

Effectiveness of Group Hope Therapy on Quality of life and Resilience in Addicted Women

Zeynab Dehghani (MSc)¹, Anahita Khodabakhshi Koolae (PhD)^{2,*}

¹ Department of Counseling, Faculty of Humanities, Science and Research Center, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Department of Psychology and Educational Sciences, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Anahita Khodabakhshi-koolae, Department of Psychology and Educational Sciences, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran. Email: a.khodabakhshid@khatam.ac.ir

Abstract

Received: 29/04/2017

Accepted: 18/06/2017

How to Cite this Article:

Dehghani Z, Khodabakhshi Koolae A. Effectiveness of Group Hope Therapy on Quality of life and Resilience in Addicted Women. *J Educ Community Health*. 2017; 4(1): 28-34. DOI: 10.18869/acadpub.jech.4.1.28

Background and Objective: Hope therapy as a positive psychological intervention can be helpful in reducing the psychological problems in addicted people. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of group hope therapy on quality of life and resilience in addicted women.

Materials and Methods: This semi-experimental study was conducted on 30 addicted women who referred to the Rehabilitation Center of Varavard, Tehran, Iran, using the pretest-posttest design and a control group. The participants were divided into experimental and control groups based on the obtained scores regarding the quality of life and resilience. The data were collected using the World Health Organization Quality of Life and Connor-Davidson Resilience Scale. Data analysis was performed by analysis of covariance in SPSS, version 20.

Results: According to the results, the mean quality of life ($F=54.42$, $P<0.01$) and resilience ($F=7.02$, $P<0.01$) significantly increased in the intervention group at the posttest stage. Nonetheless, no significant difference was observed in the control group in this regard.

Conclusion: As the findings indicated, group hope therapy could improve the quality of life and resilience in the addicted women. In addition, this therapy could enforce the addicted people to achieve the positive self-concept and actualize their positive potential ability. Consequently, the mental health professionals are recommended to use this intervention along with other pharmaceutical and non-pharmaceutical therapies to improve the quality of life and resilience in the addicted women.

Keywords: Addictive Behavior; Hope Therapy; Quality of Life; Resilience; Women

اثربخشی امیددرمانی گروهی بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری زنان معتاد

زینب دهقانی^۱، آناهیتا خدابخشی کولائی^{۲*}

^۱ کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ دکترای تخصصی، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: آناهیتا خدابخشی کولائی، گروه روانشناسی و علوم تربیتی تهران، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران.

ایمیل: a.khodabakhshid@khatam.ac.ir

چکیده

سابقه و هدف: پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهند که امید درمانی می‌تواند به‌عنوان مداخله روان‌شناسی مثبت‌گرا به کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد کمک نماید؛ بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش امیددرمانی گروهی بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری زنان معتاد انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود که با مشارکت ۳۰ زن معتاد از کمپ شهرک وردآورد تهران انجام شد. در این مطالعه افراد مورد بررسی به‌طور تصادفی و براساس کسب نمره پایین در کیفیت زندگی و تاب‌آوری انتخاب و به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. گفتنی است داده‌ها نیز با استفاده از پرسشنامه‌های کیفیت زندگی فرم کوتاه (QOL: Quality of Life) و تاب‌آوری Davidson و Connor (CD-RISC: Connor-Davidson Resilience Scal) جمع‌آوری گردید. همچنین این داده‌ها با استفاده از روش آماری کوواریانس در نرم‌افزار SPSS 20 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: براساس نتایج این مطالعه، میانگین نمرات کیفیت زندگی ($F=54/42, P<0/01$) و تاب‌آوری ($F=7/02, P<0/01$) در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمون افزایش معناداری را نشان داد؛ اما این تغییرات در گروه کنترل معنادار نبود.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این مطالعه می‌توان گفت که آموزش امیددرمانی گروهی سبب افزایش امید و کیفیت زندگی در زنان معتاد و همچنین افزایش حرمت، خودپنداره مثبت و تقویت و تشویق برای بالفعل‌درآوردن توانایی‌های بالقوه مثبت در فرد می‌شود؛ بنابراین به درمانگران و متخصصان بهداشت روانی توصیه می‌شود که از این مداخله در کنار سایر درمان‌های دارویی و غیردارویی برای ارتقای سطح کیفیت زندگی و تاب‌آوری در برابر استرس زنان معتاد استفاده نمایند.

واژگان کلیدی: امید درمانی؛ تاب‌آوری؛ رفتارهای اعتیادآور؛ زنان؛ کیفیت زندگی

مقدمه

امروزه پدیده وابستگی و سوء مصرف مواد افیونی از معضلات بزرگ در جهان است که پس از بحران هسته‌ای، افزایش جمعیت و آلودگی محیط زیست، چهارمین بحران در جهان می‌باشد [۱]. یکی از مسائلی که طی چند دهه اخیر جامعه بشری را گرفتار کرده است، مصرف مواد مخدر می‌باشد. با وجود اینکه تصور می‌شود مصرف مواد پدیده‌ای مردانه است؛ اما در دهه گذشته تعداد مصرف‌کنندگان زن رو به افزایش بوده‌اند. اگرچه آمار دقیقی از مصرف مواد مخدر توسط زنان در ایران در دسترس نمی‌باشد؛ اما برخی از پژوهش‌ها مصرف ۹/۶ درصدی را در این گروه نشان می‌دهند، یعنی به ازای هر ۸ مرد یک زن درگیر مصرف مواد مخدر می‌باشد [۲].

مخدر، بیشترین معضلات و مشکلات جسمانی، اجتماعی و روانی دیگر را به‌عنوان گروه آسیب‌پذیر خواهند داشت. ازجمله این معضلات می‌توان به تن‌فروشی و کیفیت پایین زندگی [۳]، رعایت‌نکردن رفتارهای بهداشتی، سوء تغذیه [۴]، سرقت، مشکلات زناشویی و کیفیت پایین خواب اشاره کرد [۵]. اعتیاد متأثر از تعامل عوامل زیست‌شناسی، اجتماعی، روانشناختی و فرهنگی می‌باشد و میزان بالای همبستگی این بیماری با اختلالات روانپزشکی همچون: افسردگی، اضطراب و اختلالات شخصیت، تأثیرات شدیدی بر کیفیت زندگی و سلامت بیماران بر جای می‌گذارد [۶-۸].

گفتنی است کیفیت زندگی سازه‌ای است که از نیمه دوم قرن بیستم مورد توجه نظریه‌پردازان شاخه‌های مختلف علوم

نسبت به انسان و توانمندی‌های اوست؛ بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری زنان معتاد انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش تمام زنان معتاد کمپ شهرک وردآورد تهران در سال ۱۳۹۴ بودند که به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. گفتنی است در ابتدا، ۶۵ نفر برگزیده شدند و از بین این افراد، ۴۰ نفر که نمرات پایینی در پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و تاب‌آوری داشتند، وارد این مطالعه شدند. در ادامه، افراد به‌طور تصادفی به دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم گردیدند (شکل ۱). معیارهای ورود به این پژوهش شامل رضایت آگاهانه فرد از حضور در دوره، سن ۲۰ تا ۳۵ سال در زنان، داشتن مدرک دیپلم یا سطحی از سواد که بتواند مداخله‌ها را درک کند، تکالیف خانگی مربوط را بنویسد و گزارش کتبی از آن ارائه نماید و نداشتن بیماری جسمانی و روانی حاد بود. همچنین در این پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمانی و شرکت همزمان در یک برنامه درمانی یا آموزش روانی دیگر، به‌عنوان معیار خروج از پژوهش تعیین شده بود. در انجام این پژوهش، ملاحظات اخلاقی ازجمله: محرمانگی پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه و خروج داوطلبانه شرکت‌کنندگان از پژوهش رعایت گردید.

گفتنی است برای شرکت‌کنندگان گروه آزمون براساس پروتکل‌های موجود، ۸ جلسه دوره آموزشی مؤلفه‌های امید درمانی گروهی [۱۸] به مدت ۹۰ دقیقه طی ۲ ماه در محل کمپ برگزار گردید (جدول ۱). شرکت‌کنندگان گروه کنترل در این مدت هیچ آموزشی دریافت نکردند و یک هفته پس از اتمام جلسات از اعضای هر دو گروه خواسته شد تا پرسشنامه‌های پس‌آزمون را تکمیل نمایند.

در این مطالعه داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL: World Health Organization Quality of life) و تاب‌آوری Connor و Davidson (CD-RISC: Connor-Davidson Resilience) جمع‌آوری گردید. گفتنی است برای سنجش کیفیت زندگی از فرم کوتاه ۲۶ سؤالی پرسشنامه سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-26) استفاده شد. این فرم شامل ۲۶ سؤال و ۴ خرده مقیاس سلامت جسمانی (۷ سؤال)، سلامت روانی (۶ سؤال)، روابط اجتماعی (۵ سؤال) و سلامت محیط (۸ سؤال) است که در مجموع، کیفیت زندگی کلی و سطوح سلامت عمومی را در بر می‌گیرد. همچنین نمره‌گذاری سؤالات در مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (اصلاً کم، در حد متوسط، زیاد، خیلی زیاد) می‌باشد. این پرسشنامه در مطالعات داخلی، روایی

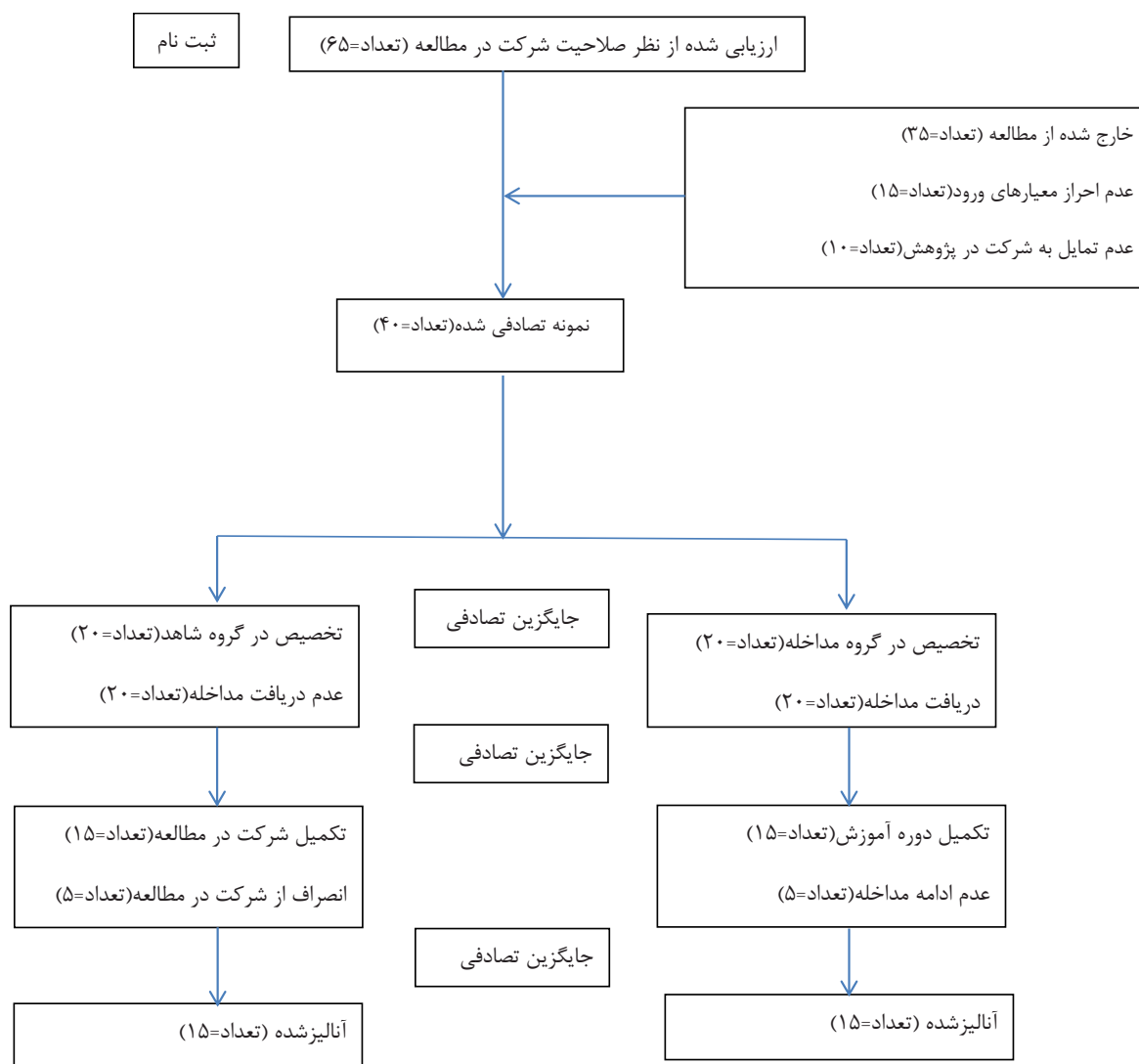
اجتماعی، مطالعات توسعه و مدیران و کارگزاران سیاست اجتماعی قرار گرفته است. گفتنی است توجه به این سازه تحت تأثیر آشکارشدن پیامدهای منفی حاصل از فرآیند صنعتی‌شدن سیاست‌های متمرکز بر رشد اقتصادی و تحول در رویکردهای نظری و سیاست‌های عملی توسعه بوده است. امروزه کیفیت زندگی در بین تمامی افراد به شکل‌های متفاوت و مختلف تسری یافته است. این پدیده را با ارزش‌های مثبتی همچون: شادی، موفقیت، سلامتی و رضایتمندی مرتبط دانسته‌اند و آن را مفهومی معرفی نموده‌اند که بر درک افراد از اثراتی که حوادث یا تجربیات بر زندگی‌شان می‌گذارد بنا شده است. این پدیده میزان رضایتمندی را در حوزه‌های اساسی زندگی افراد یا در ابعادی که برای آن‌ها تصور می‌شود نشان می‌دهد [۹]. در پژوهش‌ها به‌طور آشکار مشاهده شده است که مصرف مواد سبب کاهش کیفیت زندگی افراد معتاد می‌شود [۱۰، ۱۱].

از طرف دیگر ذکر این نکته لازم است که تاب‌آوری افراد باعث سازگاری مؤثر با عوامل خطر می‌شود. همچنین نتایج پژوهش‌های انجام‌شده نشان داد که برخی از افراد تاب‌آور، پس از رؤیاری با موقعیت‌های دشوار زندگی دوباره به سطح معمولی عملکرد خود باز می‌گردند و حتی عملکرد برخی از افراد پس از رویاری با ناکامی‌ها و مصیبت‌ها، نسبت به گذشته ارتقا می‌یابد [۱۲].

با افزایش تاب‌آوری در برابر سوء مصرف مواد، می‌توان از گرایش به اعتیاد به‌طور مؤثر پیشگیری کرد و از هزینه‌ها و بار این آسیب کاست و زمینه ایجاد محیطی سالم را فراهم نمود که در سایه آن، توسعه پایدار صورت گیرد. بر این اساس هرچه شناخت افراد از فرآیند تاب‌آوری بیشتر شود، برنامه‌ها به‌صورت پیشگیرانه، هدفمند و مؤثرتر می‌توانند سبب افزایش سطح کیفی زندگی و امید به بهبودی در افراد شوند [۱۳].

امروزه برای درمان افراد معتاد از مداخله‌های روان‌شناختی متعددی استفاده می‌شود، با وجود این در درمان‌های روان‌شناختی از دیدگاه‌های روان‌شناسی مثبت همچون امید درمانی کمتر استفاده شده است [۲]. امید درمانی از نظریه امید Schneider گرفته شده است و ریشه در درمان‌های شناختی-رفتاری، راه‌حل مدار و درمان داستانی یا روایتی دارد [۱۴]. در ابتدا از این درمان بیشتر در گروه‌های بالینی دیگر به‌ویژه مبتلایان به سرطان استفاده می‌شد [۱۵]. امید درمانی یکی از سازه‌های کارآمد و مهم در روان‌شناسی است [۱۶]. این درمان بر تغییر در سطوح شناختی و تفکر راه حل محور متمرکز است [۱۷]. مطالعات نشان داده‌اند که امید ارتباط بسیار نزدیکی با خوش‌بینی، احساس کنترل و انگیزه دستیابی به اهداف شخصی دارد [۱۲].

با توجه به اندک‌بودن مطالعات انجام‌شده در حیطه اعتیاد و نیاز زنان معتاد به حمایت‌های روان‌شناختی، اجتماعی و عاطفی و نظر به اینکه امیددرمانی راهگشای شیوه‌ای نوین و مثبت‌نگر



شکل ۱: فلوچارت نحوه انتخاب شرکت کنندگان گروه آزمون و کنترل و فرآیند مداخله

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش مبانی امید درمانی در بین شرکت کنندگان گروه آزمون

جلسه	موضوع جلسه	هدف	روش
اول	آشنایی، بیان قوانین کار و گروه	برقراری رابطه و آموزش خوب گوش دادن	استفاده از روش معارفه دو نفره، روش بحث و گفتگو
دوم	معرفی مبانی امید	بررسی مبانی امید در زندگی	باورهای غیر منطقی، استفاده از جملات امیدبخش و تکالیف زندگی
سوم	یافتن امید در زنان	کمک به زنان برای درک مؤلفه‌های امید	مصاحبه مبتنی بر امید و نوشتن نمونه‌ای از زندگی خود
چهارم	امیدافزایی	خلق روش‌های روشن حل مسأله	روش استفاده از داستان زندگی
پنجم	تقویت و ایجاد قدرت	تعیین اهداف درمانی امیدبخش	آشنایی با روش هدف‌گزینی Seligman
ششم	قدرت اراده	بایدها و نبایدها	فن جستجوی داستان‌های امیدوارانه
هفتم	اطمینان‌بخشی برای رفع مشکلات	حفظ امید در زنان	کاربرد چرخه آگاهی
هشتم	پایان‌دهی به آموزش امید	جمع‌بندی و مرور آموخته‌ها	تکلیف نگارش خودگویی‌های مثبت

تاب‌آوری را در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت می‌سنجد. هر عبارت براساس یک مقیاس لیکرت بین ۱ (کاملاً نادرست) و ۵ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمره‌گذاری آن ۱۲۵-۲۵ است. گفتنی است این پرسشنامه در مطالعه محمدی و همکاران برای استفاده در ایران انطباق یافته و پایایی آن با روش همسانی

و پایایی مطلوبی داشته و در پژوهش نجات و همکاران ضریب همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۷۰ گزارش شده است [۱۹]. درخور ذکر است در این پژوهش برای اندازه‌گیری تاب‌آوری در برابر استرس از پرسشنامه تاب‌آوری Davidson و Connor استفاده گردید. این مقیاس، دارای ۲۵ گویه است و سازه

گزارش شده است. میزان همگنی واریانس‌ها نیز با استفاده از شیب خطوط رگرسیون نمرات کیفیت زندگی ($P > 0.05$)، $F = 0.36$ و تاب‌آوری ($F = 0.15$, $P > 0.05$) در دو گروه تعیین گردید. براساس نتایج آزمون Levene، واریانس نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی و تاب‌آوری در دو گروه کنترل و آزمون همگون بود. همچنین با توجه به معناداری اثرات پیلاهی و ویلکس لامبدا (Wilks Lambda) برای متغیر مستقل (گروه)، عمل آزمایشی بر متغیرهای وابسته اثر معناداری داشته است ($P < 0.01$). براساس این یافته‌ها مشاهده شد که تفاوت‌های موجود بین میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمون، تنها نتیجه خطا نبوده‌اند. همچنین تأثیر امید درمانی گروهی در این یافته‌ها مشاهده گردید. مجذور اتای سهمی برای اثر گروه (0/61) نشان‌دهنده تأثیر قابل توجه امید درمانی به شیوه گروهی بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری زنان معنادار است.

در جدول ۴، نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری ارائه شده است که مقادیر F برای اثر متغیر مستقل (گروه) بر کیفیت زندگی ($F = 54.42$, $P < 0.01$) و تاب‌آوری ($F = 7.02$, $P < 0.01$) به لحاظ آماری معنادار است. گفتنی است امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری تأثیری قابل توجه دارد. با مقایسه میانگین‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون معلوم شد که در گروه آزمون، نمره کیفیت زندگی و تاب‌آوری پس از امید درمانی گروهی افزایش معناداری داشته است.

درونی 0/89 و روایی آن به شیوه تحلیل عاملی برابر 0/87 گزارش گردید [20].

در این مطالعه داده‌ها با استفاده از آزمون آماری کوواریانس چند متغیری (MANCOVA: Multivariate Analysis of Covariance) و در نرم‌افزار SPSS 20 تجزیه و تحلیل شد. گفتنی است برای بررسی فرضیه پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. همچنین به منظور اطمینان از برقراری پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره از آزمون Kolmogorov-Smirnov برای بررسی نرمالیتی، استفاده شد.

یافته‌ها

براساس یافته‌های به‌دست آمده، میانگین سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش، 33/34 سال با انحراف معیار 3/5 بود. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل کیفیت زندگی و تاب‌آوری در جدول ۲ ارائه شده است. با توجه به این جدول مشخص شد که در گروه آزمون، نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی و تاب‌آوری نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است. همچنین مقایسه شهودی تغییر نمرات پس‌آزمون - پیش‌آزمون دو گروه نشان می‌دهد که تغییرات در گروه آزمون چشمگیرتر بوده است.

یافته‌های مربوط به تحلیل کوواریانس چند متغیری برای بررسی اثر عمل آزمایشی بر متغیرهای وابسته در جدول ۳

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمره کیفیت زندگی و تاب‌آوری در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین نمره	بیشترین نمره	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	35/50	6/93	27	50	51/81	8/20
تاب‌آوری	36/68	6/74	28	53	38/31	5/37

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری کیفیت زندگی و تاب‌آوری

اثر	ارزش F	df مفروض	df خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون کیفیت زندگی	10/90	2	25	<0/001	0/76
پیش‌آزمون تاب‌آوری	3/14	2	25	0/035	0/48
گروه (متغیر مستقل)	5/27	2	25	<0/001	0/61

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری کیفیت زندگی و تاب‌آوری

منبع اثر	SS	df	MS	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	110/55	1	110/55	42/54	<0/001	0/72
	459/59	1	459/59	7/02	<0/001	0/21

بحث

درستی در تاب‌آوری می‌باشد. در واقع، به نظر می‌رسد که میزان امید در سطح تاب‌آوری افراد نقشی مهم و تعیین‌کننده دارد؛ بنابراین افرادی که آموزش امید دریافت کردند، ظرفیت تاب‌آوری و اعتماد به نفس بالاتر و سازگاری روان‌شناختی بهتری دارند و با اطمینان بیشتری می‌توانند بر مشکلات غلبه کنند [۲۹].

یکی از محدودیت‌های این پژوهش که در بیشتر پژوهش‌های آزمایشی مشاهده شده است، تعداد کم آزمودنی‌ها بود. این موضوع تعمیم نتایج را تا حدی مشکل می‌کند. همچنین امکان پذیر نبودن هم‌تکرار شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل با توجه به نوع نگرش نسبت به مصرف مواد قبل از اجرای برنامه مداخله‌ای، امکان مطالعات پیگیری و استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی می‌باشد. گفتنی است امکان پاسخ‌های غیرواقعی و تحریف‌شده توسط آزمودنی در آن وجود دارد. با توجه به اهمیت نقش زن در خانواده و تأثیر آن بر سلامت خانواده و جامعه و از سوی دیگر، به دلیل افزایش مشکلات اعتیاد در زنان، توجه خاص به این گروه آسیب‌دیده حائز اهمیت می‌باشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی با نمونه‌های بیشتر روی زنان و مردان، نتایج به جوامع بزرگتر فرستاده شود. همچنین برای بررسی اثربخشی درمان، پیگیری طولانی‌مدت صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش گروهی امید درمانی بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری زنان معتاد مؤثر بوده است. اگرچه تاب‌آوری تا حدی تابع ویژگی‌های شخصیتی و نیز تجربه‌های محیطی افراد است؛ با وجود این، روان‌درمانگران و متخصصان سلامت روانی می‌توانند از مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا همچون: امید درمانی به‌صورت گروهی برای رویارویی با وقایع ناخوشایند در زندگی و ارتقای کیفیت زندگی زنان معتاد در کلینیک‌ها و مراکز ترک اعتیاد در کنار درمان‌های دیگر استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی نویسنده اول با کد مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران به شماره ۹۲۰۰۹۹۵۲۳ می‌باشد. نویسندگان این مطالعه از شرکت‌کنندگان در پژوهش و همچنین از مدیران و مسئولان محترم مرکز کمپ ترک اعتیاد شهرک وردآورد، مرکز آموزش امید و سازمان بهزیستی شهر تهران که در انجام این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری زنان معتاد انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری زنان معتاد در گروه آزمون مؤثر بوده است. گفتنی است یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج برخی مطالعات انجام‌شده درباره اثربخشی گروه درمانی بر سایر متغیرهای روان‌شناختی همسو می‌باشد. نتایج یک پژوهش که به‌منظور بررسی اثربخشی امید درمانی گروهی بر تصویر بدنی و رضایت جنسی مردان انجام شد، نشان داد که تصویر بدنی مردان و رضایت جنسی آن‌ها بعد از انجام مداخله‌های درمانی بهتر شد [۲۱]. نتایج دیگر مطالعات نیز نشان داد که امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و کاهش نشانه‌های افسردگی در بیماران مصرف‌کننده متادون مؤثر بوده است [۲۵-۲۲]؛ بنابراین در تبیین این یافته می‌توان گفت که در مشاوره گروهی بر پایه امید درمانی به مراجعان آموزش داده می‌شود تا اهداف مهم و قابلیت دستیابی به آن‌ها را در نظر بگیرند. گفتنی است داشتن هدف و امید به دستیابی آن، به زندگی فرد معنا می‌بخشد و او را در مسیر خاصی قرار می‌دهد. همچنین فرد یاد می‌گیرد به جای تمرکز بر تفکرات تکراری و موهوم، به هدفی خاص و در دسترس بیندیشد. گفتنی است کیفیت زندگی مفهومی پیچیده، کلی و چندجانبه است که علاوه بر برداشت ذهنی فرد، به شرایط جسمانی و اجتماعی او نیز بستگی دارد [۲۶، ۲۱]. از این رو، به نظر می‌رسد که برای بهبود اعتیاد لازم است مداخله طولانی‌مدت و همه‌جانبه صورت گیرد که نه تنها بر جنبه روانی بیمار؛ بلکه بر ابعاد جسمانی، اجتماعی و محیطی نیز متمرکز باشد. این امر به نوبه خود می‌تواند در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی زنان معتاد نقش داشته باشد.

از سوی دیگر، امید و تاب‌آوری نیز با یکدیگر مرتبط هستند؛ به این صورت که آموزش امید درمانی گروهی بر تاب‌آوری نیز تأثیرگذار می‌باشد. گفتنی است این پژوهش‌ها در سایر گروه‌های بالینی انجام شده است؛ به‌عنوان مثال، نتایج این مطالعه نشان داد که امید درمانی گروهی بر تاب‌آوری و معناجویی مادران دارای کودک معلول جسمی- حرکتی مؤثر بوده است [۱۸]. امید درمانی با حفظ کردن عاطفه منفی در سطح پایین، فایده‌حیاتی برای افراد دارد و سبب بهبود سازگاری فرد می‌شود. همچنین یک ارتباط پویا بین امید، استرس و هیجان‌ها وجود دارد که در افراد با امید بالا، استرس‌ها تقلیل می‌یابد؛ بنابراین آن‌ها نیز به شیوه‌ای بهتر از مشکلات هیجانی رهایی می‌یابند و در نتیجه، رضایت آن‌ها از زندگی افزایش می‌یابد [۲۸، ۲۷]. براساس یافته‌های به‌دست آمده می‌توان اظهار داشت که امید پیش‌بینی‌کننده خوب و

REFERENCES

- Farhadinasab AA, Mani KK. Substitution therapy with methadone and evaluation of depression in drug users in Hamadan. *J Ilam Uni Med Sci*. 2008;16(2):44-50. [Persian]
- Behzad S, Khodabakhshi Koolae A, Taghvaei D. The

comparison of body image, quality of sleep and marital satisfaction among substance abuser and non-substance abuser women. *Community Health*. 2016;3(1):31-40. [Persian]

3. Khodabakhshi Koolae A, Damirchi F. Comparison of health-promoting lifestyle between prostitute women drug users and non-prostitute women drug users: a case-control study in Tehran. *Nurs J Vulnerable*. 2016;3(7):59-71. [Persian]
4. Khodabakhshi Koolae A, Damirchi F. Comparing quality of life among female sex workers with and without addiction. *J Clin Cent Nurs Care*. 2016;2(4):201-6.
5. Najari F. Investigation of addiction in referred addicted women to withdrawal centers of Tehran. *J Med Council Iran*. 2006;25(4):457-63. [Persian]
6. March JC, Oviedo-Joekes E, Romero M. Drugs and social exclusion in ten European cities. *Eur Addict Res*. 2006;12(1):33-41. PMID: 16352901 DOI: 10.1159/000088581
7. Rogne Gjeruldsen S, Myrvang B, Opjordsmoen S. Criminality in drug addicts: a follow-up study over 25 years. *Eur Addict Res*. 2004;10(2):49-55. PMID: 15004447 DOI: 10.1159/000076113
8. Narenjiha A. Harm reduction centers role in Tehran in addict's personal and social improvement. Tehran: Daryush Institute; 2004. [Persian]
9. Ghafari G, Omid R. Quality of life of social development index. Tehran: Shirazeh; 2009. [Persian]
10. Bizzairi J, Rucci P, Vallotta A, Gilrelli M, Scandolari A, Zerbetto E. et al. Dual diagnosis and quality of life in patient in treatment for opioid dependence. *Subst Use Misuse*. 2005;40(12):1765-76. PMID: 16419555
11. Shahmohamadi A, Drvyzh Z, Purshahryary MS. Effectiveness of communication skills training increase marital spouses and prevention of drug addicts to man in Tehran. *Quart Addic Stud*. 2009;2(7):3-28. [Persian]
12. Emamipoor S, Shams Asfandabad H, Sadrasadat J, Nadery S. Comparison of psycho-logical differences, quality of life in four men addicted suffering AIDS, non-addicted patients with AIDS, AIDS patients and healthy unwonted. *J Med Sci Univ City*. 2009;10(1):69-77.
13. Kyani S. The relationship between emotional intelligence, resiliency and social compatibility to explain the mental health model in the students of Shahed University. [PhD Dissertation]. Tehran: Allameh Tabataba'i University; 2010.
14. Sharifian Sani M, Rafiee H, Mohamadi F, Ghasemzade D. Exploring the resiliency process of teenagers and youths against substance abuse. *Soc Welfare Quart*. 2012; 12(45):481-518. [Persian]
15. Snyder CR. Handbook of hope: theory, measures, and applications. Massachusetts: Academic Press; 2000.
16. Bijari H, Ganbari H, Aghamohammadiyan Sharbaf M. An investigation of effectiveness in increasing of life expectancy of women with breast cancer. *Psychol Educ Stud Magazine Univ Ferdowsi*. 2009;10(6):172-83.
17. Bahari F. Foundation of hope and hope therapy. Tehran: Danje; 2012. [Persian]
18. Khodabakhshi Koolae A, Derakhshandeh M. Effectiveness of hope-oriented group therapy on life meaning and resilience in mothers with physical-motor disabled children. *Iran J Pediatr Nurs*. 2015;1(3):15-25. [Persian]
19. Nejat SA, Montazeri A, Holakouie Nairani K, Mohammad KA, Majdzadeh SR. The world health organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: translation and validation study of the Iranian version. *J Sch Public Health Instit Public Health Res*. 2006;4(4):1-12. [Persian]
20. Mohammadi M. The reliability and validity of Connor-Davidson resilience scale (CDRISC) in Iran. [PhD Thesis]. Tehran, Iran: Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Science; 2005. [Persian]
21. Khodabakhshi Koolae A, Eslami M. The effectiveness of hope group therapy on body image and sexual satisfaction in addicted men: a randomized controlled randomized clinical trial study. *Community Health*. 2017;4(1):24-33. [Persian]
22. Gable SL, Haidt J. What (and why) is positive psychology? *Rev General Psychol*. 2005;9(2):103. DOI:10.1037/1089-2680.9.2.103
23. Alaeddini Z, Kajbaf MB, Molavi H. The effects of group hope-therapy on mental health of female students in Isfahan University. *Res Psychol Health*. 2008;1(4):67-76. [Persian]
24. Raesian AS, Golzari M, Borjali A. Effectiveness of hope therapy on reducing depressive symptoms and preventing of relapse in cure-seeker women with dependency to narcotic drugs. *Res Addict*. 2011;5(17):21-40.
25. Sotodehasl N, Sabet EM, Bigdeli I. The effectiveness of hope therapy on quality of life in drug-dependent patients under treatment with methadone. *J Clin Psychol*. 2016;8(1):51-9. [Persian]
26. Ong AD, Edwards LM, Bergeman CS. Hope as a source of resilience in later adulthood. *Personal Individ Diff*. 2006;41(7):1263-73. DOI:10.1016/j.paid.2006.03.028
27. Garbowski MA. Transformational leadership and dispositional effects of hope, optimism and resilience on governmental leaders. Virginia: Regent University; 2010.
28. Carr A. Positive psychology: The science of happiness and human strengths. Abingdon, United Kingdom: Routledge; 2005.
29. Blake J. Hope, participation, and subjective well-being of people with spinal cord injuries in the community. [Doctoral Dissertation]. Wisconsin, US: University of Wisconsin-Madison; 2014.