزی‌های گسترده و علمی پژوهش حاضر در نقاط مختلف و با نمونه‌های مختلف تکرار شود.

نتیجه‌گیری: به طور کلی نتایج این پژوهش نشان دهنده این است که کاربرد آموزه‌های نظریه انتخاب در افراد ترک

9. Salehi M, Rostami E. Quality of life and its meaning. Seminar on Quality of Life in Tehran 2011.
10. Blanch O, darid G. money,sex and happiness: an empirical study. *scsndinsrian jornal economics* 2003;vol.85:930-943.
11. Arjil M. The Psychology of Happiness, translated by M. Kalantari et al, Isfahan, jahad daneshgahi 2004;26-29.
12. Eysenck M. The Psychology of Happiness, translated by M. Firoozbakht and Ser. Begay. Tehran 2004.
13. Alipour A, Noorbala AA, Aegee J, Motieeian H. Happiness and immune function, *Journal of Psychology* 1999;4(3):220-233.
14. Felce D, perry J. assesment of quality of life, in: R.L.SHALOCK(ED), quality of life: volume: conceptualization and measurement. Washington AAMR 1993;63-72.
15. Orley J. WHO Meeting on quality of life: development of the WHOQOL instrument. *Quality of Life News* 1992.
16. Montazeri A, Goshtasb A, Vahdany M, translation Farsi to determine the reliability and validity of the questionnaire sf-36 2006;5;49-56.
17. Garrissi farshi M, Mani A, bakhshi Pour A. examined the relationship between personality traits and happiness among students of Tabriz University 2007;1(1)173-98.
18. Maki A, The Relationship Between Spirituality And Successful Again Among Older Minority Women, A Dissertation submitted to the Department of Educational Psychology and Learning Systems, The Florida State University College of Education 2005.
19. Walls-Ingram Sh. Resident Quality Of Life And Routinization In Rural Long Term Care Facilities, A Thesis submitted to the college of Graduate studies and Research, University of Saskatchewan, Saskatoon 2006.
20. Glasser W, Choice theory and the New Psychology of Personal Freedom. Translated by M.

کننده مواد مخدر باعث افزایش میزان شادکامی و کیفیت زندگی آنها خواهد شد لذا با توجه به این امر که افراد ترک کننده مواد مخدر نیاز به افزایش سطح شادکامی و احساس رضایت و علاقه بیشتری به خود و دیگران دارند، همچنین بر اثر پیامدهای ناشی از اعتیاد سطح کیفیت زندگی آنها کاسته شده لذا آموزش این نظریه جهت بالا بردن سطح شادکامی و کیفیت زندگی این افراد ضروری به نظر میرسد.

سپاسگزاری

در پایان از کلیه افرادی که بعد از ترک مواد مخدر ما را در این پژوهش یاری کردند همچنین آقای دکتر مربی و خانم منفرد پویا که نهایت همکاری را در تشکیل جلسات گروهی مبذول داشتند تشکر و قدر دانی می نمایم.

References

1. Prvchaska J, Avjymz, Nvrkras J. Theories of Psychotherapy translation of Sayyed Mohammad Yahya. Tehran, emissions growth 2007;425.
2. Glaser W, Choice Theory, Introduction to Psychology hope. Translator Ali Sahebi. Publications sayeye sokhan 2011;12-15.
3. miri Ashtiani E, Sociology addiction in Iran today 2007;17.
4. Nasiri M. Substance abuse and its relationship to urban jobs. *Tarbiat Modarres University, African Studies Center* 2004;18(3):91-104.
5. Gyakvmvzy, colleagues. international cooperation in the fight against drugs, Islamic Azad University Publication Center 2012.
6. Darwish E. contribution rate effect on quality of life and life expectancy, happiness teachers, M.Sc. Thesis, Tehran Azad University 1391; 6-7.
7. camilleri J, steele R. j. c. quality of life a er treatment for rectal cancer, *bri sh journal of surgery society ltd* 2003 ;vol 85:1036-1043.
8. Ellis A. by Albert Ellis consult, translate by Firoozbakht Tehran: Rasa 2010;135-37.

Firoozbakht 2003.

21.Glasser W.Reality Therapy, translated by Ali Sahebi, publishing sayeye sokhan 2012.

22.Lybomirsky S. Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in wellbeing. American Psychologist 2000;3(56):239-49.

23.Chlara MA. Multidimensional optimism and well-being: A prospective study of multiple consents of optimism as protective factor following high stress. Doctoral dissertation.Temple University, Philadelphia 2002.

24.Glasser W,Reality Therapy, translated by Ali Sahebi, publishing sayeye sokhan2012;129.