

اثربخشی روان درمانی مثبت گرا بر احساس ارزشمندی، سبک زندگی و بهزیستی ذهنی معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد

کیوان کاکابرایی^۱، محمدرضا احمدی پناه^۲

^۱ استاد گروه روان شناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

^۲ کارشناس ارشد گروه روان شناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان درمانی مثبت گرا بر احساس ارزشمندی، سبک زندگی و بهزیستی ذهنی معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد بود. طرح پژوهش، نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری در این پژوهش کلیه معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد نگهداری شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ می باشند. نمونه مورد نظر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر در دو گروه آزمایشی و گواه (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) قرار گرفت. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه احساس ارزشمندی کوپر اسمیت (۱۹۶۷) سبک زندگی میلر اسمیت (۲۰۰۳) و بهزیستی ذهنی دینرو همکاران (۱۹۸۵) می باشد. نتایج با استفاده از روش های آماری تحلیل کواریانس چند متغیره و یک متغیره در سطح معنی داری ۰/۰۱، نشان داد که روان درمانی مثبت گرا بر افزایش احساس ارزشمندی (عمومی، خانوادگی و اجتماعی) معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد موثر بود. روان درمانی مثبت گرا بر افزایش بهبود سبک های زندگی (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری ها، سلامت روان شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی) معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد موثر بود. روان درمانی مثبت گرا بر بهبود بهزیستی ذهنی (رضایت از زندگی، عاطفه مثبت، عاطفه منفی) معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد موثر بود.

واژه های کلیدی: روان درمانی مثبت گرا، احساس ارزشمندی، سبک زندگی، بهزیستی ذهنی، معتادان

مقدمه

اعتیاد یک آسیب اجتماعی است و مصرف مواد مخدر تهدیدی علیه سلامت عمومی جامعه است به شکلی که میتواند ثبات اقتصادی، اجتماعی و حتی سیاسی ملتها را آسیب پذیر نماید. درحال حاضر مشکل مواد مخدر در سطح جهان بعنوان یک بحران مطرح است. تاکنون نزدیک به ۹۸۰ نوع ماده مخدر، محرک، توهم زا و آرام بخش شناسایی شده است. وجود ۲۸۰ هزار هکتار زمینهای زیر کشت در جهان و افزون بر ۲۱۸ میلیون نفر معتاد در سطح دنیا و درآمد ناشی از این تجارت مسموم میل و اشتیاق به قاچاق را در سوداگران مرگ افزایش داده است. اعتیاد به مواد مخدر پدیده ای جدید و خاص زندگی مدرن است. چرا که مصرف مواد مخدر اگر هم در گذشته وجود داشت، به عنوان اعتیاد و یا انحراف شناخته نمی شد. اما با گسترش فرهنگ مدرن، ارزش ها و هنجارهای مدرن نیز رواج یافته و کنش ها و رفتارهایی چون اعتیاد به مواد مخدر متعارض با هنجارها تلقی شده و علم جامعه شناسی نیز که وظیفه شناخت و تأثیرات هنجارها را دارد، انحرافات اجتماعی را مورد کاوش و پژوهش قرار داده و به تبیین علل و عوامل پیامدهای انحرافات می پردازند. جدا از این مسئله، اعتیاد پدیده ای آشنا برای هر ایرانی است (بهرامی احسان، ۱۴۰۱).

مصرف مواد مخدر در بین زنان و مردان سراسر جهان رو به فزونی است. به نحوی که یکی از شایعترین اختلالات روانپزشکی را در رده سنی مختلف تشکیل می دهد. نتایج تحقیقات نشان می دهند که مصرف اکثر مواد مخدر در نوجوانی شروع می شود. (مکثول^۱، ۲۰۰۸). نتایج تحقیقات متعدد انجام شده در این گروه سنی نشان می دهند که ۱۴/۲ درصد الی ۳۳ درصد از دانش آموزان دبیرستانی از مواد روان گردان (پاولویک^۲، ۲۰۰۸)، ۵ درصد تا ۳۶ درصد از ماری جوانا؛ ۳۷/۲ درصد تا ۸۰/۵ درصد از الکل، ۵ درصد تا ۴۷ درصد از کانابیس، ۶/۷ درصد تا ۴۲/۷ درصد از تنباکو و یا سیگار؛ ۴/۴ درصد تا ۴/۹ درصد از مواد استنشاقی، ۴/۱ درصد از آمفتامین، ۱۹ درصد از حشیش، ۲/۴ درصد تا ۳/۷ درصد از کوکائین و ۰/۷ درصد تا ۲/۳ درصد از آن ها نیز از هروئین استفاده کرده بودند (رحیمی آفرین، ۱۴۰۰). امروزه روشن شده است که هیچ عاملی به تنهایی شرط لازم و کافی برای اعتیاد نیست، اعتیاد نتیجه ترکیبی از عوامل گوناگون است. بعضی از این عوامل موجب افزایش خطر و برخی دیگر موجب کاهش خطر می شوند. در بین عوامل تعیین کننده گرایش به مصرف مواد، متغیرهای روانشناختی از اهمیت خاصی برخوردارند چرا که روانشناسان معتقدند تاثیر عوامل زیستی و اجتماعی باید از دریچه گرایش های روانی فرد به مصرف مواد بگذرد. به عنوان مثال؛ در صورتی که فرد به مصرف مواد نگرش مثبتی نداشته باشد و آن را رهگشای مشکلات خود تلقی نکند، احتمال کمتری وجود که فرد اقدام به مصرف مواد کند، یا در صورتی که فرد از اعتماد به نفس کافی برخوردار باشد در برابر فشار همسالان که یکی از عوامل گرایش به مصرف مواد محسوب می شود تسلیم نخواهد شد (دورودیان، ۱۴۰۱).

در این میان یکی از مباحث مهم در امر بهداشت روانی احساس ارزشمندی یا همان خود بزرگواری می باشد. که یکی از خصوصیات مهم و اساسی شخصیت هر فردی را تشکیل می دهد و به طور حتم روی سایر جنبه های شخصی انسان اثر می گذارد. و کمبود یا فقدان آن باعث عدم رشد سایر جنبه های شخصیت یا ناموزونی آنها خواهد شد و حتی ممکن است پایه گذار بیماریهای روانی گوناگون مانند افسردگی، کمرویی، پرخاشگری، ترس و ... شود. احساس ارزشمندی عبارت است از ارزشی که اطلاعات و اعتقادات خود فرد در مورد تمام یا چیزهایی که از او ناشی می شود به دست می دهد (قراچه داغی، ۱۳۹۹). یکی از ابعاد پیشرفت با مفهوم اسلامی عبارت است از سبک زندگی کردن، رفتار اجتماعی، شیوهی زیستن - اینها عبارت اخرای یکدیگر است که اگر از منظر معنویت نگاه کنیم هدف انسان، رستگاری و فلاح و نجات است. باید به سبک زندگی اهمیت دهیم؛

¹. Maxwell

². Pavlovic & Jakovljevic

اگر به معنویت و رستگاری معنوی اعتقادی هم نداشته باشیم، برای زندگی راحت، زندگی برخوردار از امنیت روانی و اخلاقی، باز پرداختن به سبک زندگی مهم است. بنابراین مسئله، مسئله‌ی اساسی و مهمی است (مهدوی، ۱۴۰۰).

جامعه ما در حال حاضر در مرحله ای است که با سرعت در مسیر افزایش کمیت ها پیش می رود. ولی کیفیت را هرگز نباید از کمیت جدا کرد. کیفیت بعد تازه ای نیست که بتوان در آینده آن را به کمیت اضافه کرد. اگر ما از آغاز، فلسفه و نگرشی روشن نسبت به مفهوم سبک زندگی داشته باشیم، در جستجوی کمیتها نیز موفق تر خواهیم بود. سبک زندگی حقیقت حاصلی است از مجموع ذوقیات، احساسات، عواطف و ارزشهای معنوی که عالم درونی ما را می سازند. سبک زندگی ماحصل همه چیزهایی است که از ماست و مربوط به ماست و از خصوصیات ماست. درسالهای اخیر پرداختن به مفهوم سبک زندگی به عنوان یک بحث علمی توجه افراد زیادی را به خود معطوف نموده است. این واقعیت، همواره به عنوان یک پیامد نهایی در مطالعات بالینی، مداخلات و مراقبت های بهداشتی مدنظر بوده است. یکی از مباحث اصلی و همیشگی در زندگی بشر، مقوله سلامت می باشد و کارکردهای فردی و اجتماعی جامعه، مشروط به سلامت همه جانبه اعضای آن است. پیچیدگی دنیای امروزی و گسترش روز افزون مشکلات باعث شده است که سلامت و بهداشت روان افراد، بیش از پیش مورد تهدید قرار گیرد. از طرف دیگر علم روان شناسی می کوشد تا با رویکردهای پژوهشی و کاربردی خود، سلامت افراد جامعه را ارتقاء بخشد (موحد، ۱۴۰۲).

سبک زندگی ابعاد گوناگون و بسیار وسیعی دارد. اما مهم این است که ما این مفهوم را از دیدگاه خود یعنی با توجه به نیازها و شرایط اجتماعی، فرهنگی، ملی و اقلیمی خویش بررسی کنیم و از این طریق بکوشیم جامعه خود را از مبتلا شدن به مصیبتها و مشکلات بزرگی که امروزه جامعه صنعتی غرب با آنها دست به گریبان اند، مصون بداریم. سبک زندگی به دلیل گسترش روند صنعتی شدن و پیشرفت فناوری که توجه به بعد کمی زندگی انسان را مد نظر قرار می دهد و همچنین به دنبال غفلت از جنبه های کیفی زندگی انسان، طی چند دهه گذشته در کشورهای غربی مورد توجه اندیشمندان و متفکران علوم انسانی قرار گرفته است. توسعه بیش از پیش زندگی مدرن که خود را با تولید انبوه کالاها و خدمات متنوع در بعد کمی نشان می دهد، مشکلات زیادی برای بشر امروزی به ارمغان آورده است. به همین دلیل توجه بسیاری از دانشمندان و صاحب نظران به مفهوم سبک زندگی معطوف گشته تا از این طریق، تلاشهایی در راستای ارتقای شرایط زندگی و بهبود بخشیدن به بعد کیفی زندگی بشر صورت دهند (فارو^۳ و برسینگ^۴، ۲۰۲۳). رضایت از زندگی به عنوان یکی از مؤلفه های بهزیستی ذهنی^۵ شامل نگرش فرد، ارزیابی عمومی وی نسبت به کلیت زندگی خود و یا برخی از جنبه های زندگی همچون زندگی خانوادگی و تجربه آموزشی است. به این نحو که اگر کسی اغلب از زندگی خود راضی باشد و خوشی را تجربه نماید و گاه هیجاناتی مثل غمگینی و خشم را تجربه نماید، بهزیستی درونی بالا خواهد داشت. بر عکس اگر از زندگی خود راضی نباشد و خوشی و علاقه اندکی را تجربه نماید و هیجانات پیوسته منفی، مثل خشم و اضطراب را احساس نماید دارای بهزیستی درونی پایینی است (واحدی و اسکندری، ۱۳۹۹).

یکی از راه های که می تواند باعث تغییر در سبک زندگی آدمی شود روان درمانی مثبت گرا است. مثبت گرایی به معنای داشتن نگرش ها، افکار و رفتار و کرداری خوش بینانه در زندگی است. به عبارت دیگر، از نظر روان شناسی، مثبت گرایی هم روان درمانی مثبت گرا است و هم مثبت کرداری (براتی، ۱۳۹۹). روان درمانی مثبت گرا به ما کمک می کند تا به بهترین شکل با زندگی کنار بیاییم. برای داشتن یک زندگی مثبت تر، اولین قدم، آن است که احساسات، افکار و باورهای خود را بشناسیم. روان درمانی

³Farrow

⁴ Brissing

⁵ well-being

مثبت گرا صرفاً در داشتن افکاری خاص خلاصه نمی‌شود، بلکه نوعی رویکرد و جهت‌گیری کلی درباره زندگی است، روان درمانی مثبت گرا یعنی توجه داشتن به امور مثبت در زندگی و نپرداختن به جنبه‌های منفی. روان درمانی مثبت گرا به معنای آن است که تصور خوبی از خویش داشته باشیم، نه آن که همواره خود را سرزنش کنیم. روان درمانی مثبت گرا یعنی نیک اندیشیدن درباره دیگران و حسن ظن داشتن به آن‌ها و با دیگران به صورت مثبت برخورد کردن. روان درمانی مثبت گرا به این معناست که انتظار داشته باشیم تا در دنیا به بهترین چیزها برسیم و یقین داشتن به این که به خواسته‌های خود خواهیم رسید (خدا یاری فرد، ۱۴۰۲).

نریمانی، بگیان کوله مرز، باوندپوری و بختی (۱۴۰۱) اثربخشی روان درمانی مثبت گرا بر میزان ولع مصرف و دشواری در خود نظم بخشی هیجانی مصرف کنندگان شیشه را مورد بررسی قرار دادند و نشان دادند که میزان ولع مصرف و مشکلات در نظم جویی هیجانی گروه آزمایش کاهش یافته است. بازبینی دیداری نمودارهای اثربخشی و اندازه‌ی ضریب تأثیر نیز بیانگر کاهش معنادار و قابل توجه نمرات میزان ولع مصرف و نظم جویی هیجانی در پس آزمون آزمودنی‌ها گروه آزمایش بود و نتایج در مرحله پیگیری حفظ شدند. دماوندیان، صفاری نیا و نیکو گفتار، (۱۴۰۱) اثر بخشی روان درمانی مثبت گرا بر کاهش رفتارهای خود-آسیب رسان نوجوانان مقیم کانون اصلاح و تربیت تهران را مورد بررسی قرار دادند و نشان دادند که برنامه روان درمانی مثبت گرا به روش گروهی بر کاهش رفتارهای خود-آسیب رسان نوجوانان مقیم کانون اصلاح و تربیت مؤثر است. همچنین تأثیر روان درمانی مثبت گرا بر کاهش کارکرد های درون فردی و بین فردی رفتار های خود-آسیب رسان، فراوانی وقوع رفتار های خود-آسیب رسان در نوجوانان بزهکار را کاهش می دهد. یافته های پژوهش تراسی^۶ (۲۰۲۳) که به بررسی اثربخشی نوشتن در مورد یک آینده مثبت، بر افزایش خوش بینی و سلامت رفتار زنان آلوده به ویروس ایدز پرداخت، نشان می دهد که نوشتن در مورد آینده مثبت موجب افزایش خوش بینی و امید در افراد گروه آزمایش گردید. نتایج حاکی از آن بود که مداخلات نوشتاری جهت دار آینده نگر، یک روش نویدبخش جهت افزایش امید به درمان و کاهش درد، رنج و بدبینی در این بیماران است. نتایج تحقیق لی^۷ و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد، آموزش خوش بینی به صورت طرح وقایع سخت زندگی گذشته و تعدیل آنها با تعیین اهداف مثبت برای آینده، بر افزایش خود اثربخشی و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه و روده بزرگ مؤثر است. مطالعاتی که در سال‌های ۲۰۱۱ تا ۲۰۲۲ انجام گرفته نشان داده است، کسانی که مثبت‌اندیش هستند، در مقایسه با افراد منفی‌باف، در دوران میان‌سال سالم‌ترند و از نظر شغلی موفقیت‌های بیشتری دارند. این مطالعات نشان داده که احتمال آن که افراد مثبت‌اندیش، کار خود را ترک کنند، نصف افراد منفی‌باف است ولی احتمال شادمانی آن‌ها سی برابر افراد منفی‌باف است و به طور متوسط هم هفت سال و نیم بیشتر از آن‌ها عمر می‌کنند (رحیمی آفرین، ۱۴۰۰). بنابراین مسئله اصلی در این تحقیق بررسی تأثیر روان درمانی مثبت گرا بر احساس ارزشمندی، سبک زندگی و بهزیستی ذهنی معنادار مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد می باشد. در واقع سوال اصلی پژوهش این است که آیا روان درمانی مثبت گرا بر احساس ارزشمندی، سبک زندگی و بهزیستی ذهنی معنادار مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر کرمانشاه تأثیر دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر با توجه به هدف کاربردی شیوه اجرا شبه آزمایشی از طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش معنادار مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد نگهداری در مراکز ترک اعتیاد شهر کرمانشاه در سال

⁶ Tracy

⁷ Lee

۱۴۰۳ می باشند. نمونه مورد نظر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر در به صورت گمارش تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش تقسیم شدند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش از سه پرسشنامه استاندارد شده استفاده شده است

۱) **آزمون احساس ارزشمندی کوپر اسمیت:** کوپر اسمیت (۱۹۶۷) با تجدید نظر بر روی مقیاس را جرز و دیمون (۱۹۵۴) پرسشنامه خود را تهیه و تدوین نمود. پرسشنامه احساس ارزشمندی کوپر اسمیت به دو جنبه ذهنی و رفتارهای آشکار اشاره دارد و یک نمره کل از پرسش‌هایی که مضمون متفاوت دارند بدست می‌آید و فرض بر این است که این نمره کل، احساس ارزشمندی کلی را منعکس می‌کند. این پرسشنامه ۵۸ سؤال دارد که به سه خرده مقیاس احساس ارزشمندی عمومی، اجتماعی و خانوادگی تقسیم شده است. مجموع نمرات این سه خرده مقیاس یک نمره کلی از احساس ارزشمندی بدست می‌دهد. ۸ ماده آن یعنی شماره ۶- ۱۳- ۲۰- ۲۷- ۳۴، ۴۱، ۴۸، ۵۵ دروغ‌سنج است. دامنه پاسخ‌های آزمودنی به صورت بله، خیر است که هر فرد متناسب با وضعیت خود یکی از گزینه‌ها را انتخاب می‌کند. بدیهی است حداقل نمره‌ای که یک فرد ممکن است بگیرد صفر و حداکثر ۵۰ خواهد بود. چنانچه پاسخ دهنده از ۸ ماده دروغ‌سنج بیش از ۴ نمره بیاورد بدان معنا است که اعتبار آزمون پایین است و آزمودنی سعی کرده خود را بهتر از آن چیزی که هست جلوه دهد. در پژوهش شکرکن و نیسی (۱۳۷۳) که بر روی ۳۶۰ نفر از دانش‌آموزان اول تا سوم دبیرستان‌های شهرستان نجف آباد انجام شد، ضرایب اعتبار از طریق همبسته کردن نمره‌های آزمون احساس ارزشمندی کوپر اسمیت با معدل‌های آخر سال دانش‌آموزان محاسبه گردید. ضرایب به دست آمده برای پسران ۰/۶۹ و برای دختران ۰/۷۰ بودند. این ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بودند. این پرسشنامه دارای امتیاز بین فرهنگی بودن است، زیرا هم روی دانشجویان انگلیسی و هم دانش‌آموزان دبیرستان و هم بر روی دانشجویان عرب در دانشگاه عربستان سعودی نرم شده است. همچنین توسط حمیدرضا اکبری و آرزومان (۱۳۷۲) همبستگی نمرات مقیاس کوپر اسمیت با سیاهه احساس ارزشمندی الیس یوب محاسبه شده بود که ضریب همبستگی بدست آمده ۰/۶۵ بود. بنابراین می‌توان گفت که این آزمون از اعتبار بالایی برخوردار است. در بررسی روایی آزمون کوپر اسمیت، ثابت (۱۳۷۵) و ناییبی فرد (۱۳۹۹) روایی همگرایی مثبت بین آزمون کوپر اسمیت و آزمون احساس ارزشمندی آیسنک به دست آوردند. این میزان در پژوهش ثابت ۰/۸۰ و در پژوهش ناییبی فرد ۰/۷۸ بوده است. همچنین جهت سنجش روایی بین نمره‌ی کل آزمون با خرده مقیاس روان آزاده گرایی در آزمون شخصیت آیسنک، روایی واگرایی منفی و معنادار و باخرده مقیاس برون گرایی همگرایی مثبت معنادار بدست آمده است. همچنین روایی این آزمون بدین صورت که سؤالات موجود در آن احساس ارزشمندی را می‌سنجد مورد تأیید اساتید رشته‌های روان‌سنجی و آمار و روش تحقیق، آقایان دکتر بهرامی و دکتر دلاور قرار گرفته است.

۲) **پرسشنامه سبک زندگی:** این پرسشنامه توسط میلر اسمیت^۸ (۲۰۰۳) ساخته و دارای ۷۰ سوال بوده و هدف آن ارزیابی ابعاد مختلف سبک های زندگی (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری ها، سلامت روان شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی) است. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت (هرگز ۰، گاهی اوقات ۱، معمولاً ۲ و همیشه ۳) بود. پرسشنامه فوق دارای ۱۰ بعد بوده که سوالات مربوط به هر بعد در جدول زیر ارائه گردیده است:

بعد	سوالات مربوطه
سلامت جسمانی	۱-۸
ورزش و تندرستی	۹-۱۵

⁸ Miller Smith

۲۲-۱۶	کنترل وزن و تغذیه
۲۹-۲۳	پیشگیری از بیماری ها
۳۶-۳۰	سلامت روان شناختی
۴۲-۳۷	سلامت معنوی
۴۹-۴۳	سلامت اجتماعی
۵۵-۵۰	اجتناب از داروها و مواد مخدر
۶۳-۵۶	پیشگیری از حوادث
۷۰-۶۴	سلامت محیطی

برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سوالات مربوط به آن بعد را باهم جمع نمایید. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را باهم جمع کنید. در پژوهش لعلی و همکاران (۱۳۹۹) با استفاده از آزمون تحلیل عاملی روایی سازه پرسشنامه سبک زندگی را به منزله ابزاری چندبعدی برای ارزیابی و اندازه گیری سبک زندگی مورد تایید قرار دادند. همچنین پایایی پرسش نامه با قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. معمولاً دامنه ضریب اعتماد آلفای کرونباخ از صفر (۰) به معنای عدم پایداری تا مثبت یک (۱+) به معنای پایایی کامل قرار می گیرد و هرچه مقدار بدست آمده به عدد مثبت یک نزدیکتر باشد قابلیت اعتماد پرسشنامه بیشتر می شود.

۲) مقیاس بهزیستی ذهنی شامل دو جزء است ۱) مقیاس رضایت از زندگی: دینرو همکاران (۱۹۸۵) به منظور اندازه گیری بُعد شناختی بهزیستی ذهنی افراد، نسخه پنج سؤالی مقیاس رضایت از زندگی را توسعه دادند. در این مقیاس، مشارکت کنندگان به هر سؤال بر روی یک طیف هشت درجه ای لیکرت (از ۰ کاملاً مخالف تا ۷ کاملاً موافق) پاسخ میدهند. با افزایش نمره افراد در این مقیاس، نمره آنها در عامل کلی رضایت از زندگی، افزایش نشان میدهد. در این مقیاس، دامنه نمره افراد بین کمترین (۰) و بیشترین (۳۵) به دست می آید. نتایج مطالعه شکری (۱۳۹۸)، نشان داد که در بین دانشجویان ایرانی و سوئدی، نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی رضایت از زندگی از ساختار تک عاملی رضایت از زندگی حمایت کرد. در نمونه ایرانی ضریب آلفای کرونباخ مقیاس رضایت از زندگی برابر با ۰/۸۴، در نمونه سوئدی برابر با ۰/۸۵ و در هر دو نمونه به طور کلی برابر با ۰/۸۳ به دست آمد. **۲) برنامه عاطفه مثبت و منفی:** عاطفه مثبت و منفی: یک ابزار خودسنجی ۲۰ آیتمی است و برای اندازه گیری دو بعد خطی، یعنی عاطفه منفی و عاطفه مثبت تهیه و ارائه شده است هر خرده مقیاس ۱۰ آیتم دارد که در آن ۱۰ احساس مثبت و ۱۰ احساس منفی در قالب کلمات مطرح شده است. آیتم ها از سوی آزمودنیها روی یک مقیاس پنج نقطه ای (۱= بسیار کم، به هیچ وجه تا ۵= بسیار زیاد) تا احساسات خود را در چهار بعد: گذشته، آینده، حال و به طور کلی مورد ارزیابی قرار دهند. دامنه نمرات برای هر خرده مقیاس ۱۰ تا ۵۰ است. نتایج مطالعه شکری (۱۳۹۸)؛ به نقل از کاکابرایی و همکاران، (۱۳۹۹) نشان داد که در بین دانشجویان ایرانی و سوئدی، نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عامل تأییدی عاطفه مثبت و منفی، از ساختار دو عاملی عاطفه مثبت و منفی حمایت کرد. در نمونه ایرانی ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاسهای عاطفه مثبت و منفی به ترتیب برابر با ۰/۸۰ و ۰/۷۷، در نمونه سوئدی به ترتیب برابر با ۰/۷۶ و ۰/۷۶ و در هر دو نمونه به طور کلی به ترتیب برابر با ۰/۷۸ و ۰/۸۱ به دست آمد.

روش اجرای پژوهش

گزینش نمونه این پژوهش به این طریق بود که پس از معرفی نامه از دانشگاه به یکی مراکز ترک اعتیاد شهر کرمانشاه و مراجعین از بین افرادی که جهت ترک به یکی مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند و بصورت داوطلب تمایل به شرکت در این مطالعه را داشتند اطلاعات مختصری راجع به طرح مطالعه داده شد. در نهایت افرادی که تمایل داشتند، به عنوان گروه آزمایش، در جلسات مداخله حضور یافتند. پس از جایگزینی تصادفی معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد در دو گروه آزمایش و کنترل، معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش در کنار دریافت آموزش های لازم، به مدت ده جلسه ۱/۵ ساعته، به صورت هفتگی تحت روان درمانی مثبت گرا قرار گرفتند؛ اما معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه کنترل در این مدت آموزشی دریافت نکردند. معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد هر دو گروه هم در خط پایه و هم بلافاصله پس از پایان مداخله، به پرسشنامه احساس ارزشمندی، سبک زندگی و بهزیستی ذهنی پاسخ دادند.

شرح جلسات روان درمانی مثبت گرا (گودوین، ۲۰۱۸)

جلسات	هدف	شرح جلسه
جلسه اول	آشنایی گروه باهم دیگر	ایجاد رابطه حسنه مبتنی بر همکاری-آشنایی با نحوه کار
جلسه دوم	معرفی، مرور کلی و بیان سه اتفاق خوب	-ارائه کلیاتی از پروتکل گروهی، معرفی اعضاء و انتظارات گروه -مراقبه ذهن آگاهی مختصر -تمرین کتبی تأیید خویشتن و بیان ارزشها -شرح تمرین (تکلیف خانگی) -سه اتفاق خوب -مراقبه ذهن آگاهی
جلسه سوم	استفاده از نقاط قوت خود	-بحث راجع به تمرین سه اتفاق خوب -بحث راجع به نتایج -شرح تمرین (تکلیف خانگی) استفاده از نقاط قوت خود -مراقبه ذهن آگاهی
جلسه چهارم	لذت بردن	-بحث راجع به تمرین استفاده از نقاط قوت -معرفی تمرین (تکلیف خانگی) لذت بردن -مراقبه ذهن آگاهی
جلسه پنجم	داشتن یک روز خوب	-بحث راجع به تمرین (تکلیف خانگی) لذت بردن -معرفی تمرین (تکلیف خانگی) داشتن یک روز خوب -مراقبه ذهن آگاهی
جلسه ششم	دیدار قدردانی	-بحث راجع به تمرین داشتن یک روز خوب -معرفی تمرین (تکلیف خانگی) دیدار قدردانی -مراقبه ذهن آگاهی
جلسه هفتم	پاسخ فعال/سازنده	-بحث راجع به تکلیف خانگی دیدار قدردانی -معرفی تمرین (تکلیف خانگی) پاسخ فعال/سازنده -مراقبه ذهن آگاهی
جلسه هشتم	صندلی داغ	-بحث راجع به تمرین پاسخ فعال/سازنده

جلسه نهم	نوشتن بیوگرافی	- معرفی تکلیف صندلی داغ - مراقبه ذهن آگاهی
جلسه دهم	خاتمه	- بحث راجع به گروه - پر کردن مقیاسها - مراقبه نهایی

یافته ها

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره احساس ارزشمندی معتادان گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
احساس ارزشمندی	پیش آزمون	آزمایش	۳۲/۸۷	۶/۹۷	۱۵
		گواه	۳۲/۵۷	۶/۷۸	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۳۸/۹۹	۸/۱۱	۱۵
		گواه	۳۳/۹۳	۷/۰۷	۱۵
عمومی	پیش آزمون	آزمایش	۸/۷۳	۲/۳۶	۱۵
		گواه	۹/۳۳	۳/۱۱	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۱۲/۶۳	۴/۱۲	۱۵
		گواه	۸/۶۴	۲/۹۷	۱۵
اجتماعی	پیش آزمون	آزمایش	۶/۸۷	۲/۳۷	۱۵
		گواه	۷/۸۰	۲/۶۹	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۹/۹۱	۳/۶۵	۱۵
		گواه	۷/۱۱	۷/۵۰	۱۵
خانوادگی	پیش آزمون	آزمایش	۸/۲۶	۴/۴۵	۱۵
		گواه	۸/۹۳	۳/۸۸	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۱۱/۵۶	۵/۵۵	۱۵
		گواه	۹/۵۴	۳/۵۴	۱۵

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره احساس ارزشمندی معتادان گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد.

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات سبک های زندگی (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری ها، سلامت روان شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی) معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد در گروه کنترل و گروه آزمایش

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
سبک زندگی	پیش آزمون	آزمایش	۱۵۳/۴۰	۲۱/۶۵	۱۵
		گواه	۱۵۱/۰۶	۲۰/۲۹	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۱۶۴/۸۶	۲۳/۹۳	۱۵
		گواه	۱۵۲/۶۰	۲۰/۶۱	۱۵
سلامت جسمانی	پیش آزمون	آزمایش	۲۰/۷۳	۴/۹۷	۱۵
		گواه	۱۹/۲۰	۳/۶۰	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۲۵/۰۶	۴/۷۵	۱۵
		گواه	۱۹/۶۰	۳/۹۴	۱۵
ورزش و تندرستی	پیش آزمون	آزمایش	۲۰/۷۳	۴/۹۷	۱۵
		گواه	۱۹/۲۰	۳/۶۰	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۲۳/۷۳	۴/۶۶	۱۵
		گواه	۱۹/۲۰	۴/۱۹	۱۵
کنترل وزن و تغذیه	پیش آزمون	آزمایش	۱۶/۶۰	۱/۵۴	۱۵
		گواه	۱۵/۵۳	۱/۶۴	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۱۹/۴۰	۳/۷۲	۱۵
		گواه	۱۵/۷۳	۱/۹۰	۱۵
پیشگیری از بیماری ها	پیش آزمون	آزمایش	۲۸/۳۳	۶/۳۴	۱۵
		گواه	۲۵/۱۳	۳/۸۷	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۳۱/۶۶	۶/۲۱	۱۵
		گواه	۲۶/۰۶	۳/۹۳	۱۵
سلامت روان شناختی	پیش آزمون	آزمایش	۱۴/۵۳	۳/۱۹	۱۵
		گواه	۱۳/۸۰	۴/۲۱	۱۵

۱۵	۵/۵۷	۱۸/۳۳	آزمایش	پس آزمون		
۱۵	۳/۶۹	۱۴/۲۶	گواه			
۱۵	۴/۳۵	۱۵/۴۰	آزمایش	پیش آزمون	سلامت معنوی	
۱۵	۳/۶۰	۱۴/۲۰	گواه			
۱۵	۵/۵۹	۱۷/۸۰	آزمایش	پس آزمون		
۱۵	۳/۹۴	۱۵/۶۰	گواه			
۱۵	۳/۱۹	۱۵/۵۳	آزمایش	پیش آزمون		سلامت اجتماعی
۱۵	۴/۲۱	۱۴/۸۰	گواه			
۱۵	۴/۸۵	۱۶/۹۳	آزمایش	پس آزمون		
۱۵	۳/۶۹	۱۵/۲۶	گواه			
۱۵	۴/۳۵	۱۶/۴۰	آزمایش	پیش آزمون	اجتناب از داروها و مواد مخدر	
۱۵	۳/۶۰	۱۷/۲۰	گواه			
۱۵	۵/۷۰	۱۸/۴۶	آزمایش	پس آزمون		
۱۵	۴/۱۹	۱۶/۲۰	گواه			
۱۵	۴/۴۰	۱۳/۱۳	آزمایش	پیش آزمون		پیشگیری از حوادث
۱۵	۳/۲۸	۱۲/۳۳	گواه			
۱۵	۵/۲۴	۱۵/۵۳	آزمایش	پس آزمون		
۱۵	۲/۰۶	۱۱/۵۳	گواه			
۱۵	۳/۰۱	۱۵/۸۷	آزمایش	پیش آزمون	سلامت محیطی	
۱۵	۳/۹۸	۱۴/۸۰	گواه			
۱۵	۵/۴۷	۱۸/۶۸	آزمایش	پس آزمون		
۱۵	۴/۸۸	۱۶/۲۴	گواه			

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیر های سبک های زندگی (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری ها، سلامت روان شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی) معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد در پیش آزمون و پس آزمون هر یک از گروه های آزمایش و گروه گواه را نشان می دهد.

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمرات بهزیستی ذهنی (رضایت از زندگی، عاطفه مثبت، عاطفه منفی) معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد در گروه کنترل و گروه آزمایش

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
بهزیستی ذهنی	پیش آزمون	آزمایش	۶۰/۹۲	۴/۸۷	۱۵
		گواه	۶۰/۵۳	۶/۴۶	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۶۳/۸۴	۳/۲۸	۱۵
		گواه	۵۶/۶۱	۸/۹۲	۱۵
رضایت از زندگی	پیش آزمون	آزمایش	۲۰/۷۳	۴/۹۷	۱۵
		گواه	۱۹/۲۰	۳/۶۰	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۲۳/۷۳	۴/۶۶	۱۵
		گواه	۱۹/۲۰	۴/۱۹	۱۵
عاطفه مثبت	پیش آزمون	آزمایش	۱۶/۴۰	۴/۳۵	۱۵
		گواه	۱۷/۲۰	۳/۶۰	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۱۸/۴۶	۵/۷۰	۱۵
		گواه	۱۶/۲۰	۴/۱۹	۱۵
عاطفه منفی	پیش آزمون	آزمایش	۱۷/۶۰	۴/۵۴	۱۵
		گواه	۱۷/۵۳	۴/۶۴	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۱۴/۴۰	۳/۷۲	۱۵
		گواه	۱۸/۷۳	۴/۹۰	۱۵

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرهای بهزیستی ذهنی (رضایت از زندگی، عاطفه مثبت، عاطفه منفی) معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد در پیش آزمون و پس آزمون هر یک از گروه های آزمایش و گروه گواه را نشان می دهد.

جدول ۴: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس های نمره ها متغیرهای تحقیق دو گروه در

جامعه

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
احساس ارزشمندی	۰/۷۴۶	۱	۲۸	۰/۳۹۵
عمومی	۰/۳۷۴	۱	۲۸	۰/۵۴۶
اجتماعی	۰/۱۷۸	۱	۲۸	۰/۶۷۶

خانوادگی	۰/۰۶۳	۱	۲۸	۰/۸۰۳
سبک زندگی	۱/۴۵	۱	۲۸	۰/۱۳۲
سلامت جسمانی	۱/۱۵	۱	۲۸	۰/۱۶۱
ورزش و تندرستی	۰/۹۵	۱	۲۸	۰/۲۹۰
کنترل وزن و تغذیه	۱/۱۱	۱	۲۸	۰/۱۹۵
پیشگیری از بیماری ها	۰/۶۶	۱	۲۸	۰/۳۳۱
سلامت روان شناختی	۱/۰۷	۱	۲۸	۰/۳۱۱
سلامت معنوی	۱/۴۰	۱	۲۸	۰/۲۴۹
سلامت اجتماعی	۲/۴۱	۱	۲۸	۰/۰۸۰
اجتناب از داروها و مواد مخدر	۱/۱۱	۱	۲۸	۰/۱۹۵
پیشگیری از حوادث	۰/۶۶	۱	۲۸	۰/۳۳۱
سلامت محیطی	۱/۰۷	۱	۲۸	۰/۳۱۱
بهزیستی ذهنی	۰/۸۵۵	۱	۲۸	۰/۱۴۸
رضایت از زندگی	۱/۴۵۰	۱	۲۸	۰/۵۷۹
عاطفه مثبت	۱/۵۴۸	۱	۲۸	۰/۵۷۹
عاطفه منفی	۱/۱۵	۱	۲۸	۰/۱۶۱

همان گونه که در جدول ۴ ملاحظه می شود، فرض صفر برای تساوی واریانس های نمره ها دو گروه در کلیه متغیرهای اصلی تحقیق از نظر آماری معنادار نمی باشد. یعنی پیش فرض تساوی واریانس های نمره ها در دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید. از این رو، مفروضه ی همگن بودن واریانس ها در همه متغیرهای اصلی تحقیق رعایت شده و امکان استفاده از تحلیل کوواریانس وجود دارد.

جدول ۵: نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات سبک زندگی و بهزیستی ذهنی و مولفه های آنها

نرمال بودن توزیع نمرات	گروه ها	کلموگروف - اسمیرنوف			گروه ها	کلموگروف - اسمیرنوف		
		آماره	درجه آزادی	معنی داری		آماره	درجه آزادی	معنی داری
احساس ارزشمندی	آزمایش	۰/۵۴۲	۱۵	۰/۱۲۹	گواه	۰/۱۷۶	۱۵	۰/۱۱۴
عمومی	آزمایش	۰/۳۹۵	۱۵	۰/۶۵۳	گواه	۰/۷۸۵	۱۵	۰/۳۱۲
اجتماعی	آزمایش	۰/۵۲۳	۱۵	۰/۴۳۲	گواه	۰/۲۵۸	۱۵	۰/۷۴۱
خانوادگی	آزمایش	۰/۶۳۵	۱۵	۰/۳۶۵	گواه	۰/۹۶۳	۱۵	۰/۲۸۵
سبک زندگی	آزمایش	۰/۹۹۹	۱۵	۰/۲۷۱	گواه	۰/۶۰۶	۱۵	۰/۸۵۷
سلامت جسمانی	آزمایش	۰/۷۵۳	۱۵	۰/۶۲۳	گواه	۰/۸۴۷	۱۵	۰/۴۶۹
ورزش و تندرستی	آزمایش	۰/۸۸۳	۱۵	۰/۴۱۶	گواه	۰/۶۵۷	۱۵	۰/۷۸۲
کنترل وزن و تغذیه	آزمایش	۱/۱۰۲	۱۵	۰/۱۷۶	گواه	۰/۹۵۰	۱۵	۰/۳۲۷
پیشگیری از بیماری ها	آزمایش	۰/۶۶۶	۱۵	۰/۷۶۷	گواه	۰/۸۲۶	۱۵	۰/۵۰۲

۰/۱۹۹	۱۵	۱/۰۷۴	گواه	۰/۱۸۵	۱۵	۱/۰۹۱	آزمایش	سلامت روان شناختی
۰/۴۴۹	۱۵	۰/۸۶۱	گواه	۰/۳۵۲	۱۵	۰/۹۳۰	آزمایش	سلامت معنوی
۰/۹۰۴	۱۵	۰/۵۶۸	گواه	۰/۶۲۵	۱۵	۰/۷۵۱	آزمایش	سلامت اجتماعی
۰/۲۷۵	۱۵	۰/۱۰۵	گواه	۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۷۸	آزمایش	اجتناب از داروها و مواد مخدر
۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۴۸	گواه	۰/۱۷۱	۱۵	۰/۱۸۶	آزمایش	پیشگیری از حوادث
۰/۱۸۶	۱۵	۰/۱۳۳	گواه	۰/۱۰۴	۱۵	۰/۲۰۱	آزمایش	سلامت محیطی
۰/۲۵۶	۱۵	۰/۷۴۱	گواه	۰/۲۴۱	۱۵	۰/۵۳۶	آزمایش	بهبودی ذهنی
۰/۲۶۵	۱۵	۰/۵۲۱	گواه	۰/۲۳۸	۱۵	۰/۴۲۱	آزمایش	رضایت از زندگی
۰/۳۵۲	۱۵	۰/۳۹۶	گواه	۰/۴۹۶	۱۵	۰/۴۵۸	آزمایش	عاطفه مثبت
۰/۲۵۶	۱۵	۰/۷۴۱	گواه	۰/۲۴۱	۱۵	۰/۵۳۶	آزمایش	عاطفه منفی

همانگونه که در جدول ۵ ارائه شده است، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای سبک زندگی و سبک زندگی و بهزیستی ذهنی مولفه های آنها تأیید می گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون و در هر دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید.

در این پژوهش قبل از تحلیل داده ها برای بررسی همگنی شیب های رگرسیون باید میان متغیرهای کمکی (پیش آزمون ها) و وابسته (پس آزمون ها) در سطوح عامل (گروه های آزمایش و گواه) برابری حاکم باشد.

جدول ۶: نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب های رگرسیون متغیرهای تحقیق دو گروه در جامعه

متغیر	منبع تغییرات	F	سطح معنی داری
احساس ارزشمندی	تعامل گروه * پیش آزمون	۱/۳۶	۰/۱۳۶
عمومی		۰/۵۸	۰/۳۵۲
اجتماعی		۰/۹۸	۰/۶۵۲
خانوادگی		۰/۸۳	۰/۵۳۲
سبک زندگی		۲/۵۴	۰/۰۸۹
سلامت جسمانی		۱/۹۸	۰/۱۱۵
ورزش و تندرستی		۱/۸۷	۰/۱۴۱
کنترل وزن و تغذیه		۲/۱۴	۰/۱۱۸
پیشگیری از بیماری ها		۱/۶۲	۰/۱۷۴
سلامت روان شناختی		۲/۱۴	۰/۱۳۶
سلامت معنوی		۱/۱۸	۰/۲۹۱
سلامت اجتماعی		۳/۴۲	۰/۰۷۶
اجتناب از داروها و مواد مخدر		۲/۸۷	۰/۱۰۲
پیشگیری از حوادث		۲/۰۸	۰/۱۶۱

سلامت محیطی		۱/۴۶	۰/۲۳۷
بهبودی ذهنی		۱/۱۴	۰/۱۱۸
رضایت از زندگی		۱/۰۱	۰/۱۷۴
عاطفه مثبت		۱/۱۴	۰/۱۳۶
عاطفه منفی		۱/۰۱	۰/۲۹۱

همان گونه که در جدول ۶ ملاحظه می شود، مقدار F تعامل برای کلیه متغیرهای تحقیق غیرمعنی دار می باشد. بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون تأیید می شود.

جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون مولفه های احساس ارزشمندی معنادان گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	فرضیه DF	خطا DF	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلاپی	۰/۶۸۷	۳	۲۶	۱۷/۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۱۳	۳	۲۶	۱۷/۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۲/۱۹	۳	۲۶	۱۷/۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
آزمون بزرگ ترین ریشه روی	۲/۱۹	۳	۲۶	۱۷/۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۷ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین معنادان گروه های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (احساس ارزشمندی و مولفه های آن) تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$ و $F=۷/۱۷$). میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۳ می باشد، به عبارت دیگر، ۵۳ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون احساس ارزشمندی و مولفه های آن مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۸: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون مؤلفه های احساس ارزشمندی معنادان گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۸/۶۲	۱	۸/۶۲	۰/۴۲	۰/۵۱	۰/۰۱	۱/۰۰
گروه	۱۱۶/۰۶	۱	۱۱۶/۰۶	۵/۷۷	۰/۰۲۳	۰/۱۷	۰/۹۲۷
خطا	۵۴۲/۴۹	۲۷	۲۰/۱۰				
پیش آزمون	۴/۳۵	۱	۴/۳۵	۰/۵۴	۰/۲۲	۰/۶۹	۰/۹۹۹
گروه	۱۴۶/۴۰	۱	۱۴۶/۴۰	۲۷/۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۱/۰۰
خطا	۴۶/۱۳	۲۷	۱۱/۷۰				
پیش آزمون	۷۰۳/۶۳۳	۱	۷۰۳/۶۳۳	۳۴۷/۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۸	۱/۰۰
گروه	۴۴/۲۶۰	۱	۴۴/۲۶۰	۲۱/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱/۹۹۵

خطا	۵۴/۶۳۳	۲۷	۲/۰۲۳
-----	--------	----	-------

همان طوری که در جدول ۸ مشاهده می شود با کنترل پیش آزمون بین معتادان گروه های آزمایش و گروه گواه از لحاظ احساس ارزشمندی در زمینه عمومی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=5/77$ و $p<0/023$). به عبارت دیگر، روان درمانی مثبت گرا با توجه به میانگین احساس ارزشمندی در زمینه رضایت از زندگی معتادان گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به میانگین معتادان گروه گواه، موجب افزایش احساس ارزشمندی در زمینه عمومی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۱۷ می باشد، به عبارت دیگر، ۱۷ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون احساس ارزشمندی در زمینه عمومی مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می باشد.

با کنترل پیش آزمون بین معتادان گروه های آزمایش و گروه گواه از لحاظ احساس ارزشمندی در زمینه اجتماعی تفاوت معنی داری مشاهده می شود ($F=27/16$ و $p<0/001$). به عبارت دیگر، روان درمانی مثبت گرا با توجه به میانگین احساس ارزشمندی در زمینه اجتماعی معتادان گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به میانگین معتادان گروه گواه، موجب افزایش احساس ارزشمندی در زمینه اجتماعی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۰ می باشد، به عبارت دیگر، ۵۰ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون احساس ارزشمندی در زمینه اجتماعی مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می باشد.

با کنترل پیش آزمون بین معتادان گروه های آزمایش و گروه گواه از لحاظ احساس ارزشمندی در زمینه خانوادگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=21/87$ و $p<0/001$). به عبارت دیگر، روان درمانی مثبت گرا با توجه به میانگین احساس ارزشمندی در زمینه عاطفه منفی معتادان گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به میانگین معتادان گروه گواه، موجب بهبود احساس ارزشمندی در زمینه خانوادگی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۴ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۴ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون احساس ارزشمندی در زمینه خانوادگی مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می باشد.

جدول ۹ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون سبک زندگی و مولفه

های آن در معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	فرضیه DF	خطا DF	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۷۴۵	۱۰	۱۹	۳۶/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۴۶	۱۰	۱۹	۳۶/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۱۴/۲۶	۱۰	۱۹	۳۶/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰
آزمون بزرگ ترین ریشه روی	۱۴/۱۵	۱۰	۱۹	۳۶/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۹ مشاهده می شود با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته سبک زندگی (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری ها، سلامت روان شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی) تفاوت معنی داری مشاهده می شود ($F=36/54$ و $p<0/001$). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه

تفاوت وجود دارد، ده تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۴-۱۱ ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۳ می باشد، به عبارت دیگر، ۶۳ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون سبک های زندگی (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری ها، سلامت روان شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی) مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می باشد.

جدول ۱۰: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون سبک های زندگی (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری ها، سلامت روان شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی) معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
سلامت جسمانی	پیش آزمون	۹۸۷/۴۶	۱	۹۸۷/۴۶	۲۱/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
	گروه	۲۶۵۴/۲۵	۱	۲۶۵۴/۲۵	۱۷/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹	۰/۹۹۲
	خطا	۱۱۴۵/۶۳	۲۷	۶۷/۱۴				
ورزش و تندرستی	پیش آزمون	۶۹۸/۸۲	۱	۶۹۸/۸۲	۲۳/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۰/۹۹۲
	گروه	۳۲۱۵/۱۸	۱	۳۲۱۵/۱۸	۲۷/۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۹۹
	خطا	۷۴۱/۷۸	۲۷	۵۹/۳۵				
کنترل وزن و تغذیه	پیش آزمون	۲۵۸/۸۷	۱	۲۵۸/۸۷	۱۶/۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
	گروه	۹۸۴/۳۲	۱	۹۸۴/۳۲	۱۲/۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۱/۰۰
	خطا	۸۴/۶۵	۲۷	۱۸/۲۶				
پیشگیری از بیماری ها	پیش آزمون	۶۷۴/۵۲	۱	۶۷۴/۵۲	۲۸/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۵	۱/۰۰
	گروه	۵۴۱/۲۱	۱	۵۴۱/۲۱	۲۴/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۹۲
	خطا	۵۱/۳۶	۲۷	۲۴/۶۵				
سلامت روان	پیش آزمون	۷/۱۵۳	۱	۷/۱۵۳	۱۵/۳۶	۰/۰۰۰۵	۰/۲۵	۰/۹۶۰
	گروه	۲۳۱/۲۸	۱	۲۳۱/۲۸	۱۱/۸۴	۰/۰۰۰۲	۰/۳۰	۰/۹۱۰
	خطا	۵۲۷/۳۸۰	۲۷	۱۹/۵۳				
سلامت معنوی	پیش آزمون	۸/۶۲	۱	۸/۶۲	۵۱/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
	گروه	۱۱۶/۰۶	۱	۱۱۶/۰۶	۳۵/۷۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۰/۹۹۹
	خطا	۵۴۲/۴۹	۲۷	۲۰/۱۰				
سلامت اجتماعی	پیش آزمون	۴/۳۵	۱	۴/۳۵	۰/۵۴	۰/۲۲	۰/۶۹	۰/۹۹۹
	گروه	۱۴۶/۴۰	۱	۱۴۶/۴۰	۲۷/۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۱/۰۰
	خطا	۴۶/۱۳	۲۷	۱۱/۷۰				
اجتناب از داروها	پیش آزمون	۷۰۳/۶۳۳	۱	۷۰۳/۶۳۳	۳۴۷/۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲۸	۱/۰۰
	گروه	۴۴/۲۶۰	۱	۴۴/۲۶۰	۲۱/۸۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱/۹۹۵

				۲/۰۲۳	۲۷	۵۴/۶۳۳	خطا	از: پیگیری حوادث
۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۰۲	۰/۰۱	۱/۱۹	۱	۱/۱۹	پیش آزمون	
۰/۹۹۹	۰/۴۳	۰/۰۰۰۱	۲۰/۸۹	۱۶۲۲/۰۱	۱	۱۶۲۲/۰۱	گروه	
				۷۷/۶۳	۲۷	۲۰۹۶/۱۴	خطا	سلامت محیط
۰/۹۹۲	۰/۴۳	۰/۰۰۰۱	۲۰/۶۳	۱۵۹۸/۳۴	۱	۱۵۹۸/۳۴	پیش آزمون	
۰/۹۹۷	۰/۴۶	۰/۰۰۰۱	۲۳/۵۷	۱۸۲۶/۳۱	۱	۱۸۲۶/۳۱	گروه	
				۷۷/۴۷	۲۷	۲۰۹۱/۴۹	خطا	

همان طوری که در جدول ۱۰ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد آزمایش و گروه گواه از لحاظ سلامت جسمانی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/0001$ و $F = 17/22$). به عبارت دیگر، روان درمانی مثبت گرا با توجه به میانگین سلامت جسمانی معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش سلامت جسمی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۳۹ می باشد، به عبارت دیگر، ۳۹ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون سلامت جسمانی مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می باشد. با کنترل پیش آزمون بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ میزان ورزش و تندرستی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/0001$ و $F = 27/92$). به عبارت دیگر، روان درمانی مثبت گرا با توجه به میانگین ورزش و تندرستی معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب بهبود ورزش و تندرستی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۶ می باشد، به عبارت دیگر، ۵۶ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون ورزش و تندرستی مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می باشد. با کنترل پیش آزمون بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ کنترل وزن و تغذیه تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/0001$ و $F = 12/46$). به عبارت دیگر، روان درمانی مثبت گرا با توجه به میانگین کنترل وزن و تغذیه معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کنترل وزن و تغذیه مناسب گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۵ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۵ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون کنترل وزن و تغذیه مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می باشد. با کنترل پیش آزمون بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ پیشگیری از بیماری ها تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/0001$ و $F = 24/63$). به عبارت دیگر، روان درمانی مثبت گرا با توجه به میانگین پیشگیری از بیماری ها در معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب پیشگیری از بیماری ها گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۹ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۹ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون پیشگیری از بیماری ها مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می باشد. با کنترل پیش آزمون بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه های آزمایش و گروه گواه از لحاظ سلامت روان شناختی تفاوت معنی داری مشاهده می شود ($p < 0/002$ و $F = 11/84$). به عبارت دیگر، روان درمانی مثبت گرا با توجه به میانگین سلامت روان شناختی معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به میانگین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه گواه، موجب افزایش سلامت روان شناختی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۳۰ می باشد، به عبارت دیگر، ۳۰ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون سلامت روان شناختی مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می باشد. با کنترل پیش آزمون بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه های آزمایش و گروه گواه از لحاظ سلامت معنوی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/0001$ و $F = 35/77$). به عبارت دیگر، روان درمانی مثبت گرا با توجه به میانگین سلامت معنوی معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به میانگین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه گواه،

موجب افزایش سلامت معنوی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۱ می باشد، به عبارت دیگر، ۶۱ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون سلامت معنوی مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می باشد.

با کنترل پیش آزمون بین معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه های آزمایش و گروه گواه از لحاظ سلامت اجتماعی تفاوت معنی داری مشاهده می شود ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F=۲۷/۱۶$). به عبارت دیگر، روان درمانی مثبت گرا با توجه به میانگین سلامت اجتماعی معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به میانگین معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه گواه، موجب افزایش سلامت اجتماعی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۰ می باشد، به عبارت دیگر، ۵۰ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون سلامت اجتماعی مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می باشد.

با کنترل پیش آزمون بین معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه های آزمایش و گروه گواه از لحاظ اجتناب از داروها و مواد مخدر تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F=۲۱/۸۷$). به عبارت دیگر، روان درمانی مثبت گرا با توجه به میانگین اجتناب از داروها و مواد مخدر معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به میانگین معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه گواه، موجب اجتناب از داروها و مواد مخدر گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۴ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۴ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون اجتناب از داروها و مواد مخدر مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می باشد. با کنترل پیش آزمون بین معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه های آزمایش و گروه گواه از لحاظ پیشگیری از حوادث تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F=۲۰/۸۹$). به عبارت دیگر، روان درمانی مثبت گرا با توجه به میانگین پیشگیری از حوادث معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به میانگین معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه گواه، موجب پیشگیری از حوادث گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۳ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۳ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون پیشگیری از حوادث مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می باشد. با کنترل پیش آزمون بین معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه های آزمایش و گروه گواه از لحاظ سلامت محیط تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F=۲۳/۵۷$). به عبارت دیگر، روان درمانی مثبت گرا با توجه به میانگین سلامت محیط معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به میانگین زنان معنادار گروه گواه، موجب بهبود سلامت محیط گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۶ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۶ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون سلامت محیط مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می باشد.

جدول ۱۱: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون بهزیستی ذهنی معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلاپی	۰/۸۰۶	۳	۲۶	۱۵/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۹۴	۳	۲۶	۱۵/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۴/۱۴۸	۳	۲۶	۱۵/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰
آزمون بزرگ ترین ریشه روی	۴/۱۴۸	۳	۲۶	۱۵/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۱۱ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته بهزیستی ذهنی (رضایت از زندگی، عاطفه مثبت، عاطفه منفی) تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=15/90$ و $p<0/0001$). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام یک از مولفه های بهزیستی ذهنی (رضایت از زندگی، عاطفه مثبت، عاطفه منفی) بین دو گروه تفاوت وجود دارد، سه تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جداول زیر ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $0/44$ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۴ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی (رضایت از زندگی، عاطفه مثبت، عاطفه منفی) مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می‌باشد.

جدول ۱۲ نتایج تحلیل کواریانس یک راهه آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی (رضایت از زندگی) معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
رضایت از زندگی	پیش آزمون	۵۹۸/۳۴	۱	۵۹۸/۳۴	۲۰/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳	۰/۹۹۲
	گروه	۸۲۶/۳۱	۱	۸۲۶/۳۱	۲۳/۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۹۷
	خطا	۲۹۱/۴۹	۲۷	۷۷/۴۷				
عاطفه مثبت	گروه	۸۶۶/۶۸	۱	۸۶۶/۶۸	۴۳/۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
	گروه	۲۳/۸۸	۱	۲۳/۸۸	۲۸/۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۹۲
	خطا	۱۱۷/۱۸	۲۷	۰/۸۸۸				
عاطفه منفی	گروه	۶۴۸/۳۷	۱	۶۴۸/۳۷	۳/۰۴	۰/۰۹۲	۰/۱۰	۰/۳۹۱
	گروه	۱۴۵/۷۰	۱	۱۴۵/۷۰	۲۲/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۹۵
	خطا	۲۰۲/۲۹	۲۷	۴/۷۸				

همان طوری که در جدول ۱۲ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ بهزیستی ذهنی در زمینه رضایت از زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p<0/0001$ و $F=23/57$). به عبارت دیگر، روان درمانی مثبت گرا با توجه به میانگین بهزیستی ذهنی در زمینه رضایت از زندگی در معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب بهبود بهزیستی ذهنی در زمینه رضایت از زندگی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $0/46$ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون بهزیستی ذهنی در زمینه رضایت از زندگی مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می‌باشد. با کنترل پیش آزمون بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ بهزیستی

ذهنی در زمینه عاطفه مثبت تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/0001$ و $F = 28/50$). به عبارت دیگر، روان درمانی مثبت گرا با توجه به میانگین بهزستی ذهنی در زمینه عاطفه مثبت در معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب بهبود بهزستی ذهنی در زمینه عاطفه مثبت گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $0/38$ می باشد، به عبارت دیگر، 38 درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون بهزستی ذهنی در زمینه عاطفه مثبت مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می باشد. با کنترل پیش آزمون بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ بهزستی ذهنی در زمینه عاطفه منفی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/0001$ و $F = 22/62$). به عبارت دیگر، روان درمانی مثبت گرا با توجه به میانگین بهزستی ذهنی در زمینه عاطفه منفی در معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش بهزستی ذهنی در زمینه عاطفه منفی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $0/45$ می باشد، به عبارت دیگر، 45 درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون بهزستی ذهنی در زمینه عاطفه منفی مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می باشد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد همچنین با کنترل پیش آزمون بین معتادان گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ میزان احساس ارزشمندی تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، روان درمانی مثبت گرا موجب افزایش احساس ارزشمندی معتادان شده است. در تبیین این نتیجه می توان گفت که احساس ارزشمندی بالا همراه است با کلمات دیگری نظیر احترام به خود، برتری، خودپذیری، غرور و ... احساس ارزشمندی پائین اغلب برابر با حقارت، ترس، تنفر از خود و ... بوده است. برخی احساس ارزشمندی بسیار بالا را با خودبینی، خودپسندی و غرور همراه دانسته و ارزش منفی برای آن قائل هستند. فردی که نظر متعادلی در مورد خویشتن دارد ممکن است شخص دارای متولت و متواضع یا برعکس شکست خورده، حقیر و ... در نظر گرفته شود. ظاهراً ارزشهای مثبت و منفی که به سطح معینی از احساس ارزشمندی داده می شود نشانگر ارزشها و عقاید شخصی است. تا داده های عینی و مستحکم گرچه بعضی اوقات احساس ارزشمندی بالا با ویژگی هایی نظیر خودبزرگ بینی و تکبر همراه بوده است. اما هیچ الزام اجتماعی و مدرک عینی و تکیه بر چنین رابطه ای وجود ندارد. پاپ (۲۰۰۸) ابراز می دارد به طور کلی احساس ارزشمندی بالا یعنی داشتن نظر مثبت خود، فردی احساس ارزشمندی بالایی دارد به طور واقع بینانه به نقایص و کمبودهای خود توجه کرده اما نسبت به آنها حساسیت شدید ندارد. چنین فردی خود را به نحو مثبت ارزیابی نموده و احساس خوب در مورد تقاضا و قوت خود دارد معنای احساس رضایت از ویژگی های خود این است که فرد به هیچ وجه تمایل به متفاوت بودن ندارد. برعکس یک فرد مطمئن از خود برای ترک نقاط ضعفش تلاش زیادی می نماید. معذالک زمانی که برای رسیدن به اهدافش کوتاهی نماید خود را می بخشد. فرد دارای احساس ارزشمندی پائین مکرراً یک نگرش خودمثبت مصنوعی را به دیگران نشان می دهد اما ممکن است به طور ناامیدانه تلاش کند تا به خود و دیگران ثابت نماید که فرد بی کفایتی است. یا از طرد و تحقیر دیگران از تماس با آنان خودداری کرده و در ادراک خود فرو رود. فرد دارای احساس ارزشمندی پائین فردی است که مباحثات به خودکم بینی دارد. باک (۲۰۰۹) معتقدند افراد با احساس ارزشمندی بالا افرادی هستند که احساس اعتماد به نفس، استقلال و خلاقیت نموده و به راحتی تحت تأثیر و نفوذ عوامل محیط قرار نمی گیرند. از سوی دیگر امروزه علی رغم ایجاد تغییرات عمیق فرهنگی و تغییر در شیوه های زندگی، بسیاری از افراد در رویارویی با مسائل زندگی فاقد توانایی های لازم و اساسی هستند و همین امر آنان را در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی روزمره و مقتضیات آن آسیب پذیر ساخته است. روان درمانی مثبت گرا در جهت ارتقای توانایی های روانی - اجتماعی هستند و در نتیجه سلامت و احساس ارزشمندی را تأمین می کند. روان

درمانی مثبت گرا و اجرای گام به گام آنها به افراد کمک می کند و باعث می شود که استرس و تنش های موجود در زندگی جمعی در میان معتادان کاهش یابد.

نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته سبک های زندگی (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری ها، سلامت روان شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی) تفاوت معنی داری مشاهده می شود. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۶۳ می باشد، به عبارت دیگر، ۶۳ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون سبک های زندگی (سلامت جسمانی، ورزش و تندرستی، کنترل وزن و تغذیه، پیشگیری از بیماری ها، سلامت روان شناختی، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، اجتناب از داروها و مواد مخدر، پیشگیری از حوادث و سلامت محیطی) مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می باشد. در تبیین این نتایج می توان گفت که در سالهای اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی ملهم از روان شناسی مثبت نگر، رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی، تلقی و آن را در قالب اصطلاح کیفیت زندگی مفهوم سازی کرده اند. این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی دانند، بلکه معتقدند که داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، انرژی و خلق مثبت پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت، از مشخصه های فرد سالم است. امروزه دیدگاه جدیدی در علوم وابسته به سلامت بطور اعم و در روانشناسی بطور اخص در حال شکل گیری و گسترش است. در این دیدگاه و رویکرد علمی تمرکز بر روی سلامتی و بهزیستی از جنبه مثبت و نیز توضیح و تبیین ماهیت روانشناختی سبک زندگی است. (شارکی^۹، ۲۰۰۸) سبک زندگی را فرایندی برای رسیدن به سلامتی و تندرستی معرفی کرده و از نظر او کیفیت زندگی رویکردی آگاهانه به منظور دستیابی به سلامت روحی، روانی و بدنی است. به عبارتی، ارزیابی مثبت یا منفی فرد از مشخصه ها و خصوصیات زندگی وی با محیط، کیفیت زندگی او را نشان می دهد. به طور کلی، می توان گفت سبک زندگی فقط از نظر فرد مشخص می شود. اگرچه سبک زندگی را می توان به طور کلی با عبارت شادی یا رضایت تعریف کرد، اما این دریافت کلی به وسیله جنبه های مختلف زندگی معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تحت تأثیر قرار می گیرد. رضایت از زندگی، به وسیله درک هر فرد از شرایط کنونی اش، در مقایسه با انتظارات، آرزوها و شرایط دلخواه و ایده آل او تعیین می گردد. احساس کیفیت زندگی هم دارای مولفه های عاطفی و هم دارای مولفه های شناختی است. افراد با احساس و دارای کیفیت زندگی بالا، هیجانات مثبت را به صورت عمده تجربه می کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با احساس کیفیت زندگی پایین، حوادث و موقعیت زندگی شان را نامطلوب ارزیابی می کنند و بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می کنند.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر می توان گفت که با استفاده از روان درمانی مثبت گرا، سبب تغییر سبک زندگی در ابعاد عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی و بهزیستی عاطفی در معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شده است. سبک زندگی یک ارزشیابی ذهنی است و افراد خود، بهترین قضاوت کنندگان راجع به سبک زندگی خود هستند. اما گاهی شرایطی وجود دارد که این قضاوت را برای بیمار مشکل می سازد که در این موارد خاص، افراد مراقبت کننده از جمله پزشک و پرستار قادر خواهد بود این ارزیابی را انجام دهد. سبک زندگی یک ماهیت پویا و دینامیک است نه یک ماهیت ایستا؛ به این معنی که یک فرآیند وابسته به زمان بوده و تغییرات درونی و بیرون در آن دخیل هستند. سبک زندگی یک مفهوم چند بعدی است و باید از زوایا و ابعاد مختلف سنجیده شود که

⁹ Sharkey

این ابعاد اجزای مرکزی چارچوب پنداشتی تحقیقات سبک زندگی را تشکیل می دهند. برخورداری از کیفیت زندگی پایین می تواند بر روی ویژگی های شخصیتی و ارتباطات خانوادگی نیز اثر گذارد، کیفیت زندگی ضعیف می تواند موجب بکارگیری مکانیسم های مقابله و سازگاری ناموثر در افراد شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنان گردد و افزایش تنش در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی بوده و می تواند شدت بیماری در افراد را افزایش دهد. بسیاری از محققین رابطه بین سبک زندگی و صفات فردی را مورد بررسی قرار داده و عواملی را شناسایی کرده اند، این عوامل شامل میزان شناخت از خود؛ تنش های متحمل شده؛ دست یابی به اهداف زندگی؛ روش های مقابله و میزان سازگاری می باشند. به لحاظ اهمیت و دامنه ی فراگیر سبک زندگی، عوامل موثر بر آن همواره بررسی شده است. در این میان، نقش خانواده و نحوه ی ارتباطات اعضای آن با یکدیگر در شکل گیری سبک زندگی بسیار اساسی به نظر می رسد.

امروزه با توجه به پیشرفت علوم و فناوری، هر گونه تغییر جدید می تواند آثار متفاوتی را در کلیه ابعاد زندگی فردی، اجتماعی و اقتصادی انسان به وجود آورد. اما از این میان عواملی که در سلامت انسان تاثیرگذار است، از نقش ویژه ای برخوردار می باشد. امروزه به دلیل گذر اپیدمیولوژیک یعنی جایگزینی بیماری های غیرواگیردار به جای بیماری های واگیردار به دلیل کنترل عوامل بیولوژیک از یک طرف و نقش رفتارهای ناهنجار بهداشتی و سبک زندگی و شیوه های تغذیه در افزایش میزان بیماری های غیرواگیردار از طرف دیگر، لزوم تغییر نگرش در مراقبت و بهداشت با هدف حفظ و ارتقای سلامتی ضروری است. با توجه به موارد ذکر شده نقش بی تحرکی به عنوان یکی از عوامل اصلی در شیوع بیماری ها و بروز مرگ، حائز اهمیت است.

جامعه کارآمد در گرو سلامت روانی، اجتماعی و فردی آن جامعه است و اگر ما بخواهیم جامعه کارآمدی داشته باشیم باید در ابتدا افراد سالمی داشته باشیم؛ چونکه این افراد هستند که جامعه را تشکیل می دهند. عده ای از دانشمندان بر این باورند که بسیاری از متغیرهای سلامتی به وسیله باورهای دینی و مذهبی تبیین می شوند. در واقع مذهب یکی از عوامل تأثیرگذار بر رفتار و شناخت به شمار می رود (هادیان فرد، ۱۳۹۹). آن ها معتقدند مذهب به انسان کمک می کند تا معنای حوادث زندگی مخصوصاً حوادثی را که دردناک و اضطراب زا هستند، درک کرده و باعث دلگرمی و خرسندی مطبوعی در روان و روحیه او بشود (سواتزکی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۱). البته باید اشاره کرد که دین در چنین شرایطی بر فرآیندهای فکری و ارزیابی رویدادهای روزمره فرد تأثیر می گذارد، به طوری که برخی از پژوهشگران براین باورند که به کمک باورهای دینی مقابله با هیجان ها و شرایط اجتماعی تسهیل می گردد. در کل مذهب به عنوان مجموعه ای از اعتقادات، باورها و نیاید ها و نیز ارزش های اختصاصی و تعمیم یافته، از موثر ترین تکیه گاههای روانی بشر به شمار می رود که قادر است معنای زندگی را فراهم ساخته و در شرایطی خاص با فراهم سازی تکیه گاههای تبیینی، فرد را از تعلیق و بی معنایی نجات دهد.

نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد گروه های آزمایش و گواه از لحاظ از متغیرهای وابسته بهزیستی ذهنی (رضایت از زندگی، عاطفه مثبت، عاطفه منفی) تفاوت معنی داری وجود دارد. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۴ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۴ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون مؤلفه های بهزیستی ذهنی (رضایت از زندگی، عاطفه مثبت، عاطفه منفی) مربوط به تأثیر روان درمانی مثبت گرا می باشد.

در تبیین این یافته ها می توان اظهار داشت که بهزیستی ذهنی یک ارزشیابی ذهنی است و افراد خود، بهترین قضاوت کنندگان راجع به کیفیت زندگی خود هستند. اما گاهی شرایطی وجود دارد که این قضاوت را برای بیمار مشکل می سازد که در این موارد خاص، افراد مراقبت کننده قادر خواهد بود این ارزیابی را انجام دهد. بهزیستی ذهنی یک ماهیت پویا و دینامیک است نه یک ماهیت ایستا؛ به این معنی که یک فرآیند وابسته به زمان بوده و تغییرات درونی و بیرون در آن دخیل هستند. بهزیستی

¹⁰ Sawatzky.

روانشناختی یک مفهوم چند بعدی است و باید از زوایا و ابعاد مختلف سنجیده شود که این ابعاد اجزای مرکزی چارچوب پنداشتی تحقیقات بهزیستی ذهنی را تشکیل می‌دهند (احمدوند، ۱۳۹۷). برخورداری از بهزیستی ذهنی پایین می‌تواند بر روی عملکرد جسمی معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد اثر گذارد، بهزیستی ذهنی پایین می‌تواند موجب بکارگیری مکانیسم‌های مقابله و سازگاری نامؤثر در بیماران شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنان گردد و افزایش تنش در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی بوده و می‌تواند شدت بیماری در افراد را افزایش دهد. بسیاری از محققین رابطه بین بهزیستی ذهنی و صفات فردی را مورد بررسی قرار داده و عواملی را شناسایی کرده‌اند، این عوامل شامل میزان شناخت از خود؛ تنش‌های متحمل شده؛ دست یابی به اهداف زندگی؛ روش‌های مقابله و میزان سازگاری می‌باشند. به لحاظ اهمیت و دامنه‌ی فراگیر بهزیستی ذهنی، عوامل مؤثر بر آن همواره بررسی شده است. در این میان، نقش معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد و نحوه‌ی ارتباطات اعضای آن با یکدیگر در شکل گیری بهزیستی ذهنی بسیار اساسی به نظر می‌رسد.

یکی از آموزش های مفید در جوامع امروزی جهت حل مشکلات روحی و روانی افراد صورت می گیرد آموزش مولفه روانشناسی مثبت گرا است. روان درمانی مثبت گرا را می توان واکنشهای عاطفی و شناختی به ادراک ویژگیها و توانمندیهای مشخصی پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و موثر با جهان پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت در طول زمان تعریف کرد. این حالت می تواند مولفه هایی مانند رضایت از زندگی، انرژی و خلق مثبت را نیز در بر گیرد (ترخان، ۱۴۰۰). روان درمانی مثبت گرا در نتیجه ی ترکیب تنظیم هیجانی، ویژگی های شخصیتی، هویت و تجارب زندگی به وجود می آید و شناسایی موفه های موثر در پیش بینی روان درمانی مثبت گرا می تواند به فهم جنبه های مثبت و رفتارهای سازگارانه ی افراد مختلف جامعه کمک کند. آموزش روان درمانی مثبت گرا به معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد کمک می نماید تا افکار و احساساتشان را تجربه کنند به جای اینکه از آن اجتناب کنند به خاطر به کار بردن این تکنیک می باشد. بنابراین هدف آموزش روان درمانی مثبت گرا ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی بیشتر است. منظور از انعطاف پذیری روان شناختی توانایی تغییر یا مداومت در طبقات رفتاری کنشی است که انجام آن به اهداف ارزشمند کمک می کند. چون ممکن نیست که فرآیند های زبانی که مشکلات انسان را ایجاد می کنند را حذف یا جابجا کنیم، هدف این است که این فرآیندها را تحت کنترل بافتاری دربیاوریم. این فرآیندها به تغییر فرآیندهای مرکزی زبانی که در انعطاف پذیری روان شناختی مداخله می کند، مربوطند. مداخلات روان درمانی مثبت گرا از طریق هر کدام از این فرآیندها می توان انجام شود. در آموزش روان درمانی مثبت گرا برای کاهش، تغییر، اجتناب، سرکوبی و یا کنترل تجربه های خصوصی (افکار و احساسات) اقدامی صورت نمی گیرد. بلکه مراجعان یاد می گیرند که اثر و تأثیر افکار و احساسات نا خواسته را از طریق استفاده مؤثر از هوشیاری فراگیر کاهش دهند. مراجعان یاد می گیرند که جنگیدن با این تجربه های خصوصی را متوقف کنند، نسبت به آن ها گشاده باشند، جایی را به آن ها اختصاص دهند و بدون هیچ تلاشی به آن ها اجازه دهند که بیایند و بروند.

منابع

- آذربایجانی، مسعود. (۱۴۰۳). آزمون جهت گیری مذهبی با تکیه براسلامی، دانشکده روان شناسی، پایان نامه کارشناسی ارشد بالینی، دانشگاه شهید بهشتی
- آقا یوسفی، علی رضا. (۱۴۰۲). معرفی جدید ترین روی آوردهای درمانگری، قم: انتشارات شهریار.
- آدرم، مهدیه؛ نیک منش، زهرا. (۱۴۰۰). گرایش به مصرف مواد در جوانان بر اساس ویژگی های شخصیتی. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، دوره چهاردهم، شمار دوم: ۱۰۴-۱۰۱.
- احمدوند، محمدعلی. (۱۳۹۷). اعتیاد (سبب شناسی و درمان آن). تهران: انتشارات پیام نور

- امین آبادی، ایران؛ بهرامی، فاطمه؛ احمدی، احمد و صالحی، اعظم. (۱۴۰۰). رابطه بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان و مشکلات هیجانی با توجه به عوامل فردی و خانوادگی، فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده. ۱ (۱): ۱-۱۸.
- احمدوند، محمد علی، (۱۳۹۷)، بهداشت روانی، انتشارات پیام نور
- براتی، فریده. (۱۳۹۹). مثبت / اندیشی و مثبت گرایی، تهران: نشر قلم
- بیابانی، علی اصغر. کوچکی، عاشور محمد و گودرزی، حسینه. (۱۴۰۳). اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی. مجله روانشناسان ایرانی، ۳ (۱۱): ۲۶۵-۲۵۹.
- برقی، فتنه. (۱۳۹۹). سنجش اعتیاد پذیری دانش آموزان دبیرستان های تهران به منظور شناسایی افراد مستعد سوء مصرف کننده مواد. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی.
- برماس، حامد. (۱۳۹۹). بررسی رابطه افسردگی با نگرش دانش آموزان مقطع متوسطه شهر تهران به سوء مصرف مواد مخدر، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.
- بازغی، پانته آ (۱۴۰۲). رابطه رضایت زناشویی و سبکهای فرزندپروری والدین بر گرایش جوانان در سوء مصرف مواد. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه علوم و تحقیقات کرمانشاه. منتشر نشده
- صفری شالی، رضا، (۱۳۹۹)، میزان اعتماد اجتماعی و عوامل موثر بر آن، اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی
- طب و پزشکی جامعه زنان دارای همسر معتاد، سال اول، شماره ۲، ۱۶۸، -۱۷۴
- ساعتچی، محمود. (۱۳۹۸). راهنمای آزمونهای روانشناختی. تهران: انتشارات ارسباران.
- سریع القدم، زهرا. (۱۳۹۸). مفهوم سلامت روان شناختی، مشهد: انتشارات جاودان فرد
- سلطانی، زهرا. (۱۴۰۲). نقش شوخ طبعی و تجارب معنوی در تاب آوری و بهزیستی روانشناختی دانشجویان، پایان نامه کارشناسی /رشد، دانشگاه زنجان، پژوهشگاه علوم انسانی و اجتماعی، منتشر نشده.
- شریفی، فریده. (۱۴۰۰). «بررسی راههای برون رفت مشکلات و سیاستگذاری برای بهبود وضعیت بازنشستگان». مجموعه مقالات برتر موضوع بازنشستگی چهارمین جشنواره شهید رجایی، نشر سازمان بازنشستگی.
- شکری امید. (۱۴۰۳). تفاوت های جنسیتی در بهزیستی ذهنی و نقش ویژگیهای شخصیت، مجله پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، دوره ۱، شماره ۴
- شاکریان، رضا. (۱۴۰۲). بررسی و مقایسه ی حمایت خانواده و ارتباط با کیفیت زندگی و بهبود علائم آسم دانشجویان مبتلا به آسم دانشگاه آزاد سمنج. پایان نامه کارشناسی /رشد، روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد سمنج.
- شیرین پور، مجید. (۱۳۹۹). بررسی رابطه سبکهای مقابله ای و کیفیت زندگی با رضایت زناشویی افراد مبتلا به آسم اهواز. پایان نامه کارشناسی /رشد مشاوره و خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- عبادی، ندا، سودانی، منصور، فقیهی، علی نقی، حسین پور، محمد. (۱۴۰۳). بررسی اثربخشی روان درمانی مثبت گرا با تاکید بر آیات قرآن بر افزایش امید به زندگی زنان مطلقه شهر اهواز، مجله (روان شناسی اجتماعی) یافته های نو در روان شناسی، دوره ۴، شماره ۱۰، از صفحه ۷۱ تا صفحه ۸۴
- علی پور، احمد. (۱۴۰۰). مقدمات روانشناسی سلامت، تهران انتشارات پیام نور

علی خانی ، زهرا. (۱۴۰۳). نقش شوخ طبعی و تجارب معنوی در تاب آوری و بهزیستی روانشناختی معنادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد ، *پایان نامه کارشناسی ارشد*، دانشگاه زنجان، پژوهشکده علوم انسانی و اجتماعی، منتشر نشده.

موسوی، عباس. (۱۴۰۳). بررسی رابطه جهت گیری مذهبی ومولفه های خودپنداشت با میزان تنیدگی در دانشجویان دانشگاه تهران ودانشگاه تربیت مدرس. *پایان نامه فوق لیسانس*، دانشگاه تربیت مدرس.

-نراقی، احسان. (۱۴۰۰). *کیفیت زندگی* . چاپ اول ، انتشارات امیرکبیر، تهران.

-نظری، جواد. مختاری، مرضیه. (۱۳۹۹). *جامعه شناسی کیفیت زندگی* . نشر جامعه شناسان.

-نیکوگفتار، مریم. (۱۴۰۰). *روانشناسی دین ومعنویت*، قم: نشرادیان.

نصیری، حبیب الله، جوکار، بهرام. (۱۳۹۷). معنا داری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان. *مجله پژوهش زنان*، دوره ۶، شماره ۲، صص ۱۷۶-۱۵۷.

واحدی شهرام، اسکندری فاطمه. (۱۳۹۹). اعتبارسنجی و تحلیل عاملی تأییدی چند گروهی مقیاس رضایت از زندگی در بین دانشجویان پرستاری و مامایی . *پژوهش پرستاری* ۵ (۱۷) ؛ ۷۵-۶۸.

-Bigal, ME; Arruda, MA (2010). "Migraine in the pediatric population--evolving concepts.". *Headache* 50 (7): 1130-43.

- Brennan, KC; Charles, A (2011). "An update on the blood vessel in migraine.". *Current opinion in neurology* 23 (3): 266-74.

-Brown, J, (2011).Positive illusions and well-being revisited: separating fact from fiction. *Psychological Bulletin*, V.116, p.7-21.

-Buzzi, MG; Cologno, D; Formisano, R; Rossi, P (2012). "Prodromes and the early phase of the migraine attack: therapeutic relevance.". *Functional neurology* 20 (4): 179-83

-Barabasz, M.,Barabasz, A. (1996).Attention Deficit Disorder :Diagnosis,Etiology and Treatment. *Child Study*,26(1),1-37.

-Camera, A. , Esposito , K.,Brien ,c.o.(2013). Cognitive Behavior Management , In *BehaviorManagement Traditional and Expanded Approches* (pp91-109), University Press Off America Inco.

-Clayton HN , (2012).Brownlee K. Solution focused brief therapy with cancer patientand their families. *J Psychosoc Oncol*; 20:1-13.

-Cathrine, C. L., Bulter, J. R. Koopman, L, (2013).Supportive expressive group therapy and distress in patient with metastatic breast cancer. *Journal of Medical psychology*, v.122, N.1, p.52-57.

- Damas, E. J. W., & Laughlim, J. (2001). Latent model of family process in African American families: Relationships to child competence, achievement, and problem behaviors. *Journal of Marriage and Family*, 63, 967-98.

- Farrow, M. A., Brissing, L. D. (2023). Communication schemata within the family: Multiple perspectives on family interaction. *Human Communication Research*, 20, 275-301.

- Koerner, A. F. & Fitzpatrick M.A. (1997). Family type and conflict: The impact of conversation orientation and conformity orientation on conflict in the family,*Communication Studies*, 48 , 59-78.