

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر مدل مایکل فریش بر مسئولیت‌پذیری اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی درمان‌جویان مراکز ترک اعتیاد**

تاریخ دریافت مقاله: 1402/8/20 تاریخ پذیرش: 1403/1/8

زهرا جلیلی غلامی¹، ملیحه عرب هاشمی²، طلعت سادات صباغ حسن زاده^{3*}

مقاله پژوهشی

چکیده

هدف: از جمله آسیب‌های اجتماعی جامعه اعتیاد است. با رویکرد درمان شناختی- رفتاری فریش می‌توان به بهبود توانمندی‌های اجتماعی و روان‌شناختی افراد معتاد کمک نمود و زمینه تسهیل فرایند ترک را در آنان فراهم کرد. بنابراین این پژوهش با هدف اثربخشی روان‌درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر مدل مایکل فریش بر مسئولیت‌پذیری اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی بر درمان‌جویان مراکز ترک اعتیاد انجام شد.

روش: پژوهش از نوع تحقیقات نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه درمان‌جویان مراکز ترک اعتیاد تحت نظر بهزیستی شهر مشهد بود که از بین آنها 30 نفر به صورت داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه 15 نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه مسئولیت‌پذیری اجتماعی سالکووسکیس (2000) و پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (1989) استفاده شد. گروه آزمایش 8 جلسه درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر مدل مایکل فریش دریافت نمودند. داده‌ها بر اساس روش تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مدل مایکل فریش منجر به بهبود مسئولیت‌پذیری ($F=7/943P, <0/05$) و بهبود بهزیستی شناختی ($F=9/971P, <0/05$) درمان‌جویان ترک اعتیاد می‌شود. **نتیجه‌گیری:** بر این اساس مراکز مشاوره‌ای و کمپ‌های ترک اعتیاد می‌توانند برای کمک به معتادان از روش‌های درمان غیردارویی مثل نتایج پژوهش حاضر نیز کمک بگیرند.

کلمات کلیدی: روان‌درمان شناختی- رفتاری مایکل فریش، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی

1. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه علوم تربیتی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.

2. استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.

3. استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: sabbagh@pnu.ac.ir

** این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.



The Effectiveness of Michael Frisch's Cognitive-behavioral Psychotherapy on the Social Responsibility and Psychological Well-being of Addiction Treatment Centers

Received: 2023/11/11 Accepted: 2024/03/27

Zahra jalili gholami¹, Malihe Arab Hashemi², Talat Sadat Sabbagh Hasanzadeh^{3*}

Original Article

Abstract

Introduction: Addiction is one of the social harms that society is always involved with. By improving some social and psychological characteristics in addicted people, the treatment process can be facilitated more favorably. With Farish's cognitive-behavioral therapy approaches, it is possible to help in various ways to improve the social and psychological capabilities of addicted people and to facilitate the treatment process. Therefore, this research was conducted with the aim of the effectiveness of cognitive-behavioral psychotherapy based on Michael Frisch's model on social responsibility and psychological well-being in drug addiction treatment centers.

Method: The research was semi-experimental, with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population included all the treatment-seeking drug addiction treatment centers under the supervision of the Welfare Organization Mashhad, from which 30 people were voluntarily selected and randomly placed in two groups of 15 people, experimental and control. To collect data, the Salkovskis Social Responsibility Questionnaire (Salkovskis, 2000) and the Riff Psychological Well-Being Questionnaire (1989) were used. The experimental group received 8 sessions of cognitive-behavioral therapy based on Michael Frisch's model. The data were analyzed based on multiple covariance analysis.

Results: The results of the research showed that cognitive-behavioral therapy based on the Michael Frisch model led to accountability improvement ($F=7.943$, $P<0.05$) and improved cognitive well-being ($F=9.971$, $P<0.05$), and seeking treatment to get rid of addiction.

Conclusion: Based on this, counseling centers and addiction treatment camps can also use non-drug treatment methods to help addicts, according to the results of the present study.

Keywords: Michael Frisch's Cognitive-Behavioral Psychotherapy, Social Responsibility, Psychological Well-Being

1. Master's student, Department of Educational Sciences, Qochan Branch, Islamic Azad University, Qochan, Iran.

2. Assistant Professor, Educational Sciences Department, Qochan Branch, Islamic Azad University, Qochan, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Payam Noor University, Tehran, Iran.

*. Corresponding Author: sabbagh@pnu.ac.ir

مقدمه

از آسیب‌های اجتماعی که جامعه همواره با آن درگیر است می‌توان به اعتیاد¹ اشاره کرد. اعتیاد بیماری جسمانی، روانی و اجتماعی است که در آن رفتاری تکانشی که دارای عوارض و پیامدهای مخربی است، دائماً تکرار می‌شود (وگمن² و همکاران، 2017). اعتیاد³ یا وابستگی⁴ به مواد که در تقسیم‌بندی‌های روانپزشکی تحت عنوان اختلالات مرتبط با مواد تعریف شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا⁵، 2013) که پیش‌آیندهای زیستی، روانی و رفتاری در شیوع و تداوم آن نقش دارند (پروسی⁶ و همکاران، 2021). اعتیاد یعنی وابستگی بیمارگونه به مصرف یک یا چند نوع ماده مخدر که سبب بروز رفتارهای موادجویانه شده و در صورت عدم مصرف مواد مورد نظر علائم محرومیت در فرد معتاد بروز می‌کند. به عبارتی ابتلای اسارت‌آمیز به ماده مخدر که از نظر جسمی یا اجتماعی زبان آور شمرده می‌شود اعتیاد نام دارد (علی‌نژاد، 2018). مصرف مواد یک آسیب فردی و اجتماعی است که با سلامت روان‌شناختی جامعه در ارتباط بوده و تلاش‌های بسیاری را برای تبیین علل این پدیده برانگیخته است (آیاس⁷ و همکاران، 2021). همچنین از نظر سازمان جهانی بهداشت⁸ اعتیاد عبارت است مسمومیت⁹ مزمن و ادواری یا مخرب برای فرد و جامعه که به واسطه استعمال مکرر یک داروی طبیعی (مثل تریاک) یا مصنوعی ایجاد می‌شود و معتاد کسی است که از راه‌های گوناگون (خوردن مواد مخدر، تزریق¹⁰، دود کردن¹¹، استنشاق¹²) یک یا چند نوع ماده را با هم و به صورت مداوم مصرف می‌کند که در صورت قطع آن با مشکلات جسمانی و رفتاری مواجه می‌شود (ماردپور و همکاران، 1393). براساس کتاب راهنمای تشخیصی بیماری‌های روان‌شناسی و روانپزشکی اختلال سوء مصرف مواد الگوی تکراری مصرف مواد مخدر بوده که نتیجه آن اختلال در زندگی روزمره یا پریشانی قابل توجه می‌باشد. همانند اکثر مشکلات اعتیادی، فرد معتاد بدون توجه به عواقب ناشی از کار خود، به مصرف ماده مخدر با قصد شخصی ادامه می‌دهد و به عنوان اختلالات مزمن و عود کننده با تأثیرات و پیش‌آیندهای زیستی و فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی در نظر گرفته می‌شود (مانریک میلیونز¹³ و همکاران، 2021).

اعتیاد یک پدیده پیچیده و چند عاملی است که از دیدگاه‌های مختلف زیستی، روان‌شناختی، فرهنگی، اجتماعی و معنوی مورد بررسی قرار می‌گیرد و به عنوان یکی از معضلات اجتماعی در جامعه به ویژه در بین نوجوانان شیوع بالایی دارد که این موضوع می‌تواند مضرات مختلف اجتماعی و بهداشتی مانند آسیب به زمینه اقتصادی فرد، افزایش خشونت، خطر افزایش ایدز، بزهکاری، بیکاری، افزایش اختلالات روانی و افکار خودکشی را در پی داشته باشد (تریپ و لایز¹⁴، 2018).

بهزیستی روان‌شناختی¹⁵ پایین یکی از مشکلات افراد درگیر با اعتیاد است. یافته‌های پژوهشی در این زمینه نشان داده‌اند که افراد مصرف‌کننده مواد به لحاظ سلامت و بهزیستی روانی در وضعیت مطلوبی نیستند و از بهزیستی روان‌شناختی پایینی برخوردارند (پریادارشینی و ورما¹⁶، 2019). بهزیستی روان‌شناختی به معنای احساس مثبت و احساس رضایت‌مندی عمومی از زندگی است

1. Addiction
2. Wegman
3. Addiction
4. Dependence
5. American Psychiatric Association
6. Perruci
7. Aas
8. The World Health Organization
9. Poisoning
10. Injection
11. Smoke
12. Inhalation
13. Manrique-Millones
14. Tripp & Liese
15. Psychological well-being
16. Priyadarshini & Verma

که شامل خود و دیگران در حوزه‌های مختلف است (داینر¹، 2016) و به انواع ارزیابی‌های گوناگون (مثبت و منفی) افراد از زندگی اشاره دارد که شامل ارزیابی‌های شناختی و فکری و واکنش‌های عاطفی به حوادث زندگی است (کارادماس²، 2017). بهزیستی روان‌شناختی یک مفهوم نسبتاً وسیع است که به یک وضعیت خوب یا رضایت‌بخش از زندگی، وضعیتی که با سلامتی، شادکامی و کامیابی توصیف می‌شود، اشاره دارد. اصطلاح بهزیستی روان‌شناختی اغلب با اصطلاح سلامت روان به صورت متقابل به کار می‌رود. این به عملکرد در سطح بالایی از سازگاری رفتاری و عاطفی اشاره دارد و صرفاً عدم وجود بیماری نیست (ربر و ربر³، 2001؛ به نقل از پیتر و آلیشا⁴، 2018). بهزیستی روان‌شناختی احساس مثبت و رضایت‌مندی عمومی از زندگی که شامل خود و دیگران در حوزه‌های مختلف خانواده و شغل است، تعریف می‌شود. احساس بهزیستی دربرگیرنده احساس انسجام و پیوستگی در زندگی، تعادل عاطفی و رضایت کلی از زندگی است و به معنای قابلیت یافتن استعداد‌های فرد است (سلیگمن⁵، 2019). بهزیستی ارزیابی و شناخت فرد از نحوه عملکردش در اجتماع و نحوه پذیرش او است که بر احساسات و عواطف او اثر می‌گذارد (محمودپور و همکاران، 1399). افرادی که از بهزیستی روان‌شناختی بالاتری برخوردارند، رضایت از زندگی بالاتر و آشفتگی‌های روانی و هیجانی پایین‌تری دارند (تاو و دینر⁶، 2021). یکی از عوامل گرایش به مواد سطح پایین بهزیستی روان‌شناختی ادراک شده در افراد می‌باشد که در پی خلق شرایط بهتری از لحاظ روان‌شناختی و ذهنی هستند و یکی از دلایلی است که گرایش به مواد مخدر پیدا می‌کنند (سینها⁷، 2018). افراد وابسته به مواد در جنبه‌های مختلف زندگی اعم از خانوادگی، زناشویی، اجتماعی و شغلی با مسائل و مشکلات زیادی مواجه می‌شوند و کیفیت زندگی و بهزیستی روانی ادراک شده آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (زوباران و فورستی⁸، 2020).

یکی دیگر از متغیرهایی که به نظر می‌رسد، در بین افراد وابسته به مواد از فراوانی پایینی برخوردار باشد، متغیر مسئولیت‌پذیری⁹ است. به طوری که وابستگی به مواد ممکن است احساس مسئولیت افراد را کاهش دهد. مسئولیت‌فرآیندی است که فرد باید از اولین سال‌های کودکی آن را آموخته تا با وظایف متعددی که در دوران‌های مختلف زندگی روبرو می‌شود مسئولانه برخورد کند. مسئولیت‌پذیری افراد در هر جامعه‌ای، یکی از ارزش‌های آن جامعه محسوب می‌شود و از شاخص‌های مهم سلامت روان محسوب می‌شود (تقوی زاده و همکاران، 1398). مسئولیت‌پذیری یک الزام و تعهد درونی از سوی فرد برای انجام مطلوب فعالیت‌هایی است که بر عهده‌اش گذاشته شده است. از جمله نظریاتی که در رابطه با مسئولیت‌پذیری بحث می‌کنند نظریه وجودگرایان است. مطابق این نظریه مسئولیت‌پذیری امری وجودی است که از طریق تعلیم و تربیت شکوفا می‌گردد. از این رو هر چه انسان آگاه‌تر باشد بیشتر احساس مسئولیت خواهد کرد و با تداوم آگاهی، انسان نیز همواره احساس مسئولیت می‌کند (پینتو¹⁰ و همکاران، 2020). عدم مسئولیت‌پذیری و احساس مسئولیت از عوامل تأثیرگذار بر گرایش افراد به سوی مواد می‌باشد. به طوری که سوءمصرف مواد منجر به مشکلات اجتماعی برای فرد مصرف‌کننده می‌شود. این مشکل می‌تواند شامل عدم حضور و احساس مسئولیت در محل کار، مدرسه، خانواده یا مسائل حقوقی و قانونی برای او شود. عدم مسئولیت‌پذیری این افراد در قبال خود و خانواده و دیگران از مشکلات شاخص معنادان است. عدم وجود سطح قابل قبولی از مسئولیت‌پذیری در این افراد، لزوم به کارگیری

1. Deiner
2. Karademas
3. Reber & Reber
4. Peter & Alicia
5. Seligman
6. Tov & Diener
7. Sinha
8. Zubaran & Foresti
9. Responsibility
10. Pinto

روش‌هایی جهت تأکید بر پیامدهای اعتیاد را دو چندان می‌کند. یافته‌های پژوهشی در این زمینه حاکی از تأثیر وابستگی به مواد بر کاهش مسئولیت‌پذیری مبتلایان می‌باشد (کاین¹ و همکاران، 2015).

در طی سال‌های گذشته برنامه‌های درمانی مختلفی برای درمان اعتیاد معرفی شده‌اند. اما همچنان عدم موفقیت برخی بیماران در این برنامه‌های درمانی دیده می‌شود. برنامه‌های درمانی در قالب درمان‌های دارویی و غیر دارویی ارائه می‌شوند (خردمند و همکاران، 1389). از جدیدترین درمان‌های غیر دارویی درمان شناختی - رفتاری² است. این درمان شیوه‌ای کوتاه مدت و متمرکز می‌باشد که به مصرف کنندگان مواد کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی را که در آن احتمال سوء مصرف مواد بالا می‌رود را شناسایی کرده و در زمان‌های لازم از این موقعیت‌ها دوری کنند و در نهایت به شیوه مؤثری با طیف مشکلات و رفتارهای مسأله‌دار مرتبط با مواد مقابله نمایند (لاو و مک مین³، 2015). درمان شناختی - رفتاری روشی است برای مشاهده افکار، تصاویر، احساسات و پذیرش آن‌ها بدون این که فرد با محتوای افکار درگیر شود یا با فنون درمان شناختی - رفتاری کلاسیک با افکار منفی چالش کند و به آزمون واقعیت بپردازد (فرهادی و زمانی، 2016).

در روش شناختی - رفتاری تکنیک‌های مختلفی به کار گرفته می‌شود. در این روش فنون رفتاری به طور عمده در برگیرنده شیوه‌های اجتناب از موقعیت‌های محرک و یا تغییر پاسخ نسبت به چنین محرک‌ها و دادن پاسخ‌های تازه به آن می‌باشد. استفاده از تکنیک‌های آرامش عضلانی در هنگام اضطراب شدید به جای استفاده از مواد و ارائه تقویت‌های تازه و مناسب نیز از فنون دیگر درمان می‌باشد. با استفاده از تکنیک‌های شناختی مراجع کنندگان قادر می‌شوند که افکار منجر به مصرف مواد را شناسایی کرده، افکار معیوب را تشخیص داده و بکشند تا به جای آن افکار مناسبی را جایگزین کنند. با این فنون به مراجعین آموزش داده شود که روابط و موقعیت‌ها را با دید تازه‌ای بنگرند (کلارک⁴ و همکاران، 2020). فرض اساسی در درمان‌های شناختی - رفتاری در اعتیاد این است که سوء مصرف مواد در واقع ناشی از مشکلات مختلف در زندگی فرد و عدم توانایی او در برخورد صحیح با آن‌هاست. بنابراین، مداخلات مؤثر در درمان سوء مصرف مواد به جای تمرکز بر عمل سوء مصرف به تنهایی، می‌بایست به طیف گسترده‌ای از رفتارهای دیگر نیز توجه نماید (اختیاری، 1388).

یکی از رویکردهای نوین در درمان شناختی - رفتاری مدل مایکل فریش است که مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی افراد می‌باشد و جدیدترین پژوهش‌ها و نظریه‌های مربوط به شادکامی، بهزیستی روان‌شناسی مثبت و مدیریت عواطف منفی را به همراه بصیرت ناشی از کار بالینی و روان‌شناسی مثبت، به شکل مؤثری انسجام بخشیده و مورد استفاده قرار می‌دهد (نریمانی، 2002). روان‌درمانی شناختی مایکل فریش، از رویکرد رضایت‌مندی از زندگی دفاع می‌کند و بر اساس آن فرد اصول و مهارت‌هایی را فرا می‌گیرد که به مسئولیت‌پذیری وی کمک می‌کند. هدف اصلی مداخله شناختی مایکل فریش، افزایش بهزیستی روان‌شناختی و مسئولیت‌پذیری بیمار می‌باشد (رو⁵ و همکاران، 2015).

از آن‌جا که اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر در اغلب کشورهای جهان به عنوان یک اختلال عودکننده مطرح شده و با مشکلات زیادی همراه بوده و مسأله‌ای چند بعدی است. از این رو و آسیب اجتماعی، بهداشتی، اقتصادی و فرهنگی تلقی شده و به عنوان یک پدیده ویران‌گر و مخرب سرمایه‌های انسانی است (نعمت‌زاده و همکاران، 1402) و با توجه به جامعه هدف (درمان‌جویان مراکز ترک اعتیاد) می‌توان با استفاده از این رویکرد نقاط آسیب‌زای زندگی آنان را یافت و با افزایش دیدشان نسبت به انواع حیطه‌هایی که دارند و سرمایه‌گذاری روی آن‌ها بر رفتار عود و دشواری در بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها تأثیر گذاشت، لذا بر آن شدیم مطالعه‌ای با هدف اثربخشی روان‌درمان شناختی - رفتاری مایکل فریش بر مسئولیت‌پذیری اجتماعی و بهزیستی

1. Cain
2. Cognitive-Behavioral Approach
3. Lau & McMain
4. Clarke
5. Rowe

روان‌شناختی در درمان‌جویان مراکز ترک اعتیاد انجام دهیم، تا شاید قدمی هر چند کوچک و در حد یک مدل درمانی جهت تسریع بخشی به درمان این افراد ارائه نماییم. در این پژوهش بررسی می‌کنیم که آیا روان‌درمان شناختی- رفتاری مایکل فریش بر مسئولیت‌پذیری اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی در درمان‌جویان مراکز ترک اعتیاد مؤثر است؟

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه درمان‌جویان تحت درمان مراکز ترک اعتیاد تحت نظر بهزیستی شهر مشهد بود. نمونه پژوهش شامل 30 نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل عدم شرکت همزمان در برنامه‌های درمانی دیگر در طی انجام پژوهش، داشتن پرونده در بهزیستی مشهد و مقیم در مراکز ترک اعتیاد و رضایت آگاهانه آنان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش غیبت بیش از یک جلسه، ناقص پر نمودن پرسش‌نامه‌ها یا عدم تمایل آن‌ها به ادامه همکاری در پژوهش و ترخیص یا فرار از کمپ بود. در این پژوهش اصول اخلاقی شامل حفظ حریم خصوصی افراد و رازداری رعایت شده است. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره تحلیل شد.

ابزارهای پژوهش

الف - پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی: فرم اولیه این پرسش‌نامه توسط ریف (1989) طراحی و در سال 2002 تجدید نظر شده و با 6 مؤلفه اصلی استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی و پذیرش خود تدوین و توسط خانجانی و همکاران (1393) اعتباریابی شده است. این پرسش‌نامه 18 گویه دارد و بر اساس طیف لیکرت 6 درجه‌ای (کاملاً مخالفم=1 تا کاملاً موافقم=6) تنظیم شده است. 10 سوال به صورت مستقیم و 8 سوال (1، 4، 5، 9، 10، 13، 16 و 17) به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود. آلفای کرونباخ به دست آمده در مطالعه ریف برای پذیرش خود (0/93)، ارتباط مثبت با دیگران (0/91)، استقلال (0/86)، تسلط بر محیط (0/90)، هدفمندی در زندگی (0/90) و رشد شخصی (0/87) گزارش شده است. ضریب همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش خانجانی و همکاران (1393) برای کل مقیاس 0/71 بود. همچنین ضریب همبستگی به دست آمده بر اساس روش باز آزمایی برای کل آزمون 0/76 بدست آمده که پایایی مطلوب پرسش‌نامه را نشان می‌دهد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ پرسش‌نامه 0/78 بدست آمد.

ب- مقیاس مسئولیت‌پذیری اجتماعی: این پرسش‌نامه شامل 26 گویه می‌باشد که توسط سالکووسکیس و همکاران (2000) تهیه و تدوین شده و توسط کبیرنژاد و همکاران (1389) اعتباریابی شده است. پاسخگویی به این ابزار بر اساس مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت می‌باشد که به ترتیب به گزینه کاملاً مخالف نمره 1، مخالفت خیلی زیاد نمره 2، مخالفت کم نمره 3، بی‌تفاوت نمره 4، موافقت کم نمره 5، موافقت خیلی زیاد نمره 6 و به گزینه کاملاً موافق نمره هفت تعلق می‌گیرد. در مجموع دامنه نمرات این ابزار بین 154-22 می‌باشد. هر چه نمره فرد در این آزمون بالا باشد نشان‌دهنده مسئولیت‌پذیری بالای فرد می‌باشد. ضرایب پایایی بازآزمایی در پژوهش سالکووسکیس 0/90 گزارش شده و روایی آن از طریق تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و تأیید شد. نتیجه محاسبه پایایی در پژوهش کبیرنژاد و همکاران (1389) به روش بازآزمایی در فاصله یک هفته از آزمایش اول 0/84 و به روش دو نیمه کردن 0/61 بود و ضریب همسانی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ 0/94 به دست آمد. روایی پرسش‌نامه در پژوهش حاضر توسط 3 نفر از اساتید متخصص در حیطه روان‌شناسی تأیید شد و همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ 0/85 به دست آمد.

روند اجرای پژوهش

پژوهشگر پس از دریافت معرفی نامه از دانشگاه برای انتخاب آزمودنی‌ها و جمع‌آوری اطلاعات به کمپ‌های ترک اعتیاد مراجعه نمود و با توضیح اهداف پژوهش خود به مدیران این مراکز همکاری آنان را جلب کرد. مسئولین مراکز با توضیح موضوع و اهداف تحقیق به معتادین تعدادی از آنان را که حاضر به همکاری بودند به محقق معرفی نمودند و پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان برای همکاری معیارهای خروج از پژوهش از جمله این که در طول جلسات تحت درمان و مشاوره دیگری قرار نگیرند و در صورت عدم تمایل به همکاری می‌توانند انصراف دهند، به آنها توضیح داده شد. با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود افراد داوطلب به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش تحت مداخله با بسته روان‌درمانی شناختی - رفتاری مایکل فریش در طی 8 جلسه 90 دقیقه‌ای قرار گرفتند. خلاصه محتوای جلسات درمانی در جدول 1 ارائه شده است.

جدول 1. محتوای جلسات روان‌درمانی شناختی - رفتاری مایکل فریش

جلسه	محتوای جلسات
اول	برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره آموزشی / معرفی و بحث پیرامون کیفیت زندگی، مسئولیت‌پذیری، شادی
دوم	مروری بر بحث جلسه قبل، تعریف درمان شناختی مایکل فریش، آشنا کردن اعضای گروه با مسئولیت‌پذیری و ابعاد آن و کشف موارد مشکل آفرین اعضا
سوم	معرفی پنج ریشه، شروع کردن با یکی از ابعاد مسئولیت‌پذیری، معرفی شرایط زندگی به عنوان استراتژی اول و کاربرد آن در ابعاد مسئولیت‌پذیری
چهارم	بحث پیرامون پنج ریشه، معرفی نگرش به عنوان استراتژی دوم و کاربرد آن در ابعاد مسئولیت‌پذیری
پنجم	معرفی استانداردها، اولویت‌ها، تغییر رضایت به عنوان استراتژی‌های سوم، چهارم و پنجم و کاربرد آن در استفاده از اصول مسئولیت‌پذیری
ششم	بحث پیرامون اصول مربوط به مسئولیت‌پذیری، ارائه اصل و توضیح کاربرد این اصول برای افزایش بهزیستی روان‌شناختی
هفتم	بحث درباره حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در حیطه روابط
هشتم	ارائه خلاصه ای از مطالب عنوان شده در جلسات قبل، جمع بندی و آموزش تعمیم پنج ریشه در شرایط مختلف زندگی و کاربرد اصول در ابعاد مسئولیت‌پذیری

داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در جدول 2 میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای مسئولیت‌پذیری اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی ارائه شده است.

جدول 2. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	پایین‌ترین	بالا‌ترین
بهزیستی روان‌شناختی	پیش آزمون	39/65	10/638	24	59
	پس آزمون	39/80	9/934	25	55
مسئولیت‌پذیری اجتماعی	پیش آزمون	38/45	10/349	24	54
	پس آزمون	49/05	10/874	33	69
	پیش آزمون	36/60	10/777	21	57
	پس آزمون	34/05	10/465	19	55
	پس آزمون	37/95	11/095	23	57

آزمایش 48/10 11/674 33 70

نتایج جدول 2 نشان می‌دهد بین دو گروه آزمایش و کنترل در هر دو متغیر بهزیستی روان‌شناختی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد. اما نمره میانگین دو متغیر بهزیستی روان‌شناختی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی در گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون تفاوت داشته و گروه آزمایش در پس‌آزمون نمرات بالاتری را نسبت به گروه کنترل در هر دو متغیر مورد مطالعه نشان می‌دهند. همچنین نمره میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش معناداری داشته است. برای تجزیه و تحلیل نتایج اصلی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای استفاده از این آزمون پیش‌فرض‌ها (همگنی واریانس‌ها، نرمال بودن و همگنی شیب رگرسیون) مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون‌های دو متغیر بهزیستی روان‌شناختی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد واریانس‌ها برای نمرات متغیر بهزیستی روان‌شناختی ($F=0/42$ و $P=0/475$) و متغیر مسئولیت‌پذیری اجتماعی ($F=0/368$ و $P=0/089$) یکسان است. بدین معنا که مفروضه واریانس‌های مشابه در دو گروه آزمایش و کنترل رعایت شده است. جهت بررسی نرمال بودن نمرات متغیرها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد که نتایج نشان داد توزیع نمرات در گروه آزمایش و کنترل در دو متغیر پژوهش در هر دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال است. نتایج بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره کل هر دو متغیر در گروه آزمایش و کنترل نشان داد که شیب رگرسیون برای نمره کل متغیرها برقرار بود. همچنین نتایج آزمون ام‌باکس فرض همگنی ماتریس کوواریانس دو گروه آزمایش و کنترل را در متغیرهای پژوهش تایید می‌کند ($MBox=4/4$, $P=0/698$). بر اساس این مفروضات امکان استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره در این پژوهش وجود دارد. نتایج مرحله پس‌آزمون در جدول 3 آمده است.

جدول 3. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون متغیرهای وابسته گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	Fمیزان	سطح معناداری	اندازه اثر
ردپیلایی ¹	0/65	2	25	23/1	0/001	0/532
لامبدای ویلکز ²	0/35	2	25	23/1	0/001	0/735
رد هاتلینگ ³	1/8	2	25	23/1	0/001	0/861
بزرگترین ریشه روی ⁴	1/8	2	25	23/1	0/001	0/895

با توجه به نتایج جدول 3، سطح معناداری تمامی آزمون‌های چندمتغیره (0/001) و کمتر از (0/05) می‌باشد که این نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری در مرحله پس‌آزمون وجود دارد. در ادامه جهت بررسی این تفاوت نتایج بررسی تحلیل کوواریانس در نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته در جدول 4 ارائه شده است.

1. Pillai's Trace
2. Wilks' Lambda
3. Hotelling's Trace
4. Roy's Largest Root

جدول 4. خلاصه تحلیل کواریانس برای بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری مایکل فریش

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
بهبودی روان‌شناختی	گروه	1	1282/279	100/940	0/001	0/795
	خطا	26	12/703			
مسئولیت‌پذیری اجتماعی	گروه	1	7316/172	508/221	0/001	0/951
	خطا	26	14/396			

جدول 5. میانگین نمره‌های تعدیل شده پس از آزمون متغیرهای تحقیق

متغیر وابسته	گروه	میانگین تعدیل شده	خطای استاندارد
بهبودی روان‌شناختی	کنترل	35/19	1/04
	آزمایش	70/60	1/04
مسئولیت‌پذیری اجتماعی	کنترل	43/41	0/984
	آزمایش	59/58	0/984

نتایج جدول 4 نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری از نظر میزان متغیر بهبودی روان‌شناختی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی بین دو گروه کنترل و آزمایش مشاهده شد. به عبارتی با توجه به میزان میانگین تعدیل شده متغیرها در جدول 5 می‌توان اذعان داشت روان‌درمانی شناختی- رفتاری مایکل فریش میزان مسئولیت‌پذیری اجتماعی و بهبودی روان‌شناختی افراد مورد مطالعه در گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل افزایش داده است. میزان تأثیر این مداخله بر متغیر مسئولیت‌پذیری اجتماعی 0/95 و بر بهبودی روان‌شناختی 0/79 بود. یعنی 95 درصد تفاوت نمرات در پس‌آزمون مسئولیت‌پذیری اجتماعی و 79 درصد تفاوت نمرات در پس‌آزمون بهبودی روان‌شناختی در ارتباط با روان‌درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر دیدگاه فریش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی شناختی- رفتاری مایکل فریش بر مسئولیت‌پذیری اجتماعی و بهبودی روان‌شناختی در درمان‌جویان مراکز ترک اعتیاد انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد درمان شناختی- رفتاری مایکل فریش منجر به بهبود مسئولیت‌پذیری درمان‌جویان ترک اعتیاد می‌شود. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش پسندیده و طاهری (1394)، آقایی و همکاران (1394) و نیکلاس¹ و همکاران (2016) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از ویژگی‌های شخصیتی انسان مسئولیت‌پذیری است که زمینه‌ساز بسیاری از موفقیت‌های فرد در زندگی است (مک لود²، 2018). احساس مسئولیت یک امر ذاتی نیست بلکه این ویژگی در متن خانواده و روابط اجتماعی و تعاملاتی که فرد با دیگران دارد امکان رشد می‌یابد (طهرانی مقدم و شریعت، باقری، 1397). مسئولیت‌پذیری یک انتخاب آگاهانه و بدون اجبار در تعیین رفتار خود و چگونگی رفتار با دیگران در مناسبات اجتماعی است (گاتیریز³ و همکاران، 2015). مسئولیت‌پذیری یک احساس اجبار و تعهدی که فرد از درون خود احساس می‌کند؛ می‌باشد که برای انجام مطلوب فعالیت‌هایی که بر عهده او گذاشته شده است ضروری است.

1. Niklas
2. MacLeod
3. Gutierrez

گلاسر¹ مسئولیت‌پذیری را توانایی برآوردن نیازهای خود و پذیرفتن پیامد رفتارها به گونه‌ای که مانعی در جهت برآوردن نیازهای افراد جامعه نباشد، عنوان می‌کند. مسئولیت‌پذیری در قالب سه مؤلفه یادگیری، انتخاب رفتارهایی است که نیازهای اساسی ما را برآورده می‌کند، پذیرفتن پیامدهای رفتار خود و این که مانعی بر سر راه برآورده شدن نیازهای دیگران نباشد، صورت‌بندی شده است (صاحبی و همکاران، 1394). از آن جایی که روان‌درمانی شناختی - رفتاری رویکردی است که بر افزایش توانایی‌ها و فضیلت‌های انسانی تأکید دارد و این امکان را برای افراد جامعه فراهم می‌کند که به موفقیت دست یابند و هیجان‌های شناختی و رفتاری در زندگی، نقش مهمی در بهزیستی روان‌شناختی، اجتماعی و جسمانی انسان‌ها دارد (پاشازاده و همکاران، 1402) و با توجه به این که این رویکرد بر فرآیندهای مثبت و توانایی‌های افراد تأکید دارد و به درمان‌گران توصیه می‌کند که به فرآیندهای مثبت مراجعانشان که کم و به ندرت در جریان زندگی‌شان جریان دارد توجه کنند. لذا همانطور که این یافته از پژوهش نشان می‌دهد انتظار می‌رود که با برگزاری جلسات روان‌درمانی شناختی - رفتاری، مسئولیت‌پذیری در افراد معتاد افزایش پیدا کند (زامبونی² و همکاران، 2021).

در درمان شناختی - رفتاری با تمرکز بر موفقیت‌ها و توانمندی‌های فرد و تقویت شناخت آنان به زندگی خودکارآمدی فرد را بالاتر برده و کمک می‌کند تا افراد موفقیت‌های بیشتری کسب کنند. همچنین در این درمان فرد می‌آموزد تا در برابر تنش‌ها از سبک‌های مقابله‌ای مؤثر استفاده کند که به آن‌ها کمک می‌کند از پس موقعیت‌های استرس‌زا بریابند با تبدیل آموزه‌های این درمان، از سطح افکار به سطح رفتار به فرد کمک می‌شود تا مسئولیت رفتارهای خود و همچنین آینده خود را بر عهده گیرد و از این طریق مسئولیت‌پذیری در فرد تقویت می‌شود (غرایبه³ و همکاران، 2022).

همچنین نتایج نشان داد درمان شناختی - رفتاری مایکل فریش منجر به بهبود بهزیستی شناختی درمان‌جویان ترک اعتیاد می‌شود. نتیجه این یافته با نتایج پژوهش‌های حسین زاده (1397)، کاظمی و کشاورزبان (1391) و راتی و رستوقی⁴ (2017) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت رویکردهای شناختی - رفتاری معنایی که فرد به رویدادها تخصیص می‌دهد چگونگی احساس و رفتار او را تعیین می‌کند. مشکلات روان‌شناختی که اعضا بابت آن به درمان رو می‌آورند مانند اضطراب، افسردگی، عدم رضایت از روابط بین فردی و غیره بدین خاطر وجود دارند که شخص پاسخی شناختی - درونی به محیطش می‌دهد که غیرانطباقی است. هدف هر گونه درمان شناختی - رفتاری، از جمله درمان گروهی، توانمند ساختن شخص در نیل به سیستمی از معانی است که بهبودی و سلامت را افزایش می‌دهد نه اینکه علایم را بپروراند (کالپانا و پاندا⁵، 2023). از سوی دیگر بهزیستی روان‌شناختی یکی از مهم‌ترین شاخص‌های کیفیت زندگی انسان‌ها می‌باشد. شاد بودن و رضایت‌مندی از زندگی، از فرآیندهای بهزیستی روان‌شناختی می‌باشند. انسان وقتی که لحظات شاد بیشتری نسبت به لحظات غیرشاد تجربه می‌کند، از کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بالاتری برخوردار است و رضایت‌مندی وی از زندگی بیشتر می‌شود. شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی موجب رشد متعادل و سلامت آدمی می‌شود و راه را برای پرورش صحیح‌تر و وسیع‌تر استعدادهای وی هموار می‌سازد. رشد فردی و توسعه اجتماعی به بهزیستی روان‌شناختی بستگی دارد که تا چه حد به این امر بها داده می‌شود. افرادی که از بهزیستی روان‌شناختی بالایی برخوردارند دارای روحیه مشارکتی و اجتماعی‌تراند و عاطفه مثبت بالاتری را تجربه می‌کنند. در حالی که افرادی که از بهزیستی روان‌شناختی پایینی برخوردارند، دچار مشکلات زیاد عاطفی می‌شوند و از سلامت عمومی و روانی پایین‌تری برخوردارند و در زندگی، عاطفه منفی بیشتری را تجربه می‌کنند. پس رویکردهای شناختی - رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیرگذار است (پور فتحیه و فتحی، 1399).

1. Glasser
2. Zamboni
3. Gharaibeh
4. Rathi & Ragstogi
5. Kalpana & Panda

یکی از موضوعات اساسی در ارتباط با سلامت افراد جامعه، مصرف مواد است. سوءمصرف مواد توسط افراد معتاد، مسایل چندی در سلامت و بهزیستی آنان از قبیل آسیب و مرگ از طریق خشونت بین فردی، تصادفات جاده ای، رفتارهای پرخطر، ابتلا به بیماری‌هایی همچون ایدز و مسایل و مشکلات خانوادگی را افزایش می‌دهد. اعتیاد نوعی بیماری است که پیامدهای زیستی، روانی، اجتماعی و خانوادگی فراوانی به دنبال دارد و برنامه‌های درمانی آن نیز پیامدهای گوناگونی به بار می‌آورند. اغلب برنامه‌های درمانی کاهش یا قطع مصرف دارو را هدف اصلی خود قرار می‌دهند. با این حال، بیماران وابسته به مواد با مشکلات فراوان دیگری نیز دست به گریبان هستند که سابقه بسیاری از این مشکلات ممکن است به پیش از شروع مصرف مواد برگردد (اکبری بورنگ و همکاران، 1394). حتی ممکن است این مشکلات از علل مهم شروع مصرف مواد نیز باشند. بدین ترتیب، برنامه‌های درمانی نه تنها باید کاهش و قطع مصرف دارو را هدف قرار دهند، بلکه باید متغیرهای روان‌شناختی مرتبط و مهم در ارتباط با شروع و ادامه مصرف مواد را نیز در نظر بگیرند. به رغم تلاش‌هایی که در مورد سبب شناسی مصرف مواد صورت گرفته است، باید خاطر نشان کرد افرادی که دچار سوءمصرف مواد هستند در یک الگوی خاص روانی و اجتماعی قرار نمی‌گیرند، بلکه این پدیده نتیجه تعامل عوامل مختلف و متعددی است (حسین زاده، 1397). در واقع، هر یک از نظریه‌هایی که در این باره مطرح شده‌اند تنها بخشی از این پدیده را مورد بررسی قرار داده است. در بین عوامل تعیین‌کننده گرایش به مصرف مواد، متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی همچون نگرش مثبت و مسئولیت‌پذیری از اهمیت خاص‌تری برخوردارند، چرا که روان‌شناسان معتقدند تأثیر عوامل زیستی و اجتماعی باید از دریچه گرایش‌های روانی فرد به مصرف مواد بگذرد. به عنوان مثال، در صورتی که خود فرد نسبت به مصرف مجدد مواد نگرش مثبتی نداشته باشد و یا مسئولیت‌های لازم و کافی نداشته باشد و آن را راه‌گشای مشکلات خود تلقی نکند، احتمال کمتری وجود دارد که فرد اقدام به مصرف مجدد مواد کند، یا در صورتی که فرد از اعتماد به نفس کافی، رابطه مطلوب با همسر و فرزندان و دارای مهارت‌های ارتباطی مؤثر و کنترل ولع مصرف برخوردار باشد در برابر فشار ناشی از وسوسه مصرف که یکی از عوامل مصرف مواد محسوب می‌شود، تسلیم نخواهد شد (قهرمانی، 1398). از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از نمونه‌گیری دردسترس، استفاده از پرسش‌نامه‌های خود گزارش‌دهی و آشنایی ناکافی اعضای نمونه با این نوع پرسش‌نامه‌ها و عدم کنترل متغیرهای مزاحمی چون نوع ماده مصرفی، مدت زمان سوءمصرف مواد اشاره نمود. همچنین با توجه به اثربخش بودن این نوع درمان بر مسئولیت‌پذیری اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی درمان‌جویان پیشنهاد می‌شود درمان‌گران و مشاوران این حوزه در کنار درمان‌های دارویی از این نوع مداخلات روان‌درمانی جهت کمک به درمان‌جویان بهره ببرند. لذا در این راستا پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزان حوزه بهزیستی می‌توانند با ایجاد کارگاه‌های آموزشی برای مسئولان و مشاوران و آشنا کردن آن‌ها با نحوه برگزاری جلسات روان‌درمانی شناختی - رفتاری، آن‌ها را آماده و تربیت کنند.

منابع

- اختیاری، حامد. (1388). مهارت‌های مقابله‌ای، مجموعه‌ای از بسته‌های مداخلات روان‌شناختی با هدف ارتقاء خدمات درمان سوءمصرف مواد. فصلنامه اعتیاد، (24) 9، 80-69.
- اکبری بورنگ، محم؛ دلاکه، محمدحسن؛ عجم، علی اکبر؛ و اکبری بورنگ، مجید. (1394). اثربخشی برنامه درسی مبتنی بر درمان شناختی- رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران تحت درمان متادون. طب انتظامی، (4) 4، 254-245.
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (2013). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. ترجمه سید محمدی، یحیی. (1393). تهران: نشر روان.
- پاشازاده، حکیمه؛ ابوالفتحی ممتاز، یداله؛ و دلبری، احمد. (1401). مراقب آزاری در خانه‌های سالمندان شهر تهران در سال 1398. سالمند، (2) 17، 275-262.

- پسندیده، محمدمهدی؛ و طاهری، معصومه. (1394). اثربخشی گروه‌درمانی به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب امتحان و مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان دختر اول دبیرستان. روان‌شناسی بالینی و شخصیت (13) 2، 14-7.
- پورفتحیه، عارفه؛ فتحی، آیت‌اله. (1399). اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری به عنوان مکمل درمان‌های نگهدارنده بر پیش‌گیری از عود و بهبود نشانه‌های اختلالات روانی بیماران وابسته به مواد. فصلنامه اعتیادپژوهی، (57) 14، 267-273.
- تقوی‌زاده، مهدی؛ اکبری، بهمن؛ حسین‌خان‌زاده، عباسعلی؛ و مشک بیدحقیقی، محسن. (1398). مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری و پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و مسئولیت‌پذیری افراطی اختلال شخصیت وسواس-جبری. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، (2) 10، 119-136.
- حسین‌زاده، علی‌اکبر. (1397). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش بهزیستی ذهنی معتادان. مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی، (1) 4، 32-39.
- خانجانی، مهدی؛ شهیدی، شهریار؛ فتح‌آبادی، جلیل؛ مظاهری، محمدعلی؛ و شکر، امید. (1393). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (18 سوالی) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، (32) 9، 27-36.
- خردمند، علی؛ بنا زاده ماهانی، نبی؛ و عابدی، حیدرعلی. (1389). تأثیرات جسمانی درمان نگهدارنده متادون از دیدگاه مراجعین. اعتیاد و سلامت. (4) 2، 66-73.
- صاحبی، علی؛ زالی زاده، محسن؛ و زالی زاده، مسعود. (1394). تئوری انتخاب: رویکردی در جهت مسئولیت‌پذیری و تعهد اجتماعی. رویش روان‌شناسی، (15) 11، 113-134.
- طهرانی مقدم، حمید؛ و شریعت باقری، محمد. (1397). ارتباط عملکرد خانواده با مسئولیت‌پذیری و ارضای نیازهای روانی پایه دانش‌آموزان دبیرستانی. فصلنامه خانواده‌پژوهی، (25) 6، 221-235.
- قهرمانی، طاهره. (1398). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی در افراد دارای سوء‌مصرف مواد (معتادین). سومین کنفرانس بین‌المللی نوآوری و تحقیق در علوم تربیتی، مدیریت و روان‌شناسی: تهران.
- کاظمی، حمید؛ و کشاورزبان، فهیمه. (1391). نقش فراشناخت و حل مسأله در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان دختر و پسر شهر اصفهان. رویکردهای نوین آموزشی، (1) 7، 91-106.
- کبیرنژاد، ساناز، محمودعلیلو، مجید، و شریفی، محمدمامین. (1389). روایی و پایایی مقیاس نگرش به مسوولیت. پژوهش‌های روان‌شناختی، (25) 13، 109-123.
- ماردپور، علیرضا؛ نجفی، محمود؛ و امیری، فرنگیس. (1393). اثربخشی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی در پیشگیری از عود، ولع مصرف و خودکنترلی در افراد وابسته به مواد افیونی. فصلنامه اعتیاد پژوهی، (92) 1، 88-104.
- محمودپور، عبدالباسط؛ دهقانپور، ثنا؛ یوسفی، ناصر و ایجادی، سحر. (1399). پیش‌بینی صمیمیت زناشویی زنان بر اساس ذهن‌آگاهی، الگوهای حل تعارض، حمایت اجتماعی ادراک شده و بهزیستی اجتماعی. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، (39) 10، 83-102.
- نعمت‌زاده سوته، پریسا؛ قنادزادگان، حسینعلی و عمادیان، سیده‌علیا. (1402). مقایسه اثربخشی آموزش شناختی رفتاری مبتنی بر تعلق و مداخله چند بعدی انگیزشی شناختی بر اهمال کاری دانش‌آموزان دارای والد معتاد مقطع متوسطه دوم. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، (49) 13، 77-99.
- Alinejad, S., Aaseth, J., Abdollahi, M., Hassanian-Moghaddam, H., & Mehrpour, O. (2018). Clinical aspects of opium adulterated with lead in Iran: a review. *Basic & clinical pharmacology & toxicology*, 122 (1) , 56_64.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, 5th ed. *Arlington: American Psychiatric*.
- Aas, C. F., Vold, J. H., Gjestad, R., Skurtveit, S., Lim, A. G., Gjerde, K. V., & Fadnes, L. T. (2021). Substance use and symptoms of mental health disorders: a prospective cohort of patients with severe substance use disorders in Norway. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 6, 1-10.
- Cain, N. M., Ansell, E. B., Simpson, H. B., & Pinto, A. (2015). Interpersonal functioning in obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, 97 (1) , 90_99.

- Clarke PJF, Sprlyan BF, Hirsch CR, Meeten F, Notebaert L. (2020). DCS increases anxiety reactivity to intentional worry. *J Psychiatr Res*, 14 (120) ,9_34.
- Diener, E. (2016). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Journal of happiness studies*,75 (14) , 379_404.
- Farhadi, M., Zamani, N. (2016). Comparative Evaluation of Impulsivity, Cognitive and Non- Planning Impulsivity in the Theory of Hollander. *Health Research Journal*, 1 (3) ,143_152. [In Persian].
- Gharaibeh, A. F., Al-Halalat, K. I., Alhajjaj, H. A., Awamleh, H. A., & Aljalabneh, M. N. M. (2022). The effectiveness of a cognitive-behavioral therapy program in reducing the risk of relapse for recovering addicts. *International Journal of Health Sciences*, 6 (S6) , 5514–5548.
- Gutierrez, M., Escarti, A., Wright, M. P., & Pascual, C. (2015). Tool for Assessing Responsibility-based Education (TARE) instrument revisions, inter-rater reliability and correlations between observed teaching strategies and student behaviors. *Universal journal of psychology*, 5 (18) ,55_63.
- Kalpana, L, Panda, S. (2023). Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy on Depression and Quality of Life in Spouse Caregivers of Inpatients with Substance Use Disorders. *Journal of Research & Health*, 13 (4) ,255-262.
- Karademas, E. (2017). "Positive and negative aspects of wellbeing: Common and specific predictors". *Personality and Individual Differences*, 43 (8) , 277_287.
- Lau, M. A. & McMain, S. F. (2015). Integrating mindfulness meditation with cognitive and behavioral therapies: the challenge of combining acceptance and change-based strategies. *Canadian. Journal of Psychiatry*. 50 (6) , 863_869.
- MacLeod, J. (2018). Professional Responsibility in an Age of Alternative Entities, Alternative Finance, and Alternative Facts. *The Tennessee. Journal of Business Law*,1 (19) , 227_259.
- Manrique-Millones, D. L., Pineda-Marin, C. P., Millones-Rivalles, R. B., & Dimitrova, R. (2021). The 7Cs of positive youth development in Colombia and Peru: A promising model for reduction of risky behaviors among youth and emerging adults. *Handbook of Positive Youth Development: Advancing Research, Policy, and Practice in Global Contexts*, 35-48.
- Narimani, M. (2002). Effect of cognitive behavioral therapy in addiction treatment and rehabilitation of addicts. *Counseling Research & Developments journal*. 3, 42-59.
- Niklas, K., Niklas, A. A., Majewski, D. & Puszczewicz, M. (2016). Rheumatic diseases induced by drugs and environmental factors: the state-of-the-art – part one. *Journal of Reumatologia*, 54 (3) , 122–127.
- Perruci, L. G., Diehl, A., Da Silveira, B. V., Teixeira, J. A., Souza, J., Miasso, A. I., & Wagstaff, C. (2021). The emotional and psychiatric problems of adolescents on parole whose parents are substance users: A Brazilian cross-sectional study. *Journal of child health care*, 25 (2) , 253-267.
- Peter, N., & Alicia, D. (2018). Extent and Influence of Recreational Drug Use on Men and Women Aged 15 Years and Older in South Africa. *African Journal of Drug & Alcohol Studies*, 9 (1) , 33-48.
- Pinto, A., Dargani, N., Wheaton, M. G., Cervoni, C., Rees, C. S., & Egan, S. J. (2020). Perfectionism in obsessive–compulsive disorder and related disorder: what should treat clinicians know? *Journal of Obsessive–Ompulsive and Related Disorder*,12 (1) , 102_108.
- Priyadarshini, P., & Verma, S. (2019). Addiction, stress and subjective well-being. *Elixir.soc. sci*, 9977_9980.
- Rathi, N., Ragstogi, R. (2017). Meaning in life and psychological well being in preadolescent and adolescent. *Journal of the India Academy of Applied Psychology*,33 (1) ,31_38.
- Rowe, C., Santos, G. M., McFarland, W., & Wilson, E. C. (2015). Prevalence and correlates of substance use among trans* female youth ages 16–24 years in the San Francisco Bay Area. *Drug & Alcohol Dependence*,5 (147) , 160_166.
- Salkovskis PM, Wroe AL, Gledhill A. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 38 (1) , 347-372.
- Seligman, M. E. (2019). Positive psychology: A personal history. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15 (1) , 1-23.
- Sinha, R. (2018). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *An Academy science*, 1141,105-130.
- Tripp, B. S., & Liese, J. C. (2018). Advances in cognitive-behavioral therapy for substance use disorders and addictive behaviors. In R. L. Leahy (Ed.), *Science and practice in cognitive therapy: Foundations, mechanisms, and applications*, 298–316.
- Tov, W., & Diener, E. (2021). The well-being of nations: Linking together trust, cooperation, and democracy. *Cooperation: The political psychology of effective human interaction*, 15 (38) , 323_342.
- Wegman, M. P., Altice, F. L., Kaur, S., Rajandaran, V., Osornprasop, S., Wilson, D. & Kamarulzaman, A. (2017). Relapse to opioid use in opioid-dependent individuals released from compulsory drug detention centres compared

with those from voluntary methadone treatment centres in Malaysia: a two-arm, prospective observational study. *The Lancet Global Health*, 5 (2) , 198_207.

- Zamboni, L., Francesco, C., Francesca, F. (2021). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Techniques for the Treatment of Substance Use. *The Journal of nervous and mental disease*, 42 (15) , 835-845.
- Zubaran, C., & Foresti, K. (2020¹). Quality of life and substance use: concepts and recent tendencies. *current opinion in psychiatry*, 22 (3) , 281_286.