



## مقایسه اثربخشی درمان دارویی متادون و انجمن معتادان گمنام بر اختلالات روان شناختی (اضطراب، افسردگی، استرس) و کیفیت زندگی

منصوره حاج حسینی<sup>۱</sup>، رامین هاشمی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۶/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۹/۳

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر به مقایسه کیفیت زندگی و اختلالات روان شناختی در دو شیوه تربیتی-آموزشی (انجمن معتادان گمنام) و درمان دارویی (متادون) می پردازد. **روش:** این پژوهش از نوع علی-مقایسه ای و نمونه مورد مطالعه شامل ۲۱۷ نفر (۱۰۷ نفر MMT و ۱۱۰ نفر NA) از معتادان شهرستان شهرکرد بود که با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند برگزیده شده و به دو پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس و پرسشنامه کیفیت زندگی پاسخ گفتند. **یافته ها:** نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد گروه انجمن معتادان گمنام به لحاظ همه مؤلفه های کیفیت زندگی نسبت به گروه درمان متادون در وضعیت مطلوب تری قرار داشتند. اعضای گروه انجمن معتادان گمنام به لحاظ هر سه شاخص اختلالات روانشناختی در وضعیت بهتری نسبت به گروه درمان متادون قرار داشته و افزایش طول مدت عضویت در انجمن، با افسردگی و درد بدنی کمتر و در مقابل سلامت عمومی بیشتر و نقش هیجانی مثبت تر همراه بود. **نتایج:** شیوه اجتماع محور در بهبود کیفیت زندگی و کاهش اختلالات روان شناختی کفایت بیشتری داشته و می تواند به عنوان روش مطلوب درمان مورد توجه قرار گیرد.

**کلید واژه ها:** کیفیت زندگی، اختلالات روان شناختی، انجمن معتادان گمنام، درمان دارویی متادون

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان شناسی تربیتی و مشاوره، دانشگاه تهران، پست الکترونیک: hajhosseini@ut.ac.ir

۲. کارشناس ارشد مشاوره خانواده

## مقدمه

اعتیاد مسمومیت مزمنی است که در اثر مصرف مواد دارویی طبیعی یا صنعتی ایجاد شده و منجر به وابستگی می شود. به همین دلیل سازمان بهداشت جهانی مفهوم "وابستگی"<sup>۱</sup> را برای آن، به کار برده و آن را ناشی از مصرف طولانی مدت یک ماده یا ترکیبی از مواد می داند که منجر به تحمل یا سندروم محرومیت هنگام قطع مصرف می گردد. به جای اعتیاد واژه "اختلال مصرف"<sup>۲</sup> نیز به کار برده می شود. برای نمونه در طبقه بندی اختلالات روانشناختی، اعتیاد به سوء مصرف موادی مانند الکل، هروئین و غیره نسبت داده شده که مشکلاتی چون تغییر در نحوه تفکر، احساس و رفتار را به دنبال دارد (گنجی، ۱۳۹۲). این موضوع امروزه به یک بلائی خانمان سوز، یک معضل اجتماعی و یک چالش بزرگ درمانی تبدیل شده است. اعتیاد و بیماری‌ها و اختلالات مزمن و طولانی مدت ناشی از آن، مانند هیپاتیت و ایدز، قدرت تفکر، کار و خلاقیت را از مبتلایان گرفته و ضمن آسیب به اشتغال و خانواده آنان، کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش داده است. برخی پژوهش‌ها حاکی از رابطه منفی و مستقیم سوء مصرف مواد با کیفیت زندگی و همپوشی بالای علائم اختلالات روان شناختی چون افسردگی و اضطراب با اعتیاد است (کارپنتیر<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۹)؛ قمری، ۱۳۹۰؛ و بوکستین<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰). لذا در اغلب کشورها در برابر سوء مصرف مواد و پیامدهای مخرب آن از انواع راهبردهای مقابله ای، قانونی، درمانی و تربیتی- آموزشی استفاده می شود. در راهبرد درمانی و راهبرد آموزشی- تربیتی، علاوه بر درمان با تمرکز بر اصول روانی و رفتاری رشد شخصی، تلاش می شود فرد مبتلا را در فرایند باز توانی یاری نموده و با مهار تجارب ناخوشایند دوره درمان، کیفیت زندگی او بهبود یابد. چراکه هدف از این نوع برنامه های درمان، علاوه بر قطع وابستگی، بازگشت سلامت به زندگی فرد معتاد بوده و از طریق ارتقاء کیفیت زندگی افراد، به دنبال رشد توانایی آن‌ها جهت پیشگیری از عود مجدد سوء مصرف مواد است.

۱۲۰

120

سال نهم، شماره ۳۵، پاییز ۱۳۹۴  
Vol. 9, No. 35, Autumn 2015

1. World Health Organization  
4. Carpentier

2. dependency  
5. Bukstein

3. use disorder

کبفیت زندگی<sup>۱</sup> به عنوان یکی از شاخصه های سلامت، مفهومی پویایی از اداراک افراد درباره وضعیت نسبی سلامت و سایر جنبه های غیرطبی زندگی است و ارزیابی افراد درباره سلامت جسمی، وضعیت روانی، روابط اجتماعی، میزان استقلال و دغدغه های روحی خود را تعیین می نماید (آلدر، پورتر، آبراهام، تیچلن<sup>۲</sup>، ۱۳۸۷). سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۳) کبفیت زندگی را اداراک افراد از زندگی خود در بافت فرهنگی، سیستم ارزشی، اهداف، انتظارات و معیارهای خود تعریف نموده و چهار بعد سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و ارتباط با محیط را برای آن قائل است. از جمله روش های مبتنی بر راهبرد آموزشی-تربیتی، شیوه درمانی اجتماع مدار<sup>۳</sup>، انجمن معتادان گمنام<sup>۴</sup> است. این انجمن برنامه بهبود خود را بر یک برنامه تحولی شخصی متمرکز ساخته و تلاش دارد از طریق حمایت همتایان، شیوه زندگی افراد را متحول ساخته و به آنها کمک کند تا با نگرش آگاهانه و مسئولیت پذیر نسبت به خود، به ترسیم مجدد نقش خود در زندگی پردازند و به گونه ای دیگر، آگاهانه و ثمربخش با دیگران و جهان ارتباط برقرار کنند (وایت<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). فرایند درمان در انجمن معتادان گمنام، با طی گام های دوازده گانه در سه بعد برنامه های خودیاری، حمایت اجتماعی و تقویت معنویت صورت می پذیرد (موس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷). شیوه درمانی این انجمن بر پایه مشارکت اجتماعی و همیاری گروهی است و به رشد شخصی، مسئولیت پذیری و استقلال فردی می انجامد. این برنامه در بعد تقویت معنویت بر آگاه سازی افراد درباره نیاز آنها به نیروی معنوی و کسب قدرت از آن پرداخته و در بعد حمایت اجتماعی، روش اصلی بهبودی خود را بر کمک یکایک مبتلایان به یکدیگر نهاده و افراد را در حلقه های بحث به گفتگو و تبادل تجربه و امی دارد. لذا بر اساس این شیوه، افراد مبتلا در جلسات بحث به بازنگری مسائل پرداخته، یکدیگر را در بازبینی مسائل، یاری می رسانند و بر مسئولیت خود برای درمان آگاهی می یابند (کلی، آربانوسکی، هاپنر، اسلیماکر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱). مطابق با مدافعان این روش، بافت اجتماعی و میزان تعامل افراد مبتلا با افراد مشابه که درک مشترکی از مسائل داشته و

1. quality of life      2. Alder, Porter, Abraham & Tychlnz      3. therapeutic community  
4. narcotic anonymous (NA)      5. White  
6. Moos      7. Kelly, Urbanoski, Hoepner, & Slaymaker

با مشکلات درمان مواجه بوده اند، عامل مهمی در مسئولیت پذیری و پایداری برای تداوم درمان محسوب می گردد (کلی و اربانسکی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲؛ موس، ۲۰۰۷). هدف انجمن معتادان گمنام ایجاد تغییری عمده در سبک زندگی، از جمله پرهیز از داروی مخدر، ایجاد صداقت و احساس مسئولیت نیز عنوان شده است و پژوهش های گوناگون ثمربخشی آن را علاوه بر ترک اعتیاد افراد مشارکت کننده، در بهبود کیفیت زندگی و کاهش اختلالات روان شناختی نیز نشان داده اند. برای نمونه موس و موس<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) در پژوهش خود بر دو گروه معتادان الکلی نشان دادند که گروهی که علاوه بر خدمات درمانی حرفه ای در انجمن الکلی های گمنام شرکت کرده بودند، روند بهبود، پایداری در عدم مصرف الکل و کیفیت زندگی بالاتری داشتند. باوی و برنا (۱۳۸۸) اثر دوره بازتوانی شیوه درمان اجتماع مدار را بر کاهش خود پنداره منفی، اضطراب و افسردگی معتادان خود معرف، نشان دادند. بیگی (۱۳۹۰)، در پژوهش خود نشان داد که شرکت کردن فعال معتادان در انجمن معتادان گمنام و تبعیت از اصول ۱۲ گانه منجر به بهبود فعالیت های اجتماعی و مذهبی و ارتقای کیفیت زندگی آنها شده است. ستوده اصل، بهنام و قربانی (۱۳۹۲)، نشان دادند که جلسات معتادان گمنام می تواند منجر به بهبود نمرات صفات شخصیتی (درون گرایی-برون گرایی و روان نژندی-روان پریشی)، در مبتلایان به وابستگی به مواد شود. صالح مقدم، بزاز کاهانی و واقعی (۱۳۹۱) در بررسی کیفیت زندگی در سه گروه معتادان گمنام، گروه اجتماع مدار و گروه تحت درمان نگهدارنده با متادون، نشان دادند که نمرات کسب شده در گروه انجمن معتادان گمنام در همه ابعاد کیفیت زندگی نسبت به دو گروه دیگر بالاتر است. از سوی دیگر درمان نگهدارنده با متادون<sup>۳</sup> نیز می تواند درمان مؤثری برای ترک اعتیاد باشد. این برنامه که بر درمان دارویی بنا نهاده شده است، از طریق جایگزینی متادون با ماده اعتیاد آور به کنترل سندرم محرومیت ناشی از قطع مواد پرداخته و در بسیاری از موارد، اثربخشی آن در طول مدت پرهیز، وضعیت روان شناختی و سلامت بهزیستی روانی را نشان داده است. با این همه نتایج پژوهش ها در مورد تأثیر

1. Kelly &Urbanoski  
3. methadone maintenance therapy (MMT)

2. Moos & Moos

درمان نگهدارنده متادون بر کیفیت زندگی و علائم روانشناختی متناقض است. به عنوان مثال هونگ، گان، نوردن، آدلن و هابل<sup>۱</sup> (۲۰۰۹)؛ چو<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۳)؛ روحانی، سالاریه، عابدی و خیرخواه (۱۳۹۱) و لشکری پور، بخشانی و سجادی (۲۰۱۲) در ارزیابی کیفیت زندگی در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون نشان دادند که این شیوه به ارتقاء ابعاد گوناگون کیفیت زندگی معتادان منجر می شود. پورنقاش تهرانی (۱۳۸۷) در پژوهش خود نشان داد که سطح نشانه های اضطراب و افسردگی در درمان نگهدارنده متادون کاهش می یابد. از طرف دیگر بعضی پژوهش ها نشان داده اند که افراد تحت درمان متادون در مقایسه با افراد عادی، سطح بالایی از مشکلات سلامت روانی را نشان داده اند. برای نمونه پلز، شرایبر و ادلسون<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) در پژوهش خود نشان دادند که اکثر افراد تحت درمان متادون اختلالات خلقی و عاطفی مانند افسردگی و اضطراب را تجربه می کنند. کارپنتیر و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهش بر روی ۱۹۳ معتاد تحت درمان نگهدارنده با متادون نشان دادند که ۷۸ درصد آن ها مشکلات روان پزشکی (اختلالات خلقی ۶۰ درصد، اختلالات اضطرابی ۴۶ درصد، اختلال شخصیت ۶۵ درصد) داشته، از کیفیت زندگی پایینی برخوردار بوده و نیاز به خدمات روان شناختی اضافی داشته اند. بر این اساس نیاز به درمان قاطع و مفید، لزوم ارزیابی دقیق و مقایسه روش های گوناگون را مطرح ساخته است زیرا کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی است که می تواند در انتخاب شیوه مناسب برای مقابله با اعتیاد مورد توجه قرار گیرد. از آنجایی که اختلالاتی همچون اضطراب و افسردگی نقش مهمی در بازگشت مجدد به مصرف مواد ایفا می کنند (میلر<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵) بررسی آن ها در شیوه های درمانی متفاوت ضروری به نظر می رسد. لذا هدف از پژوهش حاضر مقایسه کیفیت زندگی و اختلالات روان شناختی (اضطراب، افسردگی، استرس) در دو شیوه درمان اعتیاد (انجمن معتادان گمنام و درمان دارویی متادون) بود.

## روش

## جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

از آنجائی که پژوهش حاضر به هدف شناسایی شیوه برتر درمان اعتیاد به مقایسه کیفیت زندگی و وضعیت اختلالات روانشناختی معتادان تحت درمان در دو شیوه درمان انجمن معتادان گمنام و شیوه درمانی به کمک متادون پرداخته است، روش این پژوهش از نوع علی-مقایسه ای است. جامعه آماری این پژوهش، شامل معتادان مرد در حال بهبودی در دو گروه درمان نگهدارنده با متادون و انجمن معتادان گمنام شهرستان شهرکرد بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، در دو گروه انتخاب شدند؛ الف- درمان نگهدارنده با متادون (شامل ۱۰۷ نفر با میانگین سنی ۳۲/۹ و میانگین سابقه مصرف مواد ۸/۸ سال)، ب- گروه انجمن معتادان گمنام (شامل ۱۱۰ نفر با میانگین سنی ۳۲/۸ سال و میانگین سابقه مصرف مواد ۷/۱ سال) که حداقل به مدت ۳ ماه هیچ گونه مواد مخدوری مصرف نکرده بودند. نخست گروه معتادان درمان نگهدارنده متادون انتخاب شدند و سپس براساس ویژگی‌های جمعیت شناختی آنها، گروه معتادان گمنام نمونه‌یابی شد.

۱۲۴

124

## ابزار

۱. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس<sup>۱</sup>: این مقیاس یک ابزار خودگزارشی ۴۲ سؤالی است که به وسیله لایبوند و لایبوند<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) طراحی شد و به صورت فزاینده در محیط‌های مختلف به کار می‌رود (کرافورد و هنری<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). لایبوند و لایبوند برای بررسی روایی همگرای این مقیاس از پرسشنامه افسردگی بک<sup>۴</sup> و پرسشنامه اضطراب بک<sup>۵</sup> استفاده نمودند و همبستگی بین مقیاس افسردگی این پرسش‌نامه و پرسشنامه افسردگی بک، ۰/۷۴ و همبستگی بین مقیاس اضطراب و پرسشنامه اضطراب بک را ۰/۸۱ گزارش دادند. همچنین اعتبار بازآزمایی برای مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۹ و ۰/۸۱ گزارش شد. در ایران نیز این مقیاس توسط افضل‌لی، دلاور، برجعلی و

سال نهم، شماره ۳۵، پائیز ۱۳۹۴  
Vol. 9, No. 35, Autumn 2015

1. Depression Anxiety Stress Scale-42  
3. Crawford & Henry  
5. Beck Anxiety Inventory (BAI)

2. Lovibond & Lovibond  
4. Beck Depression Inventory (BDI)

میرزمانی (۱۳۸۶) روایی یابی شد و به منظور بررسی روایی آن از سه پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب زانک<sup>۱</sup> و مقیاس استرس دانش آموزان<sup>۲</sup> استفاده شد. آن‌ها همبستگی مقیاس افسردگی با آزمون بک را ۰/۸۵، مقیاس اضطراب با آزمون زانک ۰/۸۳ و مقیاس استرس با مقیاس استرس دانش آموزان ۰/۷۶ گزارش کردند. همچنین افضلی و همکاران آلفای کرونباخ مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس را به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۸ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۱ و ۰/۸۴ به دست آمد.

۲. پرسشنامه کیفیت زندگی<sup>۳</sup>: این پرسشنامه در ایالات متحده امریکا توسط وار و شربون<sup>۴</sup> (۱۹۹۲) طراحی شد و تا به حال به زبان های مختلف ترجمه شده و شواهد نشان داده است که این پرسشنامه از روایی و اعتبار قابل اعتمادی در جمعیت های مختلف برخوردار بوده است (منتظری، گشتاسبی، وحدانیان و گاندگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). پرسشنامه کیفیت زندگی هشت مفهوم مرتبط با سلامت را در دو بعد کلی جسمی<sup>۶</sup> و روانی<sup>۷</sup> مورد ارزیابی قرار می دهد. از این بین مؤلفه های بعد جسمی عبارت اند از: عملکرد جسمانی<sup>۸</sup>، محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی<sup>۹</sup>، درد بدنی<sup>۱۰</sup> و سلامت عمومی<sup>۱۱</sup>، و بعد روانی مؤلفه های محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی<sup>۱۲</sup>، انرژی و نشاط<sup>۱۳</sup>، عملکرد اجتماعی<sup>۱۴</sup> و سلامت روانی<sup>۱۵</sup> را شامل می شود. نمره بالاتر آزمودنی در هر کدام از خرده مقیاس ها به معنی سطح بالاتر کیفیت زندگی می باشد. این پرسشنامه در ایران توسط منتظری و همکاران (۲۰۰۵) بر روی گروه نمونه ای با حجم ۴۱۶۳ نفر روایی یابی شد و نتایج گواه بر اعتبار و روایی مکفی آن می باشد. منتظری و همکاران آلفای کرونباخ ابعاد عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی و سلامت عمومی را به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۹۰،

1. Self-rating Anxiety Scale (SAS)  
3. short form health survey- 36  
5. Gandek  
7. mental component score  
9. role physical  
11. general health  
13. vitality  
15. mental health

2. Students Stress Scale (SSS)  
4. Ware & Sherbourne  
6. physical component score  
8. physical function  
10. bodily pain  
12. role emotional  
14. social function

۰/۸۳ و ۰/۷۱ و ابعاد نقش هیجانی، انرژی و نشاط، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی را به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۶۵، ۰/۷۷ و ۰/۷۷ به دست آوردند. همچنین این پرسش نامه توسط معتمد، آیت‌اللهی، زارع و صادقی حسن آبادی (۱۳۸۱) و اصغری مقدم و فقیهی (۱۳۸۲) روایی-یابی شد که نتایج به دست آمده نیز اعتبار و روایی این ابزار را تأیید می‌کند. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای ابعاد عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی و سلامت عمومی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۵۳، ۰/۷۴ و ۰/۸۲ و برای ابعاد نقش هیجانی، انرژی و نشاط، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی به ترتیب ۰/۳۲، ۰/۶۸، ۰/۵۵ و ۰/۷۳ به دست آمد.

### یافته ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی نمونه‌های انتخابی در جدول ۱ ارائه شده‌اند.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی نمونه‌های انتخابی

		گروه درمان دارویی		گروه معنادان گمنام	
		فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
وضعیت تاهل	متاهل	۶۱	۵۷	۶۴	۵۸/۲
	مجرد	۴۴	۴۱/۱	۴۱	۳۷/۳
	مطلقه	۱	۰/۹	۵	۴/۵
	بیوه	۱	۰/۹	۰	۰
تحصیلات	ابتدایی	۸	۷/۵	۵	۴/۵
	راهنمایی	۲۵	۲۳/۴	۳۶	۳۲/۷
	دیپلم	۶۱	۵۷	۵۰	۴۵/۵
	بالا تر از دیپلم	۱۳	۱۲/۱	۱۹	۱۷/۳
اعتیاد والدین	پدر	۳۲	۲۹/۹	۳۵	۳۱/۸
	مادر	۱	۰/۹	۲	۱/۸
	هر دو	۲	۱/۹	۲	۱/۸
	هیچ یک	۷۲	۶۷/۳	۷۱	۶۴/۵
دفعات ترک	اولین مرتبه	۱۵	۱۴	۱۰	۹/۱
	دو مرتبه	۱۸	۱۶/۸	۲۹	۲۶/۴
	بیش از دو	۷۴	۶۹/۲	۷۱	۶۴/۵
ماده مصرفی	تریاک	۳۳	۳۰/۸	۴۱	۳۷/۳
	هروئین	۶۴	۵۹/۸	۵۴	۴۹/۱
	شیره	۱۰	۹/۳	۱۵	۱۳/۶



به منظور بررسی همتمایی دو گروه به لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی از آزمون‌های استنباطی به شرح زیر استفاده شد.

### جدول ۲: نتایج آزمون مجذور خی برای بررسی همتمایی گروه‌ها

متغیرها	خی دو	درجه آزادی	معنی داری
وضعیت تأهل	۳/۸	۳	۰/۲۸
تحصیلات	۴/۸۵	۳	۰/۱۸
اعتیاد والدین	۰/۴۳	۳	۰/۹۵
دفعات ترک	۳/۶	۲	۰/۱۷
ماده مصرفی	۲/۶۷	۲	۰/۲۶

با توجه به این امر که تعداد فراوانی مورد انتظار افراد در بعضی از خانه‌های وضعیت تأهل و اعتیاد والدین کمتر از ۵ نفر بود، بنابراین برای این دو ویژگی از آزمون معنی داری Exact برای خی دو پی‌رسون استفاده شد. با توجه به جدول ۲، نتایج نشان داد بین دو گروه معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون و معتادان گمنام در هیچ کدام از ویژگی‌های وضعیت تأهل، تحصیلات، اعتیاد والدین، دفعات ترک و ماده مصرفی تفاوت معنی داری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ).

### جدول ۳: نتایج آزمون t برای بررسی همتمایی گروه‌ها به احاط سن

#### و مدت زمان مصرف مواد

متغیرها	گروه درمان دارویی		گروه معتادان گمنام		آماره t	درجه آزادی
	SD	M	SD	M		
سن	۸/۸	۳۲/۸۵	۷/۱	۳۲/۸۵	۰/۰۳	۲۱۵
مدت زمان مصرف مواد	۵/۷۱	۶/۸۹	۵/۸۱	۶/۸۹	۱/۹۸*	۲۱۵

\* $p < 0/05$

با توجه به نتایج جدول فوق، بین دو گروه معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون و معتادان گمنام به لحاظ سن تفاوت معنی داری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ). بنابراین به نظر می‌رسد اثر احتمالی سن بر متغیرهای پژوهش در هر دو گروه یکسان باشد. اما بین دو گروه به لحاظ مدت زمان مصرف مواد تفاوت معنی دار وجود دارد. بنابراین به نظر می‌رسد اثر احتمالی این ویژگی بر متغیرهای مورد بررسی در دو گروه یکسان نباشد. به همین خاطر

این ویژگی به عنوان متغیر همگام<sup>۱</sup> در آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره وارد شد تا اثر تفاوت آن در دو گروه حذف شود.

**جدول ۴: آماره‌های توصیفی مؤلفه های کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب و استرس به تفکیک گروه‌ها**

متغیرها	گروه درمان دارویی		گروه معتادان گمنان	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
عملکرد جسمانی	۲۰/۰۴	۴/۳۴	۲۳/۳۰	۳/۷۸
نقش جسمانی <sup>۲</sup>	۵/۰۸	۰/۸۷	۵/۷۳	۱/۲۸
درد بدنی	۷/۹۱	۱/۸۱	۴/۸۳	۱/۹۴
سلامت عمومی	۱۴/۴۳	۳/۳۳	۱۹/۴۵	۵/۲۱
نقش هیجانی <sup>۳</sup>	۳/۸۸	۰/۶۳	۴/۴۵	۰/۹۹
انرژی و نشاط	۱۲/۶۹	۳/۴۸	۱۶/۰۴	۳/۴۲
سلامت روانی	۱۶/۶۷	۳/۵۱	۲۰/۷۰	۳/۹۵
عملکرد اجتماعی	۴/۹۹	۱/۶۴	۷/۱۲	۱/۶۳
افسردگی	۲۶/۰۳	۵/۹۵	۱۹/۰۲	۷/۲۳
اضطراب	۱۷/۶۱	۵/۵۲	۱۲/۳۷	۵/۹۱
استرس	۲۴/۹۸	۶/۱۸	۱۹/۳۲	۶/۵۶

SF-36

DASS-42

۱۲۸

128

برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای مورد مطالعه می‌بایستی از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شود. به این منظور ابتدا برای برقراری پیش فرض برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد.

**جدول ۵: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌ها**

خرده مقیاس‌ها	آماره F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	معنی داری
افسردگی	۲/۵۶۰	۱	۲۱۵	۰/۱۲
اضطراب	۰/۰۵۰	۱	۲۱۵	۰/۸۲
استرس	۲/۳۹۰	۱	۲۱۵	۰/۱۲

1. covariate

۲. محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی

۳. محدودیت ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در همه مؤلفه‌ها شرط برابری واریانس‌ها برقرار است. نتایج تحلیل کواریانس حکایت از تفاوت معنادار ترکیب خطی متغیرها در دو گروه داشت ( $P < 0/001$ ,  $F = 21/470$ ,  $\lambda = 0/77$ ). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

**جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره برای بررسی الگوهای تفاوت**

متغیرها	آماره F	درجه آزادی	سطح معنی داری	مجذور اتای سهمی
افسردگی	۵۸/۳۰	۱	۰/۰۰۰۵	۰/۲۱
اضطراب	۴۰/۷۸	۱	۰/۰۰۰۵	۰/۱۶
استرس	۳۸/۴۹	۱	۰/۰۰۰۵	۰/۱۵

با توجه به جدول ۷، نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره نشان داد پس از حذف اثر مدت زمان مصرف مواد، و با توجه به آلفای میزان شده بن فرونی (۰/۰۱۷)، بین دو گروه در هر سه متغیر افسردگی، اضطراب و استرس تفاوت معنی دار وجود دارد. با توجه به آماره‌های توصیفی گروه معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون در مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس در مقایسه با گروه معتادان گمنام نمرات بالاتری کسب کرده‌اند. لذا به نظر می‌رسد که اعضای گروه معتادان گمنام در وضعیت بهتری قرار دارند.

**جدول ۷: نتایج آزمون‌های لون برای بررسی برابری واریانس‌ها در**

**مؤلفه‌های کیفیت زندگی**

متغیرها	آماره F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	معنی داری
عملکرد جسمانی	۱/۲۹	۱	۲۱۵	۰/۲۲
نقش جسمانی	۰/۸۳	۱	۲۱۵	۰/۴۲
درد بدنی	۱/۴۱	۱	۲۱۵	۰/۱۹
سلامت عمومی	۱/۳۸	۱	۲۱۵	۰/۲۱
نقش هیجانی	۱/۱۱	۱	۲۱۵	۰/۲۴
انرژی و نشاط	۰/۵۱	۱	۲۱۵	۰/۴۷
سلامت روانی	۱/۸۳	۱	۲۱۵	۰/۱۸
عملکرد اجتماعی	۰/۱۹	۱	۲۱۵	۰/۶۶

همانگونه که در جدول ۷ مشاهده می‌شود شرط برابری واریانس‌ها در تمام مؤلفه‌ها برقرار است و استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری بلامانع است. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری حکایت از تفاوت معنادار ترکیب خطی متغیرها در دو گروه داشت ( $F=21/20, P< 0/001, \eta^2=0/55$ , =لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک‌متغیری به شرح زیر استفاده شد.

**جدول ۸: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای بررسی الگوهای تفاوت**

متغیرها	آماره F	درجه آزادی	سطح معنی داری	مجذور اتای سهمی
عملکرد جسمانی	۳۰/۶۴	۱	۰/۰۰۰۵	۰/۱۳
نقش جسمانی	۱۷/۶۴	۱	۰/۰۰۰۵	۰/۰۸
درد بدنی	۱۴۱/۵۳	۱	۰/۰۰۰۵	۰/۴۰
سلامت عمومی	۶۸/۶۶	۱	۰/۰۰۰۵	۰/۲۴
نقش هیجانی	۲۳/۴۹	۱	۰/۰۰۰۵	۰/۱۰
انرژی و نشاط	۵۱/۰۵	۱	۰/۰۰۰۵	۰/۱۹
سلامت روانی	۵۹/۴۳	۱	۰/۰۰۰۵	۰/۲۱
عملکرد اجتماعی	۹۵/۶۹	۱	۰/۰۰۰۵	۰/۳۱

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره نشان داد پس از حذف اثر مدت زمان مصرف مواد، و با توجه به آلفای میزان شده بن فرونی، بین دو گروه در هر هشت بعد عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی، سلامت عمومی، نقش هیجانی، انرژی و نشاط، سلامت روانی و عملکرد اجتماعی تفاوت معنی دار وجود دارد. با توجه به آماره‌های توصیفی، گروه انجمن معتادان گمنام نسبت به گروه معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون به لحاظ مؤلفه‌های کیفیت زندگی در سطح مناسب تری قرار دارند.

از دیگر یافته‌های جانبی پژوهش حاضر، ارتباط بین میزان عضویت در انجمن معتادان گمنام و سطح کیفیت زندگی و اختلالات روانشناختی بود. برای بررسی این رابطه در بین افراد عضو گروه معتادان گمنام، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. میانگین و

انحراف استاندارد مدت زمان عضویت در انجمن معتادان گمنام در گروه معتادان گمنام به ترتیب ۱۹/۲۸ و ۱۷/۷ ماه بود. نتایج همبستگی در جدول زیر ارائه شده است.

**جدول ۹: نتایج ضریب همبستگی پیرسون برای مدت زمان عضویت در گروه معتادان گمنام و متغیرهای مورد مطالعه**

متغیرها	افسردگی	اضطراب	استرس	عملکرد جسمانی	نقش جسمانی	درد بدنی	سلامت عمومی	نقش هیجانی	انرژی و نشاط	سلامت روانی	عملکرد اجتماعی
مدت عضویت	-۰/۲۶ <sup>***</sup>	-۰/۰۵	-۰/۰۸	۰/۰۷	۰/۱۷	-۰/۲۱ <sup>°</sup>	۰/۳۱ <sup>°°</sup>	۰/۲۶ <sup>°°°</sup>	۰/۱۴	۰/۱۲	۰/۱۶

\*P<۰/۰۵, \*\*P<۰/۰۱

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، بین مدت زمان عضویت در گروه معتادان گمنام با افسردگی ( $r=-0/26$ )، و درد بدنی ( $r=-0/21$ ) رابطه منفی و با سلامت عمومی ( $r=0/31$ )، و نقش هیجانی ( $r=0/26$ ) رابطه مثبت وجود دارد. به عبارت دیگر به نظر می‌رسد با افزایش طول مدت عضویت در انجمن معتادان گمنام، افسردگی و درد بدنی کاهش و سلامت عمومی و نقش هیجانی افزایش می‌یابد.

### بحث و نتیجه گیری

در برابر سوء مصرف مواد و پیامدهای مخرب آن از انواع راهبردهای مقابله ای، قانونی، درمانی و تربیتی-آموزشی استفاده می‌شود. پژوهش حاضر با هدف شناسایی شیوه مطلوب مقابله با اعتیاد و پیامدهای مخرب آن، به مقایسه کیفیت زندگی و اختلالات روان شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) در دو شیوه درمان دارویی متادون و شیوه اجتماع محور معتادان گمنام پرداخته شد. نتایج نشان داد که گروه انجمن معتادان گمنام نسبت به گروه درمان متادون به لحاظ هر دو متغیر مورد مطالعه، یعنی کیفیت زندگی و اختلال روانشناختی در وضعیت مطلوب تری قرار دارند. درباره کیفیت زندگی، میانگین نمرات افراد در گروه انجمن معتادان گمنام در هر دو بعد جسمی و روانی به طور معناداری از میانگین افراد گروه درمان متادون بالاتر بود و معناداری این تفاوت درباره عناصر درونی هر کدام از ابعاد کیفیت زندگی (عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی، سلامت

عمومی، نقش هیجانی، انرژی و نشاط، سلامت روانی و عملکرد اجتماعی) نیز تأیید گردید. این نتیجه با یافته های اسپینول، هیل و لیف (۲۰۰۲)؛ بیگی (۱۳۹۰) و صالح مقدم و همکاران (۱۳۹۲) نیز مطابقت دارد. می توان گفت انجمن معتادان گمنام با حمایت اجتماعی گسترده و فراهم آوردن روابط بین فردی مطلوب، اعضا را به تبادل تجارب مشترک با یکدیگر دعوت نموده و الگوهای مشابهی را در اختیار آنها قرار می دهد. افراد تحت درمان در این انجمن می توانند راه های مقابله ای جدیدی را برای مقابله با مشکلات خود بیابند و در مقایسه خود با الگوهای مشابه امید بیشتری به درمان قطعی داشته باشند (موس و موس، ۲۰۰۴). افزون بر آن روابط بین فردی در گروه انجمن معتادان گمنام، علاوه بر فراهم ساختن حمایت اجتماعی و الگوسازی در یافتن راهبردهای مقابله-ای، فرایند اطلاعاتی را ممکن می سازد و به واسطه آن، افراد از راهبردهای مطلوب و موفق افراد دیگر در دوره درمان آگاه می گردند. این موضوع به نوبه خود منجر به اعتماد به نفس بالاتر در آنها شده و می تواند احساس کفایت بیشتری را در مقابله با ترس از مشکلات پیش رو یا عدم موفقیت احتمالی به دنبال داشته باشد. لذا افراد بهره مند از مشارکت در این گروه با اعتماد به نفس و احساس کفایت بیشتری قادر به تحمل شرایط سخت دوران درمان بوده و پایداری و تداوم بیشتری برای طی این دوران سخت دارند (کلی، ستوت و اسلیماکر، ۲۰۱۳). تاثیر امید به موفقیت و احساس قابلیت در افراد گروه انجمن معتادان گمنام تا حدی است که افراد در حال درمان را در مقابله با درد بدنی ناشی از محرومیت مواد نیز توانمند ساخته و به تبع آن باعث می شود که در مقایسه با گروه درمان متادون، قابلیت بیشتری برای مقاومت در برابر محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی بیابند. این امر در احساس بهتر آنها از عملکرد جسمانی خود و فراتر از آن به احساس داشتن انرژی و نشاط بیشتر م انجامد. بنابراین همسو با مدافعان این روش (مانند کلی و اربانسکی، ۲۰۱۲؛ موس، ۲۰۰۷) می توان گفت که مشارکت در گروه انجمن معتادان گمنام به دلیل ایجاد بافت اجتماعی حمایت کننده مبتنی بر همدلی و درک

مشترک و افزایش میزان تعامل افراد مبتلا با شرایط مشابه، عامل مهمی در ایجاد مسئولیت پذیری افراد نسبت به درمان خود بوده و پایداری آن‌ها برای تداوم درمان را به دنبال دارد. درباره متغیر دیگر مورد مطالعه در این پژوهش یعنی اختلالات روانشناختی نیز، شرکت در گروه های خودیاری انجمن معتادان منجر به تفاوت معنی دار با گروه درمان متادون گردیده است. آنطور که میانگین اعضای گروه انجمن معتادان گمنام به لحاظ هر سه شاخص اختلالات روان شناختی (افسردگی اضطراب و استرس)، در وضعیت بهتری نسبت به گروه درمان متادون قرار داشتند. این نتیجه نشانگر آن است که حضور در گروه انجمن معتادان گمنام توانسته موقعیت مطلوب تری را برای مقابله با عوارض دوران درمان مانند درد بدنی و محدودیت ناشی از وضعیت هیجانی را فراهم آورد. این موضوع از سوی دیگر با میانگین پائین تر هر سه شاخص منفی نشانگر اختلالات روان شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) در افراد گروه انجمن معتادان گمنام نسبت به گروه درمان متادون مشهود است. پلز و همکاران (۲۰۰۶) و کارپنتیر و همکاران (۲۰۰۹) نیز تجربه اختلالات خلقی و عاطفی در اکثر افراد تحت درمان متادون را گزارش کرده‌اند. بر این اساس به نظر می رسد ویژگی اصلی انجمن معتادان گمنام در فراهم آوردن حمایت اجتماعی و کمک مبتلایان به یکدیگر موجب می شود که افراد در حلقه‌های بحث و گفتگو ضمن بهره مندی از همدردی افراد مشابه به تبادل تجربه پرداخته و راهبردهای مطلوب مقابله با فشار روانی همراه با عوارض جسمانی دوران درمان را بیابند. لذا افراد در گروه انجمن معتادان گمنام در تلاش برای رهایی از وابستگی مواد با امید به موفقیت مشابه با الگوهای پیش رو، مسئولیت درمان خود را به عهده گرفته و از وابستگی به ماده جانشین بی نیاز می گردند. به این ترتیب می توان همانند موس (۲۰۰۷)، تأیید نمود که شرکت در حلقه های بحث و گفتگو و طی مراحل دوازده گانه انجمن معتادان گمنام، با افزایش انرژی و نشاط حاصل از حمایت اجتماعی همراه بوده، احساس بهتری از خود را موجب گردیده و به عزت نفس، خود کنترلی و به تبع آن قابلیت بیشتر برای مقاومت و تداوم درمان منجر می شود. از این رو افراد این گروه در مقایسه با گروه درمان متادون با قابلیت بیشتری با اضطراب، افسردگی و استرس خود مواجه گردیده و آن را مهار می کنند.

اثربخشی بیشتر روش انجمن معتادان گمنام نسبت به روش درمان دارویی متادون بر کیفیت زندگی، با یافته دیگر این پژوهش درباره طول مدت عضویت در گروه معتادان گمنام نیز تأیید می گردد. یافته ها از سویی بیانگر رابطه منفی افسردگی و درد بدنی با طول مدت عضویت در گروه معتادان گمنام بود و از سوی دیگر مدت زمان بیشتر عضویت در این گروه با سلامت عمومی و پیامدهای هیجانی مثبت تر همراه بود. به عبارت دیگر افزایش طول مدت عضویت در انجمن معتادان گمنام، با افسردگی و درد بدنی کمتر و در مقابل سلامت عمومی بیشتر و نقش هیجانی مثبت تر همراه است. لذا به نظر می رسد از میان دو شیوه رایج درمان اعتیاد به مواد مخدر، یعنی شیوه اجتماع محور گروه معتادان گمنام و درمان به کمک ماده نگهدارنده متادون، شیوه اجتماع محور در بهبود کیفیت زندگی و کاهش اختلالات روان شناختی کفایت بیشتری داشته و می تواند به عنوان روش مطلوب درمان مورد توجه واقع گردد. بر این اساس پیشنهاد می شود در مقابله با اعتیاد به راهبرد تربیتی-آموزشی اعتماد نموده و به واسطه حمایت اجتماعی، همدلی و تبادل تجربه نهفته در شیوه اجتماع محور انجمن معتادان گمنام، مبتلایان را در فرایند ترک اعتیاد و تلاش برای بازگشت به زندگی سالم، مسئولانه درگیر سازیم. با این حال این نکته را نیز نمی توان از نظر دور داشت که درمان اجتماع محور بهترین شیوه درمان قاطع برای همه افراد مبتلا نبوده و به هنگام انتخاب برنامه درمان لازم است به ویژگی های فردی، شرایط و محدودیت های زندگی و سبک ترجیحی فرد مبتلا توجه نمود.

### منابع

- اصغری مقدم، محمدعلی و فقیهی، سمانه (۱۳۸۲). اعتبار و پایایی پرسشنامه زمینه یابی سلامت (فرم کوتاه ۳۶ سؤال) در دو نمونه ایرانی. *دوماهنامه دانشور رفتار*، ۱۰(۱)، ۱-۱۰
- افضلی، افشین؛ دلاور، علی؛ برجعلی، احمد و میرزمانی، محمود (۱۳۸۶). ویژگی های روانسنجی آزمون DASS-42 بر اساس نمونه ای از دانش آموزان دبیرستانی شهر کرمانشاه. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۲(۲)، ۸۱-۹۲
- آلدر، بت؛ پورتر، مایک؛ آبراهام، چارلز و تیچلن، ون (۱۳۸۷). *روانشناسی و جامعه شناسی برای دانشجویان پزشکی*، ترجمه فرزین رضایی، تهران: انتشارات ارجمند (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۴).



باوی، ساسان و برنا، محمدرضا (۱۳۸۸). تأثیر خدمات روانشناختی دوره بازتوانی بر خودپنداره منفی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس معتادان خود معرف مرکز اجتماع درمان مدارس شهرستان اهواز. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۳۹، ۶۶-۵۴.

بیگی، علی (۱۳۹۰). تحول و شکوفایی معنوی، فعالیت های اجتماعی مذهبی و کیفیت زندگی در معتادان گمنام. *فصلنامه دانش و تندرستی*، ۶ (۲)، ۶-۲.

پورنقاش تهرانی، سید سعید (۱۳۸۷). مقایسه اثربخشی درمان نگهدارنده با متادون و درمان سم زدایی با متادون بر نشانه های اضطراب و افسردگی افراد وابسته به مواد مخدر. *مطالعات روانشناختی*، ۴ (۲)، ۸۱-۱۰۰.

دلاور، علی (۱۳۹۰). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، تهران، انتشارات رشد. روحانی، صمد؛ سالاریه، ایرج؛ عابدی، صالح و خیرخواه، فرزانه (۱۳۹۱). بررسی تأثیر درمان نگهدارنده متادون بر کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد مخدر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۲ (۸۷)، ۴۷-۵۵.

ستوده اصل، نعمت؛ بهنام، بهناز و قربانی، راهب (۱۳۹۲). تأثیر جلسات معتادان گمنام بر صفات شخصیتی بیماران وابسته به مواد. *کومش*، ۱۴ (۳)، ۳۲۰-۳۱۶.

صالح مقدم، امیررضا؛ بزاز کاهانی، حمید و واقعی، سعید (۱۳۹۲). مقایسه کیفیت زندگی معتادان گمنام سم زدایی شده، گروه اجتماع درمان مدار و تحت درمان با متادون مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد مشهد، سال ۱۳۹۱. *مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی/ویژه نامه ششمین سمینار پرستار، ماما و پژوهش*، ۳۵-۲۸.

قمری، محمد (۱۳۹۰). مقایسه ابعاد عملکرد خانواده و کیفیت زندگی و رابطه این متغیرها در بین افراد معتاد و غیرمعتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۵ (۱۸)، ۶۷-۵۵.

گنجی، مهدی (۱۳۹۲). آسیب شناسی روانی بر اساس *DSM-5*، تهران: نشر ساوالان. معتمد، نیلوفر؛ آیت الهی، سیدعلیرضا؛ زارع، نجف و صادقی حسن آبادی، علی (۱۳۸۱). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه ۳۶ گویه ای سنجش سلامت عمومی در کارکنان دانشکده پزشکی شیراز-۱۳۸۰. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان*، ۱۰ (۳۸)، ۴۸-۳۶.

Aspinwall LG, Hill DL, Leaf SL. (2002). Prospects, pitfalls and plans: A proactive perspective on socialcomparison activity. *European Review of Social Psychology*, (12), 267-298.

Bukstein, O. G. (2000). Disruptive behavior disorders and substance use disorders in adolescents. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(1), 67-79 .

Carpentier, P. J., Krabbe, P. F., Van Gogh, M. T., Knapen, L. J., Buitelaar, J. K., & De Jong, C. A. (2009). Psychiatric comorbidity reduces quality of life in chronic methadone maintained patients. *The American journal on addictions*, 18(6), 470-480 .

Chou, Y.-C., Shih, S.-F., Tsai, W.-D., Chiang-shan, R. L., Xu, K., & Lee, T. S.-H. (2013). Improvement of qualityof life in methadone treatment patients in northern Taiwan: a follow-up study. *BMC psychiatry*, 13(1), 190.

- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology, 42*(2), 111-131.
- Huong, A. G. W., Guan, N. C., Nordin, A., Adlan, A., & Habil, H. (2009). Quality of life assessment of opioid substance abusers on methadone maintenance therapy (MMT) in University Malaya Medical Centre. *ASEAN Journal of Psychiatry, 10*(1), 1-11.
- Kelly, J. F., Stout, R. L., & Slaymaker, V. (2013). Emerging adults' treatment outcomes in relation to 12-step mutual-help attendance and active involvement. *Drug and alcohol dependence, 129*(1), 151-157 .
- Kelly, J. F.; & Urbanoski, K. (2012). Youth recovery contexts: the incremental effects of 12-step attendance and involvement on adolescent outpatient outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 36*(7), 1219-1229 .
- Kelly, J. F., Urbanoski, K. A., Hoepfner, B. B& ,Slaymaker, V. J. (2011). Facilitating comprehensive assessment of 12-step experiences: A multidimensional measure of mutual-help activity. *Alcoholism treatment quarterly, 29*(3), 181-203 .
- Lashkaripour, K., Bakhshani, N. M., & Sadjadi, S. A. (2012). Quality of life in patients on methadone maintenance treatment: A three-month assessment. *The Journal of the Pakistan Medical Association, 62*(10), 1003 .
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy, 33*(3), 335-343 .
- Miller, N. (1995). *Addiction psychiatry*: Wiley-Liss: New York.
- Montazeri, A., Goshtasebi, A., Vahdaninia, M., & Gandek, B. (2005). The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of life research, 14*(3), 875-882 .
- Moos, R. H. (2007). Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders. *Drug and alcohol dependence, 88*(2), 109-121 .
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (2004). The interplay between help-seeking and alcohol-related outcomes: divergent processes for professional treatment and self-help groups. *Drug and alcohol dependence, 75*(2), 155-164 .
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (2005). Paths of entry into Alcoholics Anonymous: Consequences for participation and remission. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 29*(10), 1858-1868 .
- Peles, E., Schreiber, S., & Adelson, M. (2006). Variables associated with perceived sleep disorders in methadone maintenance treatment (MMT) patients. *Drug and alcohol dependence, 82*(2), 103-110 .
- Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care, 30*(6), 473-483.
- White, W. L., Campbell, M. D., Shea, C., Hoffman, H. A., Crissman, B., & DuPont, R. L. (2013). Coparticipation in 12-step mutual aid groups and methadone maintenance treatment: A survey of 322 patients. *Journal of Groups in Addiction & Recovery, 8*(4), 294-308 .
- World Health Organization Quality of life Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument. *Quality of life research, (2)*, 153-159.