فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال شانزدهم، شماره شصت و پنجم، ص۳۱۰-۲۸۷، پاییز ۱۴۰۱
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 16, No. 65, P 287-310, Autumn 2022

مقاله پژوهشی
Research Article

اثربخشی آموزش قدم‌های دوازده‌گانه انجمن معتادان گمنام بر پذیرش اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی، و ولع مصرف افراد وابسته به مواد *

محمدرضا صالحی[۱]، فاطمه سادات طباطبایی نژاد[۲]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۰۶

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش قدم‌های دوازده‌گانه انجمن معتادان گمنام بر پذیرش اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی، و ولع مصرف در افراد وابسته به مواد انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با یک گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد وابسته به مواد گمنام مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر ابرکوه در سال ۱۳۹۹ بود. از این بین، ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان هر دو گروه پرسشنامه پذیرش اجتماعی، پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی، پرسشنامه کیفیت زندگی، و پرسشنامه ولع مصرف را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. جلسات دوازده گام انجمن معتادان گمنام بر اساس کتاب انجمن ان ای جهانی(۱۳۸۷) در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که پس از کنترل اثر پیش آزمون، تاثیر آموزش قدم‌های دوازده‌گانه در گروه آزمایش بر پذیرش اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی، و ولع مصرف معنی‌دار بود و این برنامه آموزشی به طور معناداری باعث بهبود پذیرش اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی، و کاهش ولع مصرف در افراد وابسته به مواد شد. **نتیجه‌گیری:** براساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان از جلسات انجمن معتادان گمنام برای بهبود مسائل اجتماعی و روان‌شناختی و کاهش ولع افراد وابسته به مواد استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: بهزیستی روان‌شناختی، پذیرش اجتماعی، جلسات دوازده گام، کیفیت زندگی، ولع مصرف

* این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی نائین است.

۱. کارشناسی ارشد ، گروه روانشناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران.
۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران. پست الکترونیک: f.tabatabaei49@yahoo.com

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]

مقدمه

در جهان امروز از اساسی‌ترین معضلات پیش روی جامعه بشری، اعتیاد به مواد مخدر است که افراد زیادی را در دام خود کشیده است. این معضل نسبت به سال‌های گذشته، افزایش چشمگیری داشته و آمار جمعیتی معتادان جهان، روز به روز در حال افزایش می‌باشد (وایت، گالانتر، هامفریس و کلی[1]، ۲۰۲۰). به عبارت دیگر اعتیاد از جمله آسیب‌هایی است که در اکثر کشورهای جهان، قربانی‌های بی‌شماری داشته و آسیب‌هایی جدی به نهاد خانواده و جامعه رسانده است که مقابله با این مسئله، هزینه‌های سرسام‌آوری را به دولت‌ها و جوامع تحمیل کرده است. با توجه به اثرات نامطلوبی که اعتیاد در همه زمینه‌ها بر فرد مصرف‌کننده و اطرافیان تحمیل می‌نماید، سطح پذیرش اجتماعی این افراد کاهش می یابد (ساچان، تیواری و کونوار[2]، ۲۰۱۹). هر انسانی نیاز مبرم به پذیرش اجتماعی از طرف جامعه، به ویژه خانواده و دوستان دارد؛ زیرا پذیرش اجتماعی در برابر انواع مشکلات جسمی و روحی فرد را تاب‌آور می‌سازد و در مقابل مشکلات زندگی به او اعتماد به نفس می‌دهد (نور و کومار[3]، ۲۰۱۷). ابعاد اصلی پذیرش اجتماعی عبارت‌اند از: دلبستگی و علاقه به دیگران؛ تعهد به خانواده، شغل و دوستان؛ مشغولیت و مشارکت مداوم در فعالیت‌های زندگی، کار و خانوادگی و اعتقاد به ارزش‌ها و اصول اخلاقی گروه یا جامعه. ضعف هر یک از این چهار بعد در فرد می‌تواند موجب بروز رفتارهای انحرافی شود (بیرامی، موحدی، خرازی نوتاش و البرت، ۱۳۹۴). بنابراین از حیطه‌های مربوط به سلامت روان، پذیرش و ارتباطات اجتماعی که با بروز اعتیاد در معرض آسیب واقع می‌شود، بهزیستی روانشناختی افراد دارای سوء مصرف مواد می‌باشد (هادی، نوری، محمدخانی و منشئی، ۱۳۹۳).

الگوی بهداشت روانی مثبت در دهه گذشته توسط ریف[4] بیان شده است. بر اساس الگوی ریف، بهزیستی روان‌شناختی از شش عامل تشکیل می‌شود: پذیرش خود (داشتن نگرش مثبت به خود)؛ رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و

1.White, Galanter, Humphreys & Kelly
2. Sachan, Tiwari & Kunwar
3. Noor & Kumar
4. Ryff

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]

توانایی همدلی)؛ خودمختاری (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)؛ زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)؛ رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط)(ریف و کیز[1]، ۱۹۹۵). بهزیستی روانی اشاره به حسی از سلامتی دارد که آگاهی کامل از تمامیت و یکپارچگی در تمام جنبه‌های فرد را شامل می‌شود. بهزیستی روانی از ۳ مؤلفه تشکیل شده که عبارت‌اند از: رضایتمندی زندگی، عاطفه منفی و عاطفه مثبت (داینر، اوشی و لوکاس[2]، ۲۰۰۳). از نظر گلداسمیت[3] و همکاران (۱۹۹۷)، بهزیستی روانی شامل دریافت‌های فرد از میزان هماهنگی بین هدف‌های معین و ترسیم شده با پیامدهای عملکردی است که در فرایند ارزیابی‌های مستمر به دست می‌آید و به رضایت درونی و نسبتاً پایدار در توالی زندگی منتهی می‌شود (به نقل از رضایی و حمداله، ۱۳۹۵). بدین سبب افراد دارای بهزیستی روانشناختی بالا به طور عمده‌ای هیجانات مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و از حوادث پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند، در حالی که افراد با بهزیستی پایین حوادث و موقعیت‌های زندگیشان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر درگیر اعتیاد می‌شوند؛ در نهایت سطح کیفیت زندگی پایینی را تجربه می‌کنند (حسینی نیا و حاتمی، ۱۳۹۸).

کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است که تمام حیطه‌های زندگی افراد را در برمی‌گیرد و به‌عبارت‌دیگر برداشتی است که یک فرد در مورد سلامت یا سایر جنبه‌های زندگی خود دارد (طاهری، هاشمی رزینی و وکیلی، ۱۳۹۹). بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی[4] (۲۰۱۳)، کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان می‌باشد. پس کیفیت زندگی سازه‌ای کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و به درک افراد از جنبه‌های گوناگون زندگی‌شان استوار است؛ بنابراین عامل اصلی تعیین‌کننده کیفیت زندگی عبارت است از تفاوت درک شده بین آنچه هست و آنچه از دیدگاه فرد باید باشد و این همان ذهنی بودن کیفیت زندگی است (سودانی، تواسانی، رجبی و خجسته مهر، ۱۳۹۵). در

1. Ryff & Keyes
2. Diner, Oishi & Lucac
3. Goldsmith
4. World Health Organization.

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]

همین زمینه مطالعه اسمیت و لارسن[1] (۲۰۰۳) نشان می‌دهد جنبه‌های جسمانی و روانی کیفیت زندگی افراد معتاد پایین است و مطالعه پریو و همکاران[2] (۲۰۰۷) نشان می‌دهد اگر کیفیت زندگی فرد معتاد پایین باشد، سطح مصرف و شدت وابستگی و ولع مصرف به مواد بالاتر است (صادقی، سودانی و غلامزاده جفره، ۱۴۰۰).

به عبارت دیگر یکی از تداوم‌بخش‌ترین رفتارهای اعتیادی، ولع مصرف است؛ زیرا ولع مصرف مواد مهمترین عامل شروع مجدد مصرف مواد پس از یک دوره قطع مصرف و پرهیز است (مهدی زاده هنجنی، حسینیان، حسنی ابهریان و یزدی، ۱۴۰۰). در فرآیند درمان افراد وابسته به مواد، پس از رسیدن به حالت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات مواد دیده می‌شود. این احساس ممکن است از چند ساعت پس از شروع درمان تا روزها و ماه‌ها پس از پایان آن دیده شود (وب، هیرش و توساینت[3]، ۲۰۱۵). ولع مصرف مواد اغلب به عنوان یک تجربه ناخواسته و غیرقابل اجتناب ذهنی از تمایل شدید به استفاده از یک ماده مخدر تعریف شده و شدت ولع مصرف ممکن است هنگام تلاش برای تغییر میزان استفاده تشدید شود (آیوریوکامب، سری و فاتسس[4]، ۲۰۱۸). ولع مصرف یکی از ملاک‌های اضافه شده جهت تشخیص اختلال سوءمصرف مواد در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی می‌باشد و ارتباط منفی با شاخص‌های آمادگی برای تغییر دارد (ین[5] و همکاران، ۲۰۱۶)؛ لذا تشخیص و درمان این مسئله به عنوان یکی از اصلی‌ترین عوامل شکست درمان اعتیاد، دارای اهمیت است. در این خصوص برگزاری گروه‌های خودیار در حوزه درمانگری اعتیاد در کنار درمان‌های دارویی برای ایجاد اصلاحات مثبت در نگرش افراد وابسته به مواد ضروری می‌باشد. یکی از این گروه‌های رایج در کشورهای مختلف، انجمن معتادان گمنام با برنامه‌های دوازده گام می‌باشد (آرمسترانگ[6]، ۲۰۱۹). معتادان گمنام، یک انجمن غیر انتفاعی از زنان و مردانی است که اعتیاد به موادمخدر مسئله اصلی زندگی‌شان بوده و معتقدند قدم‌های دوازده‌گانه، نکات مثبتی هستند که بهبودی‌شان را ممکن ساخته است (اسلامی، طالبی،

1.Smith & Larson
2.Préau
3. Webb, Hirsch & Toussaint
4. Auriacombe, Serre & Fatséas
5. Yen
6. Armstrong

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]

مهدی پور خراسانی، ذاکری هامانه و کاظمی، ۱۳۹۶). این انجمن توسط افراد وابسته به مواد به منظور حمایت از یکدیگر تشکیل می‌شود. این گروه‌ها فاقد درمانگر بوده و خود افراد در حال بهبودی، آن را اداره می‌کنند. روش کار این گروه‌ها معمولاً بر اساس مقابله و پذیرش حقایق با تأکید بر صراحت و صداقت و معنویت می‌باشد (گالانتر[1]، ۲۰۱۸). برنامهٔ دوازده قدم قدم در سال ۱۹۳۹ میلادی تحت عنوان کتاب الکلی‌های گمنام[2] برای بهبودی الکلی‌های گمنام ارائه داده شد. سپس انجمن‌های دوازده قدمی دیگری که امروزه با عنوان انجمن‌های گمنام از آن‌ها یاد می‌شود نیز برای بهبودی از انواع اعتیادها به وجود آمدند (انجمن ان ای، ۱۳۸۷).

در شرایطی که اکثر درمان‌های دارویی، در ایجاد یا تغییر شرایط روانی برای عود اعتیاد ناکارآمد بوده‌اند؛ انجام تحقیقات کاربردی می‌تواند در زمینه‌ی درمان اعتیاد نقش مؤثری داشته باشد؛ بنابراین در این زمینه مطالعاتی نیز انجام شده است، به طور نمونه خوانساری (۱۳۹۹) که در پژوهشی نشان داد که برنامه آموزش دوازده قدم بر تاب‌آوری وخودکارآمدی اعضای انجمن معتادان گمنام شهر قم تأثیر دارد؛ عبداللهی و حقایق (۲۰۲۰) که در مطالعه‌ای نشان داد که آموزش درمان گروهی مبتنی بر رویکرد دوازده مرحله‌ای مواد مخدر باعث بهبود کنترل خود و کیفیت زندگی (جسمی، اجتماعی و روانی) شده است و همچنین وینر[3] (۲۰۲۱) در پژوهشی به این نتیجه رسید که پزشکانی که در کنار درمان شناختی-رفتاری از برنامه های دوازده قدم انجمن معتادان گمنام استفاده می‌کنند، بهبودی بهتری را در افراد وابسته به مواد در حال بهبودی ایجاد می‌کنند. دکرس، وس و وندرپلاسچن[4] (۲۰۲۰) که در پژوهشی به این نتایج رسیدند که جلسات انجمن معتادان گمنام به خاطر داشتن رویکرد غیرقضاوتی و درک متقابل از طریق اشتراک باعث بهبود در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد می‌شود. گالانتر، وایت و هانتر[5] (۲۰۱۹)، که در پژوهشی نشان دادند که اعضای این جلسات با کسب تجربه بیداری معنوی، ولع مصرف

1. Galanter
2. Twelve Step Facilitation Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence
3. Winner
4. Dekkers, Vos & Vanderplasschen
5. Galanter, Whit & Hunter

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]

کمتری نشـــان دادند و به خاطر تفاوت‌های فرهنگی، گرایش مذهبی تأثیر این جلســـات بر روی ایرانیان بیشتر بوده است. وب و توسیانت[1] (۲۰۱۸)، نیز در پژوهشی دیگر بیان کردند که مؤلفه بخشـــش خود از اصـــول دوازده گام می‌تواند در روند مقابله با پریشـــانی و عود مجدد مصـــرف مواد جلوگیری کند و به عنوان پادزهری برای ترک مواد و بهبود افراد وابسته به مواد استفاده شود. همچنین درماتیس و گالانتر[2] (۲۰۱۶)، در پژوهشی با عنوان نقش معنویت مربوط به دوازده گام (انجمن معتادان گمنام) در بهبود اعتیاد نشـــان دادند احساس حضور روزانه خداوند، اعتقاد به قدرت بالاتر به عنوان یک روح جهانی و خدمت به عنوان حامی در این جلســـات بر بهبود ترک اعتیاد تأثیر مثبت دارد؛ بنابراین با توجه به اینکه روز به روز آمار افراد مبتلا به اعتیاد بیشتر می‌شود، مطالعات انجام شده در این زمینه ناکافی است.

همچنین قدم‌های دوازده‌گانه ابزارهای بهبودی هســـتند که در جهت روبه‌رو شـــدن با مسـائل و مشـکلات مربوط به پیامدهای ویرانگر زندگی فرد وابسـته به مواد، آنان را یاری می‌کند. اغلب افراد وابســـته به مواد با تغییرات رفتاری ناشـــی از بیماری خانوادگی اعتیاد، دروغ‌ها، فریب و آسـیب‌پذیری با حالتی ناتوان، ناامید و سـردرگم به انجمن معتادان گمنام وارد می‌شـــوند. آن‌ها در این جلســـات متوجه می‌شـــوند که تنها نبوده‌اند و می‌توانند برای خودشـان و زندگی‌شـان، کاری انجام دهند. آن‌ها در این جلسـات پی می‌برند که در برابر دیگران عاجز هستند، اما هریک از آن‌ها با کمک قدم‌ها، سنت‌ها، شعارها، جلسات، رهبر و نیروی برتر و بدون در نظر گرفتن شـــرایط کنونی خود، قدرت و توانایی آغاز مراحل بهبودی شـخصـی‌شـان را خواهند یافت. همچنین پژوهش‌های انجام شـده در این زمینه به خاطر پذیرفته نشـدن این جلسـات به عنوان درمان رسـمی برای افراد وابسـته به مواد، هنوز ناکافی و نامناسب بوده است و خلأ پژوهشی در این زمینه مشهود است؛ لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشـــی آموزش قدم‌های دوازده‌گانه انجمن معتادان گمنام بر پذیرش اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و ولع مصرف افراد وابسته به مواد انجام شد.

1. Webb & Toussaint
2. Dermatis & Galanter

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد وابسته به مواد شهر ابرکوه در آذرماه سال ۱۳۹۹ بودند. برای تعیین حجم نمونه پژوهش، گال، بورگ و گال[1] (۱۳۹۳) قاعده‌ای را پیشنهاد کرده‌اند که طبق آن برای پژوهش‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی، تعداد ۱۵ تا ۲۰ نفر برای هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل پیشنهاد شده است. بنابراین، از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری دردسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود شامل داشتن محدوده سنی بین ۲۰ تا ۳۰ سال، عدم دریافت درمان همزمان با مداخله پژوهش و ملاک‌های خروج شامل داشتن مشکلات حاد روان‌شناختی با انجام مصاحبه روان‌شناختی، عدم تمایل به ادامه همکاری و غیبت بیش از دو جلسه بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس تحلیل شدند.

ابزار

۱- پرسشنامه پذیرش اجتماعی[2]: این پرسشنامه توسط کراون و مارلو[3] (۱۹۶۰) ساخته شده است که دارای ۳۳ سؤال بوده و پاسخ‌دهنده با ارائه پاسخ‌های صحیح (۱) و غلط (۰) نظر خود را در خصوص هر یک از سؤالات بیان می‌نماید. نمرات پایین‌تر از ۲۰ نشان‌دهنده پذیرش اجتماعی پایین و بالاتر از ۲۰ نیز نشان‌دهنده پذیرش اجتماعی بالا می‌باشد. گنجی (۱۳۹۴) پایایی این آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۶۱ گزارش کرده است. در پژوهش عسگری، احتشام زاده و پیرزمان (۱۳۸۹) برای تعیین اعتبار از دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده و برای نمره کل به ترتیب برابر با ۰/۷۱ و ۰/۷۷ گزارش شده است.

1. Gall, Borg & Gall
2. Social Acceptance Questionnaire (SAQ)
3. Crown & Marlow

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]

۲- پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی[1]: این پرسشنامه توسط ریف در سال (۱۹۸۹) طراحی شد و دارای ۸۴ سوال با طیف لیکرت ۶ درجه‌ای لیکرت در دامنه‌ی ۱(کاملا مخالفم) تا ۶ (کاملا موافقم) می باشد. این پرسشنامه دارای ۶ عامل خودمختاری (۱-۸-۱۵-۲۱-۲۷-۳۲-۳۸-۴۴-۵۰-۵۶-۶۲-۶۸-۷۴-۸۰)، تسلط بر محیط (۳-۹-۱۵-۲۱-۲۷-۲۶-۲۰-۱۴)، رشد شخصی (۴-۱۰-۱۶-۲۲-۲۸-۳۴-۴۰-۴۶-۵۲-۵۸-۶۴-۷۰-۷۶-۸۲)، ارتباط مثبت با دیگران (۱-۷-۱۳-۱۹-۲۵-۳۱-۳۷-۴۳-۴۹-۵۵-۶۱-۶۷-۷۳-۷۹)، هدفمندی در زندگی (۵-۱۱-۱۷-۲۳-۲۹-۳۵-۴۱-۴۷-۵۳-۵۹-۶۵-۷۱-۷۷-۸۳) و پذیرش خود (۶-۱۲-۱۸-۲۴-۳۰-۳۶-۴۲-۴۸-۵۴-۶۰-۶۶-۷۲-۷۸-۸۴) است. از بین کل سؤالات ۴۴ سؤال به طور مستقیم و ۴۰ سؤال به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. سؤالات ۲-۴-۷-۹-۱۱-۱۳-۱۵-۱۷-۱۸-۲۰-۲۲-۲۴-۲۷-۲۹-۳۱-۳۲-۳۴-۳۵-۴۱-۴۲-۴۳-۴۴-۴۵-۵۴-۵۵-۵۶-۵۸-۶۰-۶۱-۶۲-۶۳-۶۶-۷۳-۷۴-۷۵-۷۶-۸۲-۸۳ و ۸۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین دامنه نمرات این پرسشنامه از ۸۴ تا ۵۰۴ می‌باشد. این مقیاس در آغاز بر روی یک نمونه ۳۲۱ نفری اجرا و ضریب هماهنگی بین مقیاس‌ها بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی پس از شش هفته بر روی نمونه ۱۱۷ نفری بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ گزارش شد (بیانی، کوچکی عاشور و بیانی، ۱۳۸۷). در ایران بیانی و همکاران (۱۳۸۷)، پایایی این مقیاس را مورد آزمون قراردادند و همسانی درونی آن با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ برای تسلط بر محیط ۰/۷۷ ارتباط مثبت با دیگران ۰/۷۷، رشد شخصی ۰/۷۸، پذیرش خود ۰/۷۱، هدفمندی در زندگی ۰/۷۰ و خودمختاری ۰/۸۲ گزارش کردند.

۳- مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی[2]: این مقیاس توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۶ تهیه شده است و دارای ۲۶ سؤال در ۴ زیرمقیاس سلامت جسمی (۳-۴-۱۰-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸)، سلامت روان (۵-۶-۷-۱۱-۱۹-۲۶)، روابط اجتماعی (۲۰-۲۱-۲۲) و سلامت محیط اطراف (۸-۹-۱۲-۱۳-۱۴-۲۳-۲۴-

1. Psychology Well being Questionnaire

2. World Health Organization Quality of Life (WHOQOLBREF)

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]

۲۵) است. دامنه‌ی پاسخ ها از بسیار زیاد (۱) تا اصلا (۵) گسترده است. سوالات ۵، ۶، ۷، ۸ و ۹ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. در نهایت، کمترین نمره ای که هر فردی می تواند به دست آورد ۲۶ و بالاترین نمره ۱۳۰ است. نمره‌ی بیشتر نشان از کیفیت زندگی بالاتر دارد. هنجاریابی این آزمون در ایران توسط نجات، منتظری، هلاکوئی نائینی، محمد و مجدزاده (۱۳۸۵) با حجم نمونه ۱۱۶۷ نفری اجرا شد و پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ برای ابعاد سلامت جسمی ۰/۸۹، سلامت روان ۰/۹۲، روابط اجتماعی ۰/۸۴ و سلامت محیط اطراف ۰/۸۷ و ضریب پایایی کل کیفیت زندگی ۰/۸۶ به دست آمد.

۴- پرسشنامه ولع مصرف لحظه‌ای معتادان[1]: این پرسشنامه با محوریت ولع مصرف به عنوان یک حالت انگیزشی توسط فرانکن، هندریکز و ون دن برنیک[2] (۲۰۰۲)، طراحی شد. این پرسش‌نامه دارای ۱۴ سوال و شامل ۳ عامل تمایل و قصد نسبت به مصرف مواد (سؤالات ۱-۲-۱۲-۱۴)، میل به مصرف و تقویت منفی (سؤالات ۴-۵-۷-۹-۱۱) و لذت و شدت فقدان کنترل (سؤالات ۳-۶-۸-۱۰-۱۳) است. این پرسشنامه بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم(۷) تا کاملاً مخالفم (۱) نمره‌گذاری می‌شود و سؤالات ۳-۸ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات از ۱۴ تا ۹۸ می‌باشد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده ولع مصرف بالاتر است. همسانی درونی مؤلفه‌های این پرسشنامه در بررسی اختیاری و همکاران (۱۳۸۹؛ به نقل از محمدی و کارگرشاکر، ۱۳۹۷) در سوءمصرف‌کنندگان انواع مختلف مواد افیونی از جمله کراک و هروئین ۰/۸۹، ۰/۷۹ و ۰/۴۰ و در سوء مصرف‌کنندگان مت آمفتامین ۰/۷۸، ۰/۶۵ و ۰/۸۱ به دست آمده است. در پژوهش موسایی و همکاران (۱۳۹۱؛ به نقل از محمدی و کارگرشاکر، ۱۳۹۷) همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس در مصرف‌کنندگان تریاک ۰/۹۶، کراک ۰/۹۵ و مت آمفتامین ۰/۹۰، هروئین کشیدنی ۰/۹۴، هروئین استنشاقی ۰/۹۴ و در مصرف‌کنندگان هروئین تزریقی ۰/۹۸ به دست آمده است.

1. Instant Craving Questionnaire

2. Franken, Hendricks & Van den Brink

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]

روش اجرا

روش اجرای پژوهش بدین صـــورت بود که بعد از مراجعه به مراکز ترک اعتیاد ابرکوه و هماهنگی با مســئولین، از میان افرادی که تمایل به شــرکت در پژوهش را براســاس ملاک‌های ورود داشــتند، ۴۰ نفر انتخاب و به صــورت تصــادفی در دو گروه کنترل و آزمایش (هر گروه ۲۰ نفر) قرار داده شـدند. در ابتدا، هدف از این جلسـات و قوانین گروه مطرح شد و سپس پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، پذیرش اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی و ولع مصــرف در ابتدا به عنوان پیش آزمون اجرا شــد. ســپس افراد گروه آزمایش تحت جلســات دوازده گام انجمن معتادان گمنام قرار گرفتند (هفته‌ای ۳ بار در هفته و در مدت زمان ۱ ســاعت). ســپس بعد از اتمام جلســات، از افراد هر دو گروه، پرســشــنامه‌ها مجدد به عنوان پس‌آزمون اجرا شــد. با توجه به اینکه این جلســات در راســتای بهبود این افراد بود، ریزش آماری وجود نداشــت. محتوای جلســات دوازده قدم بر اســاس کتاب انجمن ان ای جهانی (۱۳۸۷) و پژوهش خزائی (۱۳۹۵) بود که به صورت هفته‌ای سه جلسه در مدت دو ماه بر روی گروه آزمایش اجرا شــد. هر یک از قدم‌ها، هدف خاص خود را دارد. با کارکرد هر قدم دو اتفاق می‌افتد، افراد وابسته به مواد اول از دانش و تغییری که در آن قدم نهفته اســت بهره می‌برند و ســپس آمادگی پیدا می‌کنند تا قدم بعدی را کار کنند. زیربنا و ساختار این قدم‌ها یک منطق اثبات شده می باشد که در جدول ۱ به صورت خلاصه ارائه شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات ۱۲ قدم (کتاب انجمن ان ای جهانی،۱۳۸۷)

قدم های بنیادی: ایجاد زیر بنا و اصول جدید روش زندگی		
قدم ۱	صداقت و تسلیم	عجز و ناتوانی در برابر اعتیاد و زندگی غیر قابل اداره اقرار و پذیرش اعتیاد
قدم ۲	باور	تنها یک قدرت برتر است که به افراد نیرو می‌دهد تا با اعتیادشان مقابله کنند (اتمام وسوسه و بازگشت به سلامت عقل)

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]

جدول ۱: محتوای جلسات ۱۲ قدم (کتاب انجمن ان ای جهانی،۱۳۸۷)

قدم‌های عملیاتی: به قصد ترمیم گذشته		
قدم ۳	ایمان و تعهد	تصمیم و اتکا به اراده خدای خود برای مشیت زندگی زندگی بر مبنای این ایمان و باور
قدم ٤	شهامت و پشتکار	رنجش‌های گذشته ما، مانع بهبودی افراد است تراز نامه صادقانه از زندگی
قدم ٥	واقعیت و انسانیت	اعتراف به سهیم بودن در رنجش‌های خود، خدای خود و دیگران
قدم ٦	پذیرش و رشد	نواقص شخصی باعث اعتیاد و مانع بهبودی است
قدم ۷	فروتنی	تمایل به درخواست از خدا جهت رفع نواقص شخصی
قدم ۸	محبت برادرانه	به علت اعتیاد به خود و دیگران صدمه زده‌ام
قدم ۹	انصاف و بخشش	جبران خسارت‌هایمان به دیگران
قدم‌های حفظ بهبودی و رشد: به قصد ادامه بهبودی و رشد روحانی		
قدم ۱۰	مراقبت و مداومت	اقدامات عملی برای حفاظت از بهبودی کارکرد روزانه قدم‌های ۱ تا ۹
قدم ۱۱	اشتیاق و نیاز	دعا و مراقبه برای پی بردن به مشیت خداوند در زندگی ارتباط با خدای خود و رشد روحانی
قدم ۱۲	شکرگذاری و آرامش	رساندن این پیام بهبودی به افراد دیگر وابسته به مواد در عذاب راه و روش جدید زندگی بر مبنای این اصول روحانی

یافته‌ها

نتایج ویژگی‌های جمعیت شناختی نشان می‌دهد که بیشتر شرکت‌کننده‌ها در گروه کنترل دارای سن ۲۸ تا ۳۰ سال (۴۰٪ درصد) و در گروه آزمایش بین ۲۵ تا ۲۸ سال (٪۴۵ درصد) بودند. اکثر افراد وابسته به مواد شرکت‌کننده در پژوهش در هر دو گروه کنترل و آزمایش بیشترین مدت زمان مصرف‌شان بین ۱ تا ۳ سال با ۴۰ درصد بوده است. همچنین بیشترین افراد شرکت‌کننده در هر دو گروه، تریاک (گروه کنترل ۴۵ درصد و گروه آزمایش ۶۵ درصد) و سپس شیره (گروه کنترل ۳۵ درصد و گروه

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]

آزمایش ۱۵ درصد) مصرف داشتند. جدول ۲ یافته‌های توصیفی مربوط به نمرات شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	عضویت گروهی	پیش آزمون		پس ازمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پذیرش اجتماعی	گروه کنترل	۱۰/۵۴	۳/۳۲	۱۱/۸۵	۳/۱۴
	گروه آزمایش	۹/۳۵	۲/۷۴	۱۶/۳۲	۳/۰۵
بهزیستی روان- شناختی	گروه کنترل	۳۲۸/۶۰	۴۲/۸۲	۳۲۹/۴۶	۴۳/۱۴
	گروه آزمایش	۳۲۵/۴۰	۴۱/۸۲	۳۴۵/۸۵	۴۰/۶۹
خودمختاری	گروه کنترل	۲۴/۴۵	۹/۴۲	۲۵/۶۵	۹/۴۹
	گروه آزمایش	۲۵/۶۴	۹/۵۸	۳۲/۶۴	۹/۶۳
تسلط بر محیط	گروه کنترل	۲۵/۴۳	۹/۴۶	۲۶/۲۶	۹/۶۲
	گروه آزمایش	۲۴/۸۹	۹/۶۴	۳۲/۹۵	۹/۷۲
رشد شخصی	گروه کنترل	۲۷/۸۴	۹/۸۷	۲۸/۹۲	۱۰/۱۶
	گروه آزمایش	۲۸/۶۵	۹/۸۵	۳۷/۳۲	۱۰/۲۱
روابط مثبت با دیگری	گروه کنترل	۳۳/۲۴	۹/۳۸	۲۶/۷۶	۹/۸۶
	گروه آزمایش	۲۵/۵۳	۹/۴۸	۴۰/۲۲	۱۱/۵۳
هدف در زندگی	گروه کنترل	۲۰/۶۵	۸/۸۶	۲۲/۶۵	۸/۷۸
	گروه آزمایش	۲۰/۲۳	۸/۶۴	۳۱/۶۳	۱۰/۲۶
پذیرش خود	گروه کنترل	۲۱/۷۵	۸/۹۲	۲۲/۲۰	۸/۳۷
	گروه آزمایش	۲۲/۵۴	۸/۹۶	۳۵/۷۴	۱۰/۳۸
کیفیت زندگی	گروه کنترل	۷۶/۷۳	۱۱/۸۹	۷۹/۲۶	۱۱/۰۹
	گروه آزمایش	۷۸	۹/۹۵	۸۵/۶۶	۱۰/۷۶
سلامت جسمی	گروه کنترل	۱۶/۸۶	۵/۷۶	۱۷/۷۵	۹/۲۳
	گروه آزمایش	۱۷/۵۴	۹/۴۴	۲۵/۷۵	۹/۹۲
سلامت روان	گروه کنترل	۱۴/۷۲	۴/۸۶	۱۵/۹۵	۸/۶۴
	گروه آزمایش	۱۴/۴۵	۵/۷۶	۲۴/۴۳	۹/۸۷
روابط اجتماعی	گروه کنترل	۷/۷۵	۲/۵۴	۸/۰۹	۳/۵۴
	گروه آزمایش	۷/۵۶	۲/۳۴	۱۱/۵۲	۳/۶۵
سلامت محیط	گروه کنترل	۲۲/۸۵	۹/۶۵	۲۳/۸۵	۸/۳۱
	گروه آزمایش	۲۴/۴۳	۹/۵۴	۳۲/۲۴	۱۰/۶۳

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	عضویت گروهی	پیش آزمون		پس ازمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ولع مصرف	گروه کنترل	۷۳/۹۶	۸/۶۴	۷۳/۸۴	۸/۵۳
	گروه آزمایش	۷۷/۱۴	۹/۳۵	۶۳/۴۲	۹/۲۶
تمایل و قصد به	گروه کنترل	۱۷/۶۳	۲/۸۲	۱۸/۱۰	۲/۶۳
مصرف مواد	گروه آزمایش	۱۷/۸۳	۲/۱۹	۱۲/۸۳	۲/۶۹
میل به مصرف و	گروه کنترل	۳۰/۷۲	۳/۲۹	۲۹/۸۳	۲/۰۴
تقویت منفی	گروه آزمایش	۳۱/۹۲	۲/۸۰	۲۶/۶۳	۳/۱۹
لذت و شدت	گروه کنترل	۲۹/۸۳	۲/۹۶	۳۰/۶۱	۲/۸۸
فقدان کنترل	گروه آزمایش	۳۰/۱۹	۳/۰۸	۲۳/۱۹	۳/۳۴

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه پژوهش در متغیرهای پژوهش در مرحلهٔ پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد اما در مرحله پس‌آزمون، میانگین گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش تغییرات محسوسی داشته است. برای تجزیه نتایج اصلی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌ها مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که همه متغیرها از توزیع نرمال برخوردار بودند (p> ۰/۰۵). نتایج غیر معنادار آزمون امباکس (F=۰/۸۴، p=۰/۳۶) نشان‌دهنده برقراری مفروضه برابری واریانس-کوواریانس بود. همچنین هیچ کدام از مقیاس‌های پذیرش اجتماعی (F=۰/۵۶، p=۰/۹۱)، بهزیستی روان‌شناختی (F=۰/۹۸، p=۰/۲۸)، کیفیت زندگی (F=۰/۴۶، p=۰/۹۸) و ولع مصرف (F=۰/۳۶، p=۰/۹۹) در آزمون لوین معنادار نبودند (p>۰/۰۵)، لذا می‌توان گفت که همگنی واریانس‌ها برقرار بود. بررسی همگنی رگرسیون، از دیگر پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس است. با توجه به اینکه هیچ کدام از مقیاس‌ها در بررسی همگنی رگرسیون معنادار نبودند (p> ۰/۰۵)، می‌توان نتیجه گرفت که فرض همگنی رگرسیون برقرار است. به طور کلی، با توجه به بررسی‌های انجام شده، مفروضات اساسی روش آماری پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره رعایت شد. نتایج مرحله پس‌آزمون در جدول ۳ آمده است.

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]

جدول ۳: بررسی کوواریانس چندمتغیره پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	ارزش	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری
اثر پیلایی	۰/۹۵	۲۳/۸۶	۴	۳۲	۰/۰۱۲
لامبدای ویلکز	۰/۰۴۹	۲۳/۸۶	۴	۳۲	۰/۰۱۲
اثر هتلینگ	۱۹/۵۲	۲۳/۸۶	۴	۳۲	۰/۰۱۲
بزرگترین ریشه خطا	۱۹.۵۲	۲۳/۸۶	۴	۳۲	۰/۰۱۲

جدول ۳ نشـــان می‌دهد که تمامی آزمون‌های تحلیل کوواریانس (اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثرهتلینگ و بزرگترین ریشـــه خطا) معنادار بودند (p<۰/۰۰۱). بر این اســـاس، می‌توان بیان داشـــت که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسـته تفاوت معناداری وجود دارد. جهت بررسـی دقیق‌تر این تفاوت‌ها، تحلیل کوواریانس برای هر یک از متغیرها در جدول ۴ درج شده است.

جدول٤: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته

متغیرها		مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
پذیرش اجتماعی	پذیرش اجتماعی	۴۹۳/۰۲	۱	۲۱/۸۷	۰/۰۰۱۴	۰/۴۶	۰/۶۹
بهزیستی روانشناختی	خودمختاری	۱۴۶۸/۷۵	۱	۷/۴۶	۰/۰۱۴	۰/۷۲	۰/۵۶
	تسلط بر محیط	۱۱۵۷/۷۵	۱	۵/۸۷	۰/۰۲۷	۰/۳۸	۰/۴۴
	رشد شخصی	۸۱۹/۶۶	۱	۳/۱۹	۰/۰۳۲	۰/۴۲	۰/۵۲
	روابط مثبت با دیگری	۱۱۰۳/۵۰	۱	۲۱/۶۵	۰/۰۱۳	۰/۴۰	۰/۷۲
	هدف در زندگی	۹۵۷/۴۲	۱	۷/۱۲	۰/۰۰۱۲	۰/۶۰	۰/۶۴
	پذیرش خود	۱۱۴۶/۶۵	۱	۳/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۰/۷۰
کیفیت زندگی	سلامت جسمی	۸۵۳/۶۴	۱	۵/۸۷	۰/۰۲۷	۰/۴۹	۰/۴۰
	سلامت روان	۶۲۹/۲۲	۱	۳/۱۵	۰/۰۱۳	۰/۶۲	۰/۳۶
	روابط اجتماعی	۲۴۶/۵۴	۱	۷/۱۲	۰/۰۱۶	۰/۵۶	۰/۴۸
	سلامت محیط	۹۲۴/۴۳	۱	۱۱/۵۴	۰/۰۲۱	۰/۴۵	۰/۴۶
ولع مصرف	تمایل نسبت به مصرف مواد	۱۹۲/۳۸	۱	۶/۹۳	۰/۰۰۲۱	۰/۶۱	۰/۷۶
	میل به مصرف و تقویت منفی	۲۰۴/۸۳	۱	۸/۲۶	۰/۰۰۱۸	۰/۴۰	۰/۶۸
	لذت و شدت فقدان کنترل	۱۷۳/۷۷	۱	۱۱/۷۳	۰/۰۰۲۶	۰/۵۲	۰/۷۰

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]

همان طوری که در جدول ۴ مشـــاهده می‌گردد، در پذیرش اجتماعی، بهزیســـتی روان‌شـــناختی، کیفیت زندگی و ولع مصـــرف بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که گروه آزمایش در تمامی مؤلفه‌های پذیرش اجتماعی، بهزیسـتی روان‌شـناختی، کیفیت زندگی نمرات بیشـتر و در تمامی مولفه‌های ولع مصـرف نمرات کمتری را نسبت به گروه کنترل کسب کرده بودند. به عبارت دیگر، برنامه آموزش دوازده گام انجمن معتادان گمنام باعث شـــد که گروهی که از این روش بهره برده بودند ولع مصرف کمتری را تجربه کنند و بر افزایش پذیرش اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در پس‌آزمون اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دســـت آمده می‌توان بیان کرد که آموزش قدم‌های دوازده‌گانه انجمن معتادان گمنام باعث بهبود پذیرش اجتماعی، بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و ولع مصرف افراد وابسته به مواد شده است. همچنین آموزش‌ها بیشترین تأثیر را بر روی کیفیت زندگی و کمترین تأثیر را بر روی پذیرش اجتماعی داشته است. یافته‌های به دست آمده با نتایج پژوهش‌های خوانســـاری (۱۳۹۹)، عبداللهی و حقایق (۲۰۲۰)، دکرس و همکاران (۲۰۲۰)، گالانتر و همکاران (۲۰۱۹)، وب و توســـیانت (۲۰۱۸) و درماتیس و گالانتر (۲۰۱۶) همســـو و هماهنگ می‌باشـــد. این پژوهش‌ها نشـــان دادند مداخلات قدم‌های دوازده‌گانه بر روی افراد در حال بهبودی مؤثر می‌باشـــد. ویب، گریفین، ژنگ، هریس و کلولند[1] (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند که عضویت در گروه‌های دوازده مرحله‌ای خطر عود را کاهش می‌دهد. در تبیین یافته به دســـت آمده می‌توان بیان کرد که تأمین نیازهای روانی، عاطفی اعضـــاء در جلســـات انجمن موجب ارتقاء انگیزه و نهایتاً بهبودی فرد را در همه زمینه‌ها استمرار می‌بخشد. کسب تجربه پاکی و تبادل تجربیات اعضاء نقش مهمی در ارتقاء انگیزه حضـور فرد در جلسـات داشـته و بهبودی آن‌ها را ممکن می‌سـازد. همچنین کســـب احترام و مورد پذیرش قرار گرفتن اعضـــای انجمن معتادان گمنام موجب افزایش

1. Wiebe, Griffin, Zheng, Harris & Cleveland

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]

حضور منظم فرد در جلسات و رسیدن به پاکی می‌گردد و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها را به همراه دارد. از طرفی دیگر شرکت در جلسات انجمن معتادان گمنام موجب کسب توان برنامه‌ریزی برای زندگی، افزایش خودباوری، خلاقیت و احساس مسئولیت در فرد شده و در روند بهبودی کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی فرد تأثیرگذار است. علاوه بر موارد ذکر شده گمنامی در انجمن معتادان گمنام یک اصل اساسی در فرایند بهبودی افراد وابسته به مواد است. در این انجمن اعضا فارغ از هویت شخصی شامل شغل، سمت و دارایی، مدرک تحصیلی، مقام‌های اجتماعی و... در جلسات شرکت می‌کنند. همه اعضا در قالب یک گروه با یکدیگر مساوی هستند و هیچ عضوی نسبت به عضو دیگر برتری ندارد. اصل گمنامی به معتادی که قصد دارد برای نخستین بار در جلسات شرکت کند، کمک می‌کند تا احساس امنیت کرده و همچنین فضایی یکسان و برابر را در جلسات بهبودی برای همه اعضا ایجاد می‌کند تا آن‌ها با هر پیشینه‌ای، نسبت به دیگر شرکت‌کنندگان انجمن، امتیازی نداشته باشند. همین اصل و همچنین پذیرش بدون قید و شرط از سوی دیگران و دریافت حمایت از سوی آن‌ها و وجود یک راهنما در تمام مراحل زندگی روزمره در این انجمن‌ها باعث کاهش ولع مصرف در افراد وابسته به مواد می‌شود.

همچنین نتایج نشان داد که آموزش انجمن معتادان گمنام بر تمام مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی (خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود) تأثیر معناداری دارد. در تبیین یافته به دست آمده می‌توان بیان کرد که افراد وابسته به مواد با شرکت در برنامه‌های بهبودی و پیگیری اصول دوازده قدم، زندگی معنوی زندگی خود را تسهیل می‌نمایند و با تکیه بر این منابع معنوی، می‌توانند در گرفتاری‌های زندگی معنا و مفهومی جدید را بیابند که آنان را برای مقابله با فشارهای زندگی آماده کند. از سویی دیگر آموزه‌های گروه‌های بهبودی گمنامان، مفهومی از امیدواری را رشد می‌دهند که حس کنترل بر موقعیت و اینکه هر چالشی در زندگی مشوقی برای تحول و رشد است را در وجود مخاطب خود القاء می‌نماید که همین اصول باعث افزایش احساس خودمختاری و تسلط بر محیط در فرد در حال بهبودی

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]

می‌شود. در انجمن معتادان گمنام بر روابط فرد با دیگران و خانواده تأکید فراوانی می‌شود، اختصاص دادن قدم‌های ششم تا نهم به این متغیر گواهی بر این امر می‌باشد. در قدم‌های ششم تا نهم فرد نسبت به نواقص شخصیتی خود شناخت پیدا کرده و سعی در جبران آن‌ها می‌نماید، روابط آسیب‌زننده‌ای را که با دیگران داشته مرور می‌کند و به جبران آن می‌پردازد؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که ارتباط مثبت با دیگر بیماران با شرکت در این انجمن‌ها تغییرات مثبت عمده‌ای پیدا کند. همچنین پیوند با انجمن معتادان گمنام از جمله پیوندهایی است که قابلیت فعال شدن در مواقع اضطراری را برای فرد دارد. در این دوستی‌ها افراد به طور منظم با یکدیگر در ارتباط و از اوضاع هم آگاه هستند و به هنگام برخورد با مشکلات، از منابع حمایتی دوستان بهره‌مند می‌شوند. این حمایت را نیز با تغییر رفتار و عزم برای ترک و تغییر روابط‌شان با اعضای خانواده در محیط خانوادگی‌شان نیز به دست می‌آورند که با پذیرش از سمت آنان نیز روبرو می‌شوند. این ارتباط مثبت و پذیرش بدون قید و شرط به تدریج به صورت متقابل می‌شود و اعضای خانواده و دیگران نیز می‌توانند با فرد بهبود یافته به صورت سالم ارتباط برقرار کنند و او را مورد پذیرش قرار دهند. همچنین یکی از مشکلات فرد وابسته به مواد این است که از یک خلأ معنوی رنج می‌برد. بدین سبب در این جلسات فرد وابسته به مواد، گام ششم (نواقص شخصی باعث اعتیاد و مانع بهبودی است) و گام هفتم (تمایل به درخواست از خدا جهت رفع نواقص شخصی) را الگوی کار خود قرار می‌دهد که این تمرین‌ها باعث افزایش رشد شخصی و پذیرش خود در آنان می‌شود.

با توجه به نتایج به دست آمده آموزش قدم‌های دوازده‌گانه انجمن معتادان گمنام باعث بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت روابط اجتماعی و سلامت محیطی) معتادان گمنام شده است. در تبیین یافته به دست آمده می‌توان اشاره کرد که برنامه‌های دوازده قدم در اصل برای تغییر دادن زندگی، طرز فکر و رفتار فرد طراحی شده‌اند، چون در حقیقت این جنبه‌های عاطفی و شخصی زندگی است که منجر به معتاد شدن فرد شده است. انجمن معتادان گمنام به این نکته اشاره دارد که بیماری اعتیاد باعث شده است تا ذهن و جسم فرد حالت غیرعادی پیدا کند و نتواند مصرف مواد

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]

خود را تحت کنترل درآورد. به خاطر همین با آگاهی از گام‌های صداقت و تسلیم، باور، شهامت و پشتکار و مراقبت و مداومت، افراد در حال بهبودی در این جلسات به این مسئله آگاه شدند که جسم‌شان امانتی از سمت خداست و باید از آن در راه رسیدن به خدا مراقبت کنند؛ لذا همین آگاهی و بینش باعث شد که افراد در حال بهبودی به ورزش و تغذیه مناسب روی آورند و سلامت جسمی خود که هم راستا با سلامت روانی است را ارتقا بخشند. ضمناً پیگیری اصول دوازده‌گانه افراد در حال بهبودی را ملزم می‌نماید که یک سری از فعالیت‌های معنوی (صداقت و تسلیم، باور، ایمان و تعهد، شهامت و پشتکار، واقعیت و انسانیت، پذیرش و رشد و فروتنی) و اجتماعی (محبت برادرانه، انصاف و بخشش، مراقبت و مداومت، اشتیاق و نیاز، شکرگذاری و آرامش) را دنبال نمایند. این دسته از فعالیت‌ها منجر به رشد و شکوفایی معنوی برای آن‌ها می‌شود و با تحقق صداقت، معرفت و خوش‌بینی برای این افراد، معانی جدیدی در مورد زندگی و ارزش‌های آن برای افراد فراهم می‌نماید که منجر به کاهش عواطف منفی، سازگاری بهتر، رضایت و کیفیت بالاتر زندگی و سلامت روانی بیشتر در آن‌ها می‌شود. از سویی دیگر حضور در جلسات انجمن و به اشتراک‌گذاری تجارب موجب می‌شود که افراد وابسته به مواد در حال بهبودی از راهبردهای موفق دیگران در مواجهه با مشکلات خود آگاه شوند. این آگاهی موجب افزایش اعتمادبه‌نفس در آن‌ها شده و احساس کفایت برای غلبه بر ترس از مشکلات پیش‌رو یا غلبه بر ترس از عدم موفقیت احتمالی در مواجهه با آن‌ها را فراهم نماید؛ لذا افراد بهره‌مند از مشارکت در این گروه‌ها با اعتمادبه‌نفس و احساس کفایت بیشتری قادر به تحمل شرایط سخت زندگی خود خواهند بود و پایداری بیشتری را برای طی این دوران با بهبود سلامت روان خواهند داشت. پیوند بین فرد و گروه و تغییر باور و نگرش افراد به خود و جهان، زمینه‌ساز بروز رفتارها و احساسات جدیدی در آن‌ها می‌شود که این باعث یک نگرش جدیدی نسبت به روابط با دیگران می‌گردد. این افراد سعی می‌کنند در روابط قبلی به جبران خسارت‌هایشان که به دیگران زدند، بپردازند و با ایجاد یک زیر بنا و اصول جدید روش زندگی، سلامت روابط اجتماعی‌شان را بهبود بخشند. همچنین حضور در جلسات فرصت تماس اجتماعی و کسب حمایت اجتماعی را به عنوان

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]

یک عامل مهم در حفظ و تداوم سلامت روانی، برای افراد وابسته به مواد در حال بهبودی فراهم می‌نماید. حمایت اجتماعی که مبتنی بر همدلی و درک مشترک است، موجب می‌شود تا مسئولیت‌پذیری خود این افراد برای پایداری و تحمل شرایط نامطلوب افزایش یابد. مسئولیت‌پذیری در اثر بهره‌مندی از آموزه‌های بهبود تجارب معنوی و تکیه بر یک نیروی برتر شکل می‌گیرد و به افراد این باور را می‌دهد که با امید و تکیه بر یک نیروی برتر می‌توانند زندگی خود را با تغییر خود شروع کنند که همین احساس خودکنترلی باعث افزایش سلامت محیطی می‌شود.

همچنین نتایج به دست آمده نشان داد که آموزش قدم‌های دوازده‌گانه باعث کاهش تمام مؤلفه‌های ولع مصرف در افراد وابسته به مواد شده است. در تبیین یافته به دست آمده می‌توان بیان کرد که شرکت در جلسات و مطرح کردن موضوعات خود افراد در حال بهبودی و شنیدن مشارکت سایر همدردان که یک قسمت اساسی از برنامه معتادان گمنام است، به آن‌ها کمک می‌کند که بتوانند پاکی خود را حفظ کنند و علیرغم وسوسه مصرف مجدد مواد، بهبودی‌شان را استحکام می‌بخشد تا در برابر تمایل و قصد نسبت به مصرف مواد مقاومت کنند. در این جلسات با در ارتباط بودن با تازه واردین، افراد با گذشته خود در تماس خواهند بود و به مرور به ارزش صحبت با معتادان دیگری که درد مشترکی با آن‌ها دارند پی می‌برند و با دیدن رفتار و شنیدن حرف‌های معتادانی که همچون آنان بودند و راه زندگی بدون مواد مخدر و لذت از آن را پیدا کرده‌اند، آشنا می‌شوند. آن‌ها به این باور می‌رسند که می‌توانند در برابر ولع مصرف مقاومت کنند و با وجود مشکلات سر راهشان به سمت مصرف مجدد نروند. از سویی دیگر یکی از دلایل کاهش میزان ولع مصرف در افراد شرکت‌کننده در جلسات معتادان گمنام، افزایش آگاهی بیماران نسبت به شرایط و نشانه‌های ایجاد کننده ولع مصرف، آگاهی از واکنش‌های نادرست، بدون تفکر و عجولانه قبلی به این نشانه‌ها، یادگیری مؤثر کنار آمدن با این نشانه‌ها و ارزیابی شرایط محیطی می‌باشد. در خلال این جلسات افراد از تجربیات خود در مورد بروز ولع مصرف، شرایطی که دچار ولع می‌شوند و چگونگی مقابله با آن با یکدیگر گفت‌وگو می‌کنند؛ تجربیات مثبت و منفی خود را برای سایر اعضا بیان می‌کنند و مورد

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]

بازخورد مثبت دیگران قرار می‌گیرند. مجموع این عوامل در کنار هم منجر به فروکش میل و ولع مصـــرف مواد و کاهش لذت و شـــدت فقدان کنترل در افراد وابســـته به مواد می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به این موارد اشـــاره کرد: این پژوهش بر روی کلیه معتادان گمنام شـهر ابرکوه انجام شـده اسـت؛ لذا در تعمیم نتایج آن به جوامع آماری دیگر باید جوانب احتیاط را رعایت نمود. از محدودیت‌های دیگر پژوهش، ســـنجش متغیرهای پژوهش از طریق پرســـشـــنامه‌های خود گزارش‌دهی بود که باعث ســـوگیری احتمالی در پاســـخ‌دهی شـــرکت‌کننده‌ها می‌شـــود. همچنین به خاطر وجود بیماری فراگیر کووید-۱۹ جلســـات به صـــورت فشـــرده با مدت زمان کوتاه‌تری برگزار گردید که یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش محسوب می‌شود. لذا در راستای محدودیت‌های پژوهش پیشنهاد می‌شـود در جوامع دیگر با در نظر گرفتن ویژگی‌های جمعیت شـناختی (سـن، جنسـیت، تحصـــیلات و...) پژوهش انجام شـــود. همچنین پیشـــنهاد می‌شـــود در پژوهش‌های آتی دوره‌های زمانی مشخصی برای پیگیری ثبات یا عدم ثبات نتایج لحاظ شود و از روش‌های دیگر گردآوری اطلاعات مانند مصـــاحبه اســـتفاده شـــود. همچنین پیشـــنهاد می‌شـــود که پژوهشی با هدف تعیین اثربخشی این جلسات بر روی اعضای خانواده افراد وابسته به مواد در حال بهبودی نیز انجام گردد.

منابع

اسلامی، بهروز؛ طالبی، محمدعلی؛ مهدی پور خراسانی، ملیحه؛ ذاکری هامانه، راضیه و کاظمی، اعظم (۱۳۹۶). ارزیابی تطبیقی میزان اثربخشی اقدامات کلینیک‌ها، کمپها و گروه‌های معتادین بی نام و ارائه مدلی کارآمد در کنترل و کاهش اعتیاد. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۲)، ۷۱-۵۳.

انجمن ان ای جهانی (۱۳۸۷). *راهنمای کارکرد قدم*. مترجم کمیته ترجمه. تهران: نشر کوزران.

بیانی، علی اصغر؛ کوچکی عاشور، محمد و بیانی، علی (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس به زیستی روانشناختی ریف. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۴ (۲)، ۱۵۱-۱۴۶.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]

بیرامی، منصور؛ موحدی، یزدان؛ خرازی نوتاش، هانیه؛ و البرت، سونیا (۱۳۹۴). مقایسه پذیرش اجتماعی و سلامت عمومی در دانشجویان با و بدون اعتیاد به اینترنت. *مجله سلامت جامعه*، ۹(۲)، ۲۹-۲۰.

حسینی نیا، نرگس و حاتمی، حمیدرضا (۱۳۹۸). پیش بینی کیفیت‌زندگی برمبنای بهزیستی‌روانشناختی وتاب آوری در بازنشستگان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲۰(۱)، ۹۱-۸۱.

خزائی، عرفان (۱۳۹۵). *اثر بخشی روش درمان دوازده قدم بر کیفیت زندگی و احساس خود کارآمدی اعضاء انجمن معتادان گمنام*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر قدس، دانشکده علوم انسانی و روانشناسی عمومی.

خوانساری، ابوالفضل (۱۳۹۹). *اثربخشی آموزش دوازده قدم انجمن معتادان گمنام (NA) بر تاب‌آوری و خودکارآمدی اعضای (NA) شهر قم در نیمه اول سال ۱۳۹۸*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه قم.

رضایی، سعیده و حمداله، حمداله (۱۳۹۵). *اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر بهزیستی روانشناختی معتادان نگهداری درمراکز کمپ‌های ترک اعتیاد*. چهارمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران، موسسه آموزش عالی مهر اروند، مرکز راهکارهای دستیابی به توسعه پایدار.

سودانی، منصور؛ تواسانی، علی؛ رجبی، غلامرضا؛ و خجسته مهر، رضا (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش گروهی نظریه انتخاب بر کیفیت زندگی معتادان. *ارمغان دانش*، ۲۱(۱۰)، ۹۹۸-۹۸۷.

صادقی، رضا؛ سودانی، منصور و غلامزاده حفره، مریم (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۶۲)، ۸۴-۶۱.

طاهری، سمیه؛ هاشمی رزینی، هادی و وکیلی، سمیرا (۱۳۹۹). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۲۲۸- ۲۱۳.

عسگری، پرویز؛ احتشام زاده، پروین و پیرزمان، سهیلا (۱۳۸۹). رابطه پذیرش اجتماعی و نقش جنسیتی (آندروژنی) با بهزیستی روانشناختی در دانشجویان دختر، *نشریه زن و فرهنگ*، ۲(۵)، ۱۱۰-۹۹.

گال، مردیت‌دامین؛ بورگ، والتر و گال، جویس (۱۳۹۳). *روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روانشناسی (جلد ۱)*. ترجمه: عریضی، حمیدرضا؛ خیر، محمد؛ ابوالقاسمی، محمود؛

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]

شهنی‌ییلاق، منیجه؛ پاک‌سرشت، محمدجعفر؛ خسروی، زهره؛ کیامنش، علیرضا؛ نصر، احمدرضا و باقری، خسرو. تهران: سمت.

گنجی، حمزه (۱۳۹۴). *ارزیابی شخصیت (پرسشنامه ها)*. تهران: چاپ ارجمند.

محمدی، اکبر و کارگر شاکر، امیر (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ساختارمند ماتریکس بر میزان ولع مصرف، سرسختی و بهزیستی روانی در معتادان مت آمفتامین. *فصلنامه طب انتظامی*، ۷(۲)، ۸۱-۷۵.

مهدی زاده هنجنی، هانیه؛ حسینیان، سیمین؛ حسنی ابهریان، پیمان و یزدی، سیده منور (۱۴۰۰). مقایسه مداخالت ذهن آگاهی و بازتوانی شناختی بر کاهش ولع مصرف و بدتنظیمی هیجانی در سوء مصرف کنندگان مواد. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۲۳۰-۲۰۵.

نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکوئی نائینی، کوروش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، رضا (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱۲-۱.

هادی، سمیرا؛ نوری، ربابه؛ محمدخانی، شهرام و منشئی، غلامرضا. (۱۳۹۳). مقایسه بهزیستی روان شناختی، پذیرش و سازگاری اجتماعی بین دختران دانش‌آموز غیر معتاد و معتاد به اینترنت در دبیرستان‌های اصفهان. *پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۱(۲)، ۶۲-۵۲.

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

References

Abdollahi, M., & Haghayegh, S. A. (2020). Efficacy of group therapy based on 12-step approach of narcotics anonymous on self-control and quality of life in people with substance use disorder diagnosis during recovery. *Journal of practice in clinical psychology*, 8(1), 17-26.

Armstrong, M. (2019). *Twelve-step programs and buddhism in treating addiction to alcohol and drugs.* Thesis for bachelor's degree in psychology, Arizona state university.

Auriacombe, M., Serre, F., Denis, C., & Fatseas, M. (2018). *Diagnosis of addictions, the routledge handbook of the philosophy and science of addiction*. London: Routledge.

Dekkers, A., Vos, S., & Vanderplasschen, W. (2020). Personal recovery depends on NA unity: an exploratory study on recovery-supportive elements in Narcotics Anonymous Flanders. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 15(1), 1-10.

Dermatis, H., & Galanter, M. (2016). The role of twelve-step-related spirituality in addiction recovery. *Journal of religion and health*, 55(2), 510-521.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]

Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology*, 54(1), 403-425.

Franken, I. H. A., Hendricks, V. M., & Van den Brink, W. (2002). Initial validation of two opiate craving questionnaires the obsessive compulsives drug use scale and desires for drug questionnaire. *Addiction Behaviors*, 27, 675-685.

Galanter, M. (2018). Combining medically assisted treatment and Twelve-Step programming: a perspective and review. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 44(2), 151-159.

Galanter, M., White, W. L., & Hunter, B. D. (2019). Cross-cultural applicability of the 12-Step model: A comparison of Narcotics Anonymous in the USA and Iran. *Journal of addiction medicine,* 13(6), 493-502.

Noor, N. B. M., & Kumar, A. (2017). A Study on rehabilitated drug addicts and society acceptance towards a rehabilitated life. *International journal of academic research in business and social sciences,* 7(2), 600-614.

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719-227.

Sachan, P., Tiwari, P., & Kunwar, N. (2019). Factors responsible for increasing drug addiction practices and consequences for teenagers. *International journal of home science*, 5(1), 204-206.

Webb, J. R., & Toussaint, L. L. (2018). Self-forgiveness as a critical factor in addiction and recovery: A 12-step model perspective. *Alcoholism treatment quarterly*, 36(1), 15-31.

Webb, J. R., Hirsch, J. K., & Toussaint, L. (2015). Forgiveness as a positive psychotherapy for addiction and suicide: Theory, research, and practice. *Spirituality in clinical practice*, 2(1), 48-60.

White, W., Galanter, M., Humphreys, K., & Kelly, J. (2020). *We do recover: Scientific studies on Narcotics Anonymous*. Selected Papers of William L. *White*. http://www.williamwhitepapers.com/pr/dlm_uploads /2020-Review-of-Scientific-Studies-on NA.pdf.

WHO Quality of Life Assessment Group (1996). *WHOQOL-BREF Introduction, Administration and scoring, Field Trial version*. Geneva: World Health Organization.

Wiebe, R. P., Griffin, A. M., Zheng, Y., Harris, K. S., & Cleveland, H. H. (2018). Twelve steps, two factors: coping strategies moderate the association between craving and daily 12-step use in a college recovery community. *Substance use & misuse*, 53(1), 114-127.

Winner, N. A. (2021). Bridging the gap: the compatibility of cbt-based approaches with twelve-step programs in the treatment of substance use disorders. *Substance use & misuse*, 56(11), 1662-1669.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]

Yen, C. F., Lin, H. C., Wang, P. W., Ko, C. H., Lee, K. H., Hsu, C. Y., & Cheng, C. P. (2016). Heroin craving and its correlations with clinical outcome indicators in people with heroin dependence receiving methadone maintenance treatment. *Comprehensive psychiatry*, 65, 50-56.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.287]