فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال شانزدهم، شماره شصت و پنجم، ص۲۵۴-۲۲۷، پاییز ۱۴۰۱
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 16, No. 65, P 227-254, Autumn 2022

مقاله پژوهشی
Research Article

اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر مسئولیت‌پذیری، منبع کنترل، و کاهش دوز داروهای آگونیست در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده*

مریم اکبری[۱]، حمیدرضا آریانپور[۲]، یاسر رضاپور میرصالح[۳]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۰۷

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر مسئولیت‌پذیری، منبع کنترل و کاهش دوز داروهای آگونیست در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل همه مراجعه‌کنندگان به مراکز درمان اعتیاد شهر اردکان در سال ۱۳۹۹ بود که ۱۶ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با فراوانی یک جلسه در هفته بر روی گروه آزمایش اجرا شد. داده‌ها با استفاده از مقیاس مسئولیت‌پذیری روان-شناختی، مقیاس منبع کنترل، و میزان دوز تجویزی داروهای آگونیست در پرونده درمانی آزمودنی‌ها، جمع‌آوری و با روش تحلیل واریانس مکرر تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد واقعیت‌درمانی گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب، بر بهبود مسئولیت‌پذیری، منبع کنترل، و کاهش دوز مصرف داروهای آگونیست افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده اثربخش بود. **نتیجه‌گیری:** این پژوهش، حمایتی تجربی برای مداخله موردنظر جهت بهبود منبع کنترل، مسئولیت‌پذیری، و کاهش دوز مصرفی افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده فراهم می‌کند.

کلیدواژه‌ها: واقعیت‌درمانی، نظریه انتخاب، منبع کنترل، مسئولیت‌پذیری، داروهای آگونیست

*. این مقاله، برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه اردکان است.

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.
۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران. پست الکترونیک: Hamidaryanpour@ardakan.ac.ir
۳. دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

مقدمه

امروزه اعتیاد[1] به موادمخدر به عنوان یکی از مهمترین مسائل بهداشت‌عمومی شناخته شده‌است که نیازمند مداخلات درمانی و پیشگیرانه می‌باشد (هال و ماتیک[2]، ۲۰۱۸)؛ چرا که تأثیرات آسیب‌زای این بحران اجتماعی به‌حدی است که نه فقط سوءمصرف‌کنندگان بلکه خانواده آن‌ها و جامعه را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (گلات[3]، ۲۰۱۲). وابستگی به مواد و مصرف آن در پنجمین راهنمای تشخیصی و اختلالات روانی[4] به‌عنوان اختلالات مرتبط با مواد و اعتیادآور معرفی شده است (ویتبورن و هالجین[5]، ۱۳۹۴). اختلال سوءمصرف مواد مخدر[6] به مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی ناشی از سوءمصرف مواد گفته می‌شود که فرد مبتلا به این اختلال، با وجود مواجه شدن با موجی از مشکلات قابل توجه در زندگی خویش، همچنان به مصرف خود ادامه می‌دهد. اعتیاد به عنوان دومین اختلال شایع روانی مطرح شده است (سادوک و سادوک[7]، ۲۰۱۶)؛ که مشکلات زیادی در زمینه شغلی، روابط میان‌فردی، جسمانی و تغییرات رفتاری و حتی اختلالات دیگر چون اختلالات روان‌پریشی، اختلال خُلقی، اختلال اضطرابی و جنسی را به وجود می‌آورد (ویتبورن و هالجین، ۱۳۹۴). مصرف‌مواد مخدر معمولاً در نوجوانی آغاز می‌شود و دامنه وسیعی از افراد را درگیر خود می‌کند (کاسپی، رابرتز و شینر[8]، ۲۰۰۵).

طبق آخرین گزارش دفتر مقابله با سوءمصرف مواد مخدر سازمان ملل متحد[9] (۲۰۱۸) ۳۵ میلیون نفر در سر تا سر دنیا مبتلا به اختلالات سوءمصرف مواد مخدر هستند و تنها از ۷ نفر، یک نفر به امکانات درمانی دسترسی دارد. همچنین طبق این گزارش، تعداد معتادان وابسته به مواد شبه افیونی ۵۳/۴ میلیون نفر (۵۶ درصد بیش از تخمین سال قبل) بوده و حدود دو سوم از ۵۸۵/۰۰۰ مرگ و میر ناشی از سوءمصرف مواد مخدر، به دلیل مصرف مواد شبه افیونی بوده است. ایران نیز به خاطر موقعیت جغرافیایی و به‌دلیل همسایگی با

1. addiction
2. Hall & Mattick
3. Glatt
4. diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)
5. Halgin & Witborn
6. substance use disorder
7. Sadock & Sadock
8. Caspi, Roberts & Shiner
9. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

کشـــورهایی که از مراکز مهم تولید مواد مخدر هســـتند، علاوه بر اینکه به‌عنوان یکی از مســـیرهای ترانزیت موادمخدربه شـــمار می‌رود، با توجه به میانگین آمارهای جهانی، جزو کشورهایی محسوب می‌شود که نیازمند همت و تلاش بالا برای کنترل این معضل اجتماعی است (سودانی، مهدی زاده، رجبی و خجسته مهر، ۱۳۹۵). شیوع بالای سوءمصرف مواد مخدر در کشور با آماری بیش از ۵/۴ درصد در جمعیت فعال، نشانگر اهمیت توجه به این معضل اجتماعی است و از طرفی وابستگی به مصرف مواد مخدر به‌عنوان یک بیماری قابل درمان، یکی از با اهمیت‌ترین اولویت‌های پژوهشـی محسـوب می‌شـود (عنایت و غفاری، ۱۳۹۸؛ صـــادقی، ســـودانی و غلامزاده جفره، ۱۳۹۹). طبق مطالعه اســـماعیلی و همکاران (۲۰۱۶) نیز آمار مصـــرف‌کنندگان در ایران ۱/۲ میلیون بزرگســـال گزارش شـــده اســـت. همچنین براساس آمار اعلام شده توسط دبیر کل ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۸، حدود دو میلیون و هشتصد هزار نفر مصرف‌کننده مستمر مواد مخدر در کشور وجود دارد و رشد سالانه اعتیاد در کشور بیش از سه درصد است (متولیان، دوکوشکانی و یحیی زاده جلودار، ۱۳۹۹). بنابراین در بیشتر جوامع، مشکل مصرف مواد یک مشکل سلامت عمومی محسوب می‌شود و پرداختن به آن ضرورت دارد؛ به همین جهت پژوهش‌های بسیاری در زمینه علل شروع، راهبردهای پیشگیری و درمان این مشکل، انجام گرفته است (مک‌کانل، ممتوویک و ریچاردسون[1]، ۲۰۱۷؛ قندهاری و دهقانی، ۱۳۹۶). مرور پیشـنه پژوهشـی نشـان می‌دهد که در زمینه عوامل مؤثر بر الگوی سـوءمصـرف مواد مخدر، عوامل فردی، روانی، خانوادگی و اجتماعی نقش به‌ســـزایی دارند (گالانتر[2]، ۲۰۱۴)؛ به‌گونه‌ای که ویژگی‌های شـــخصـــیتی و رفتاری به‌عنوان عوامل فردی (میچل و پوتنز[3]، ۲۰۱۴)، ســـابقه ســـوءرفتار جسمانی، روانی و جنسی در دوران کودکی و داشتن اختلالات روانی همچون افسردگی، اضـطراب و اسـترس به‌عنوان عوامل روانی (پارکس[4] و همکاران، ۲۰۲۱)، بی‌سـوادی، فقر، عدم اشـــتغال و ســـرگرمی‌های نامناســـب به‌عنوان عوامل اجتماعی (ســـیلورمن، هولتین و توگل[5]، ۲۰۱۹)، عدم داشتن مهارت‌های تربیتی برای حمایت و راهنمایی فرزندان از سوی

1. McConnell, Memetovic & Richardson
2. Galanter
3. Mitchell & Potenza
4. Parkes & et al
5. Silverman, Holtyn & Toegel

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

والدین و سابقه سوءمصرف مواد در خانواده به‌عنوان عوامل خانوادگی، در بروز معضل وابستگی به مواد مخدر نقش اساسی دارند (تاپلین، سادیچها، لی و کروز[1]، ۲۰۱۴). درمان اعتیاد و مشکلات ناشی از آن نیازمند مداخلات تخصصی است.

یکی از راهکارهای موجود و بسیار رایج درمان نگهدارنده[2] یا جایگزین می‌باشد. درمان‌های جایگزین برای معتادان وابسته به مواد مخدر، علاوه بر اینکه منجر به افزایش انگیزه بیماران برای درمان می‌شود، کاهش مصرف غیرقانونی مواد و جرم و جنایت ناشی از آن را به دنبال دارد. به همین سبب، سازمان بهداشت جهانی عنوان کرده که این درمان لازم است درسراسر دنیا در اختیار و دسترس بیماران متقاضی قرار گیرد (فابریسیوس و کاسکا[3]، ۲۰۰۹). هدف از درمان‌های نگهدارنده در درجه اول قطع مواد مخدر نیست؛ بلکه هدف کاهش خطرات و آسیب‌های مرتبط با وابستگی به موادمخدر و همچنین قطع چرخه معیوب مصرف مواد و اعمال مجرمانه مربوط به آن است. درمان‌های نگهدارنده شامل درمان پزشکی مداوم است که طی آن پزشکان فرصت کافی برای درمان بیماری‌های روانی و جسمانی دیگر مثل هپاتیت را خواهند داشت؛ هدف در درازمدت نیز ترک کامل مواد مخدر است (کالر، اشوازر، هالفتر و سویکا[4]، ۲۰۱۹). این درمان‌ها، درمان‌هایی هستند که به‌صورت بلندمدت (حداقل ۲ تا ۳ سال) به واسطه‌ی داروهایی که با تنظیم هورمون‌های مغزی بر روی میل مصرف و وسوسه فرد تأثیر می‌گذارند و با هدف به تعادل رساندن عملکردمغزی، جلوگیری از عود، بازگشت فرد به زندگی روزمره و کاهش آسیب‌های جسمی و روحی روانی ناشی از مصرف‌مواد انجام می‌گیرند. ۴ نوع اصلی و در دسترس آن در کشور ایران شامل ۱- درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست[5] (درمان نگهدارنده با متادون[6])؛ ۲- درمان نگهدارنده با داروی آنتاگونیست[7] (درمان نگهدارنده با نالترکسان-

1. Taplin, Saddichha, Li & Krausz
2. maintenance treatment
3. Fabricius & Casca
4. Koller, Schwarzer, Halfter & Soyka
5. Maintenance treatment with agonist drugs
6. Methadone Maintenance Treatment (MMT)
7. Maintenance treatment with antagonist drugs

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

نالوکسان[1])؛ ۳- درمان نگهدارنده با بوپرنورفین[2] و ۴- درمان نگهدارنده با ترکیب دو داروهای آگونیست و آنتاگونیست (یعنی داروی سابوکسان[3] که شامل بوپرنورفین به‌عنوان آگونیست همراه با نالوکسان به‌عنوان آنتاگونیست) است (موسوی چلک و حسینی، ۱۳۸۹؛ به نقل ازکیامینی و کشاورز، ۱۳۹۸). با وجود آنکه تحقیقات نشان می‌دهد، درمان نگهدارنده یکی از مهمترین رویکردهای رایج و اثربخش در درمان اعتیاد محسوب می‌شود، اما به نظر می‌رسد که این نوع درمان، ابعاد مختلف روان‌شناختی و اجتماعی بیماران تحت درمان را به‌طور اساسی مدنظر قرار داده است (کارول و آنکن[4]، ۲۰۰۴) و بر طبق شواهد، این نوع درمان برای سوءمصرف‌کنندگان مواد پایدار نیست (مارلات و دانوان[5]، ۲۰۰۷). علاوه براین، عوارضی همچون عدم تحمل گرما، سرگیجه، غش، ضعف، خستگی مزمن، اختلالات خواب، خشکی دهان، تنگی مردمک چشم، مشکلات تنفسی (غلامی، علیپور و زارعی، ۱۳۹۴)، خواب‌آلودگی و مشکلات‌جنسی را به همراه دارد (عقیلی و همکاران، ۱۳۹۲). بنابراین لازم است که به سایر درمان‌های موجود نیز پرداخته شود.

از میان درمان‌های موجود برای درمان وابستگی به مواد مخدر، درمان مبتنی بر تئوری انتخاب[6] در این پژوهش بررسی شده است. گلاسر[7] در سال (۱۹۸۵) به واسطه نظریه انتخاب، به بررسی و تشریح مسئله اعتیاد پرداخت. پس از آن، این نظریه به‌عنوان یک درمان روان‌شناختی، برای بهبود و درمان انواع مختلفی از اختلالات اعتیادآور، مورد استفاده قرار گرفت (کیم[8]، ۲۰۰۸). درحقیقت، واقعیت‌درمانی مبتنی بر تئوری انتخاب می‌تواند برای بهبود تعاملات اجتماعی، اصلاح شیوه‌های تربیتی، درمان وابستگی به سوءمصرف مواد و الکل، کنترل خشونت، استرس، اضطراب و... مورد استفاده قرار گیرد (سلیمانی و بابایی، ۱۳۹۴). بر اساس تئوری انتخاب تمامی رفتارهای فرد از محرکی درونی سرچشمه دارند و هر رفتار نیز برای ارضای یکی از نیازهای پنجگانه انسان یعنی نیاز به بقا،

1. Naltroxane-Naloxone Maintenance Treatment (NMT)
2. Buprenorphine Maintenance Treatment
3. Suboxone
4. Carroll & Onken
5. Marlatt & Donovan
6. choice theory
7. Glaser
8. Kim

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

قدرت، تعلق، سرگرمی و آزادی است. بر طبق این نظریه، ناکامی در ارضاء هر یک از این نیازها موجب می‌شود فرد رفتار خاصی را انتخاب کند تا شاید به وسیله آن، نیاز وی ارضا شود (گلاسر، ۲۰۱۰). به عقیده گلاسر (۱۹۹۸)، هر رفتار شامل چهار بُعد فیزیولوژی، احساس، تفکر و عملکرد است که فرد بر دو مؤلفه تفکر و عملکرد رفتار خویش به‌صورت مستقیم و بر دو مؤلفه فیزیولوژی و احساس رفتارش به‌طور غیرمستقیم کنترل دارد. بر این اساس، به باور وی، رفتارها به‌عنوان روشی در جهت بهبود تعاملات اجتماعی و ناکامی‌های ناشی از روابط ناخوشایند، انتخاب می‌شوند و هر فردی باید برای بهبود تعاملات خویش، انتخاب‌های مؤثری داشته باشد (صفوی و علیزاده، ۱۳۹۹). نظریه انتخاب علاوه بر درمان، مشاوره و مدیریت می‌تواند برای مصرف‌کنندگان مواد مخدر دریچه جدیدی به زندگی باز کند و میزان مسئولیت‌پذیری را در وجود آن‌ها افزایش دهد (گلاسر، ۲۰۱۰).

به عقیده گلاسر، نبود مسئولیت‌پذیری و عدم ارضای نیازهای پنجگانه و همچنین وجود هویت شکست موجب افسردگی می‌شود (پیترسون[1]، ۲۰۰۶). گلاسر (۲۰۱۰) مسئولیت‌پذیری را توانایی فرد در برآورده کردن نیازهای خویش می‌دانست، البته به شیوه‌ای که مانع از برآورده شدن نیازهای سایر افراد نشود. بر این اساس، مسئولیت‌پذیری، تکلیفی نیست که باید توسط فرد انجام شود؛ بلکه نشانگر نوعی از احساس و حالتی است که توسط خود شخص برانگیخته می‌شود و دربرگیرنده‌ی نوعی پاسخ و واکنش متناسب دربرابر نیازهای سایر افراد، به‌طور آشکار یا پنهان، می‌باشد (شیشه‌فر و شفیع‌آبادی، ۱۳۹۶). به اعتقاد گلاسر (۱۹۹۸)، ناکامی در ارضای نیازهای اساسی، تجربه‌ای همگانی است؛ چراکه شرایط زندگی برای افراد، یکسان نیست. با این وجود، برخی از افراد، به هنگام ناکامی در برابر ارضای نیازهایشان، به جای پذیرش مسئولیت خویش و انجام عمل مسئولانه در زمینه تأمین و رفع این نیازها و همچنین کاوش در روش‌های مؤثر دیگر، مسئولیت‌گریزانه رفتار خواهند کرد و دیگران را مسئول ناکامی خویش تلقی می‌کنند که نتیجه این بی‌مسئولیتی، عدم توانایی در برقراری تعاملات اجتماعی سالم با دیگران، عدم

1. Peterson

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

توانایی در تصمیم‌گیری مؤثر، شکست‌های پی در پی در زندگی خویش و روی آوردن به سوءمصرف مواد مخدر خواهد بود (یدالهی صابر، ابراهیمی، زمانی و صاحبی، ۱۳۹۸).

همچنین طبق نظریه گلاسر (۲۰۱۰) سوءمصرف موادمخدر به‌عنوان یک رفتار کُنشی درنتیجهٔ تعامل عوامل فردی و بین فردی قابل تبیین است. لذا یکی از مهمترین عوامل فردی مؤثر بر سوءمصرف مواد مخدر، بررسی نوع منبع کنترل افراد در برابر مشکلات می‌باشد. منبع کنترل، مفهومی برای نشان دادن منبع حاکم بر رفتار انسان است. به عبارتی، منبع کنترل، در برگیرنده‌ی نظامی از باورهای افراد در زمینه موفقیت‌ها و شکست‌های خویش است که برحسب نقاط قوت و ضعف افراد ارزیابی می‌شود (کاپوتو[1]، ۲۰۱۹). درحقیقت منبع کنترل، به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی، برای اولین‌بار توسط راتر[2] (۱۹۶۶)، در راستای نظریه یادگیری اجتماعی مطرح شد. به عقیده راتر، منبع کنترل، نشان دهنده انتظار افراد از پیامدهای یک رویداد است که به‌صورت درونی یا بیرونی در ادراک شخصی آنان قرار دارد. از دیدگاه راتر، افراد را می‌توان از لحاظ کانون یا منبع کنترل به افراد دارای کانون کنترل درونی و کانون کنترل بیرونی تقسیم‌بندی کرد (به نقل از جاکوب[3]، ۲۰۲۰). افراد دارای کانون کنترل درونی، اوضاع را تحت کنترل خویش می‌بینند و معتقدند که با تلاش، کوشش و مسئولیت‌پذیری می‌توان به پیامدهای مثبت ناشی از انجام فعالیت‌ها به‌صورت مطلوب، دست یافت. اما افراد دارای کانون کنترل بیرونی، سرنوشت خود را در دست نیروهای خارج از خود می‌بینند و معتقدند که رویدادها صرفاً به واسطه قدرت دیگران، شانس و عوامل غیرقابل کنترل اتفاق می‌اُفتند (حامدنیا، پناغی و حبیبی، ۱۳۹۹).

در کاربرد آموزش تئوری انتخاب نتایج پژوهش یدالهی صابر و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد آموزش نظریه انتخاب به دانشجویان سبب افزایش مسئولیت‌پذیری و شیوه‌های صحیح ارضای نیازهای آن‌ها و همینطور منجر به افزایش امید در آن‌ها می‌شود. همچنین اسلامی، رستمی و سعادتی (۱۳۹۷) نشان دادند که آموزش واقعیت‌درمانی، سهل‌انگاری را در دانش‌آموزان کاهش داده و مسئولیت‌پذیری را در آنان افزایش می‌دهد. ویدرهولد و

1. Caputo
2. Rotter
3. Jacob

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

ریوا[1] (۲۰۱۹) نشان دادند که واقعیت‌درمانی گروهی براساس تئوری انتخاب تأثیر مثبتی بر تقویت مسئولیت‌پذیری زندانیان معتاد تحت درمان داشته و باعث افزایش سطح مسئولیت‌پذیری آن‌ها شده است. نوروزی مداح، آقامحمدیان شعرباف و مشهدی (۱۳۹۵) نشان دادند که واقعیت درمانی گروهی منجر به افزایش معنادار منبع کنترل درونی و راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌محور و نیز کاهش معنادار نگرش مثبت نسبت به مصرف سیگار می‌شود. سویگیو و پوروانتو[2] (۲۰۲۰) نیز نشان دادند واقعیت درمانی تأثیر به سزایی بر تمایل و رویارویی معتادان با واقعیت و نگرش آن‌ها نسبت به زندگی دارد و در بهبود خودکنترلی آن‌ها نقش اساسی دارد. علاوه بر این، در پژوهش کاپوتو (۲۰۱۹) آموزش واقعیت درمانی گروهی منجر به کاهش عود مجدد و استفاده از منبع کنترل درونی و افزایش سطح سلامتی معتادان شده است و مدت زمان آموزش و درمان دارویی ازجمله عوامل معناداری بودند که به‌طور بالقوه توانسته‌اند فرد را به سمت کنترل درونی سوق دهند. یئون، هانگ و یان[3] (۲۰۱۹) نیز نشان دادند که واقعیت درمانی گروهی ضمن افزایش سطح سلامت جسمی- روانی می‌تواند منجر به کاهش قابل توجه پاسخ معتادان تحت درمان، به تحریک و استفاده از داروهای آگونیست شود. همچنین، کیم (۲۰۱۵) به این نتیجه رسیده است که واقعیت‌درمانی گروهی ضمن افزایش سطح مسئولیت‌پذیری معتادان منجر به افزایش کنترل درونی و کاهش مصرف متادون می‌شود. رابولت و براتر[4] (۲۰۱۴) نیز نشان دادند که واقعیت درمانی به‌عنوان یک مدل مشاوره گروهی با ارائه نتایج امیدوارکننده در جهت تسریع فرآیند درمان، افزایش مسئولیت‌پذیری، جلوگیری از عود مجدد و کاهش مصرف داروهای آگونیست همچون متادون توانسته است بیش از فرآیند درمان با متادون اثربخش باشد. گیلیام[5] (۲۰۰۴) نشان داد که نظریه انتخاب می‌تواند تغییرات مثبتی را در خود کنترلی و منبع کنترل درونی در افراد مرتکب همسرآزاری به وجود آورد.

1. Wiederhold & Riva
2. Sugiyo & Purwanto
3. Yuan, Huang & Yan
4. Raubolt & Bratter
5. Gilliam

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

بنابراین، با توجه به آنچه ذکر شـد و نظر به کمبود پژوهش کافی در این زمینه و همچنین این امر که در سـطح کشـور تعداد بسـیار زیادی از معتادان مراجعه‌کننده به مراکز درمان اعتیاد تحت درمان نگهدارنده با داروهای آگونیسـت قرار دارند؛ این پژوهش، به جهت بررسی اثربخشی واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر مسئولیت‌پذیری، منبع کنترل و کاهش یا قطع دوز مصرفی داروهای آگونیست در بیماران تحت درمان نگهدارنده در مراکز درمان اعتیاد شهرستان اردکان انجام شده است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه نیمه‌آزمایشـی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مراجعه‌کنندگان به مراکز درمان اعتیاد شهر اردکان در سال ۱۳۹۹ بودند. در پژوهش‌های آزمایشـی حداقل حجم نمونه برای هر یک از زیرگروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (دلاور، ۱۳۹۶)؛ اما در پژوهش حاضر، به علت عدم دسترسی پژوهشگر به جامعه آماری مورد نظر در شرایط دشوار ناشی از شیوع ویروس کرونا و عدم همکاری برخی از مراجعه‌کنندگان به مراکز درمان اعتیاد برای شرکت در پژوهش، نمونه‌ای به حجم ۱۶ نفر (۸ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری دردسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به تصـادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شـدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شـامل: عدم داشـتن اختلال یا بیماری خاص، قرار گرفتن حداقل تحت درمان نگهدارنده به مدت یک سال، جنسیت مذکر، داشتن توانایی خواندن و نوشتن، عدم مصرف همزمان مواد مخدر با داروی نگهدارنده بود و ملاک‌های خروج از پژوهش شـامل: غیبت بیش از دو جلسـه، انصـراف از همکاری و تشـخیص بیماری روان‌شـناختی خاص در فرد بود. در این مطالعه، اصـول اخلاقی پژوهش شـامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مکرر در نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس تحلیل شدند.

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

ابزار

۱- مقیاس ارزیابی منبع کنترل راتر[1]: این آزمون توسط راتر در سال ۱۹۶۶، به منظور سنجش انتظارات افراد از منبع کنترل تدوین شده است و شامل ۲۹ ماده و هر ماده دارای یک جفت سؤال (الف و ب) می‌باشد (قربانی، پرافکند و حیدری، ۱۳۹۶). راتر، ۲۳ ماده از مواد این پرسشنامه را با هدف مشخص، جهت روشن شدن انتظارات افراد درباره منبع کنترل تدوین کرده و ۶ ماده دیگر هدف آزمون را با لباس مبدل دنبال می‌کند که این ماده‌های خنثی، ساختار و بُعد اندازه گیری شده را برای آزمودنی مبهم می‌سازد. گویه‌های ۲۴، ۱۹، ۱۴، ۸ و ۱ و ۲۸ سؤالاتی هستند که آزمودنی را از مدار اصلی و هدف آزمون منصرف می‌سازند. در ۲۳ ماده‌ای که به جهت نمره‌گذاری تعیین شده‌اند، سؤالات (الف) یک نمره می‌گیرند و سؤالات (ب) نمره صفر می‌گیرند؛ بنابراین تنها آزمودنی‌هایی که نمره ۹ یا بیشتر بگیرند، واجد منبع کنترل بیرونی و افرادی که نمره کمتر از ۹ بگیرند، دارای منبع کنترل درونی خواهند بود. راتر (۱۹۶۶) روایی این مقیاس را بین ۰/۴۹ و ۰/۸۴ و پایایی آن را به روش بازآزمایی در فاصله زمانی دو ماه، ۰/۴۸ تا ۰/۸۳ گزارش کرده است. موفق (۱۳۸۴؛ به نقل از یاریاری، مرادی و یحیی‌زاده، ۱۳۸۶) روایی این مقیاس را با استفاده از روایی ملاک همزمان با منبع کنترل نویکی استریکلند[2] به‌عنوان ملاک، ۰/۳۹ بدست آورده است. همچنین، خدیوی و وکیلی مفاخری (۱۳۹۰) در نمونه‌ای از دانش‌آموزان ایرانی، ضریب اعتبار این مقیاس را با روش کودر-ریچاردسون ۰/۷۰ و میزان ثبات داخلی آن با روش آلفای کرونباخ را ۰/۷۸ برآورد کرده‌اند. برزگر، صالح‌پور و امام جمعه (۱۳۹۳) نیز ضریب پایایی این مقیاس را با استفاده از روش تصنیف حدود ۰/۸۳ به دست آورده‌اند. در پژوهش حاضر همسانی درونی با روش آلفای‌کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

۲- مقیاس سنجش مسئولیت‌پذیری روان‌شناختی کالیفرنیا[3]: این مقیاس۴۲ سوالی توسط هاریسون گاف[4] (۱۹۵۲) و در طیفی دو درجه‌ای جهت سنجش مسئولیت‌پذیری ساخته

1. Rotter's Locus of Control Scale (RLOC)
2. Newiki Stricklander
3. The California Psychological Responsibility Scale (CPR)
4 Harrison Gough

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]
[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

شده‌است. نمرات هرآزمودنی در بازه ۰ تا۴۲ است؛ نمرات ۰ تا ۷ مسئولیت‌پذیری پایین، نمرات ۱۴ تا ۲۸ مسئولیت‌پذیری متوسط و نمرات بالای ۲۸ مسئولیت‌پذیری بالا را نشان می‌دهند. مگارگی[1] (۲۰۱۲) ضریب پایایی این مقیاس را با روش بازآزمایی و همسانی درونی در مقایسه با دیگر پرسشنامه‌های شخصیت کاملاً رضایت‌بخش عنوان کرده است. در پژوهش عاطف، نصر اصفهانی، فتح‌اللهی و شجاعی (۱۳۹۵) روایی محتوایی و صوری این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده و ضریب پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ و به روش بازآزمایی ۰/۷۳ به دست آمده است. در پژوهش عمارلو و شاره (۱۳۹۷) نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۳ به دست آمده است. در این پژوهش همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمد.

۳- میزان مصرف داروهای آگونیست: برای ثبت میزان مصرفی دوز داروهای آگونیست (متادون و بوپرنورفین) در هر روز برحسب میلی گرم (به همان صورتی که در سامانه اطلاعات درمان سوء مصرف مواد ایران[2] ثبت می‌شود)، در هر سه مرحله عمل شد؛ به این صورت که برای به دست آوردن مقدار مصرفی قرص متادون برحسب میلی گرم؛ هر عدد از آن، ضرب در عدد ۲۰ و برای به دست آوردن مقدار مصرفی قرص بوپرنورفین، هر عدد آن ضرب در عدد ۲ شد.

روش اجرا

در این پژوهش، گروه آزمایش، تحت مداخله واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب طی ۱۰ جلسه (جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای) قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. همچنین اجرای آزمون‌های تحقیق، قبل از شروع مداخله (پیش آزمون)، بعد از اتمام جلسات آموزشی (پس آزمون) و سه ماه پس از پایان جلسات (پیگیری) انجام شد.

برای بررسی روایی محتوایی برداشت‌های انجام شده از کتب و مقالات مربوطه و مرتبط بودن فنون پیشنهادی با مؤلفه‌های استخراج شده، از چهار متخصص در حوزه روان‌درمانگری، برای بررسی تأثیرگذار بودن فنون پیشنهادی بر سازه‌های هدف،

1. Megargee
2. IDATIS

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

نظرخواهی شد. میانگین و میانه نمرات کارشناسان به گزینه‌ها، به ترتیب ۱/۲۵ و ۱ بود که با توجه به روش نمره‌گذاری (۱=کاملاً صحیح تا ۵=کاملاً معارض)؛ حاکی از تأیید صحت برداشت‌هاست. همچنین میانگین و میانه نمرات کارشناسان به گزینه‌های مربوط به تطابق فنون با اهداف جلسات پروتکل به ترتیب ۴/۸۱ و ۵ بود که با توجه به نوع نمره‌گذاری (۰= عدم تناسب تا ۵= تناسب کامل) حاکی از تأیید تطابق فنون با اهداف است. برای بررسی میزان توافق بین نظرات کارشناسان در زمینه روایی محتوایی، یعنی صحت برداشت‌ها از کتب مربوطه و مطابقت فنون واقعیت‌درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب با اهداف هر جلسه، از ضریب تطابق کندال استفاده شد. نتایج نشان داد بین نظرات کارشناسان در زمینه میزان موافقت ارزیابان با برداشت‌ها از کتب مربوطه با ضریب (W=۰/۰۴ و P=۰/۰۰۲)، تطابق وجود دارد. همچنین، بین نظرات کارشناسان در زمینه میزان تطابق فنون با اهداف جلسات با ضریب (W=۰/۱۳۱ و P=۰/۰۰۱)، تطابق وجود دارد. بنابراین روایی محتوایی این پروتکل با نظرخواهی از چهار متخصص در حوزه روان‌درمانگری تأیید شد. شرح جلسات این پروتکل به‌صورت زیر است:

جدول ۱: محتوای جلسات پروتکل واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	تعیین اعضای گروه، معارفه درمانگر و درمانجو، توضیح در مورد جلسات درمانی، آشنایی با قوانین گروه، آشنایی با اهداف گروه درمانی.
جلسه دوم	توضیح نیازهای اساسی (بقا، عشق، آزادی، تفریح، قدرت)، توضیح تفاوت‌ها و شباهت‌ها میان نیازها، تهیه فهرست نیازها در هر فرد و شیوه‌ای که برای پاسخگویی به کار می‌برند.
جلسه سوم	آموزش رفتار کامل از دیدگاه گلاسر (احساس، فیزیولوژی، عمل و فکر)، آموزش نحوه تغییر رفتار بر اساس این چهار مولفه
جلسه چهارم	رفتار کامل در زندگی و تبیین آن در حوزه رفتارهای پرخطر به ویژه مصرف مواد مخدر
جلسه پنجم	آشنایی با کنترل درونی و بیرونی و هفت رفتار مخرب و ارتباط آن با وضعیت کنونی فرد
جلسه ششم	آموزش دنیای کیفی گلاسر و آشنایی افراد با دنیای کیفی خود
جلسه هفتم	توضیح در مورد رفتار مسئولانه و خلاقیت، صحبت در مورد اهداف کلی گروه و اهداف شخصی هر یک از مراجعان در مورد کاهش دوز داروهای آگونیست و اینکه چه اقداماتی باید انجام دهند.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

جدول ۱: محتوای جلسات پروتکل واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب

جلسات	شرح جلسات
جلسه هشتم	آشنایی و تبیین انواع هویت (شکست و توفیق) و ارتباط آن با اهداف فردی
جلسه نهم	آموزش فنون تسهیل‌کننده تغییر رفتار از طریق الگوی wdep که در آن w معادل خواسته‌ها، d بیانگر عمل، e بیانگر ارزیابی و p بیانگر برنامه است.
جلسه دهم	آموزش ده اصل واقعیت درمانی، جمع‌بندی و خلاصه کردن آنچه در طی جلسات بیان شد، پاسخگویی به سوالات، اجرای پس آزمون.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: یافته‌های جمعیت‌شناختی

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سن	۴۳/۲۵	۸/۵۸	۴۳/۱۳	۵/۱۹
وضعیت تأهل	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مجرد	۱	۱۲/۵	۲	۲۵/۰
متأهل	۷	۸۷/۵	۶	۷۵/۰
تحصیلات	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
ابتدایی	۲	۰/۲۵	۳	۳۷/۵
دبیرستان و دیپلم	۴	۰/۵۰	۳	۳۷/۵
فوق دیپلم و لیسانس	۲	۰/۲۵	۲	۲۵/۰

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه به لحاظ سن ($t=۰/۹۸$، $p=۰/۳۳>۰/۰۵$)، وضعیت تأهل ($\chi^2=۲/۲۶$، $p=۰/۱۳>۰/۰۵$) و میزان تحصیلات ($\chi^2=۴/۵۱$، $p=۰/۱۱>۰/۰۵$) تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد که این نشان‌دهنده‌ی همتا بودن دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بود. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل و نوع آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

جدول ۳: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	شاخص‌ها	گروه آزمایش			گروه کنترل		
		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
مسئولیت‌پذیری	میانگین	۲۲/۰۰	۲۸/۷۵	۲۶/۸۸	۲۱/۸۸	۲۱/۷۵	۲۲/۰۰
	انحراف استاندارد	۴/۷۲	۴/۴۶	۴/۸۸	۲/۲۹	۱/۹۱	۲/۲۷
منبع کنترل	میانگین	۱۰/۲۵	۷/۲۵	۷/۳۸	۹/۷۵	۹/۶۳	۹/۸۸
	انحراف استاندارد	۱/۸۳	۱/۴۹	۰/۹۱	۱/۳۹	۱/۳۰	۱/۱۳
دوز مصرفی	میانگین	۵۵/۷۵	۲۴/۱۳	۲۱/۶۳	۵۸/۲۵	۵۵/۶۳	۵۵/۸۸
داروهای آگونیست	انحراف استاندارد	۲۴/۹۹	۱۲/۲۶	۱۱/۷۶	۲۴/۷۶	۲۷/۹۶	۲۵/۸۴

جهت بررسی تغییرات ایجاد شده، با توجه به اینکه هم طرح بین‌آزمودنی (مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل) و هم طرح درون آزمودنی (مقایسه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) وجود دارد، از روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. پیش از انجام تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، از پیش‌فرض‌های نرمال بودن نمونه موردنظر در متغیرهای وابسته، یکسانی واریانس خطا در دو گروه آزمایش و گواه، همگنی ماتریس واریانس-کواریانس در بین سطوح متغیرهای وابسته و همگنی کوواریانس‌ها، اطمینان حاصل شد. نتایج آزمون شاپیروویلک، حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش بود (P>۰/۰۵). همچنین، نتایج آزمون لوین نشان داد که شرط برابری واریانس‌های خطای بین گروهی را در دو گروه برقرار است. به عبارتی، مقادیر آزمون لوین برای هر سه متغیر مسئولیت‌پذیری روان‌شناختی (F=۴/۳۳، P=۰/۰۵۶)، منبع کنترل (F=۱/۰۲، P=۰/۴۲) و دوز مصرفی افراد (F=۰/۲۶، P=۰/۸۷) غیرمعنی‌دار هستند (P>۰/۰۵). افزون بر این، نتایج آزمون همگنی کواریانس کرویت موچلی نیز، نشان از برقراری شرط کرویت ماتریس‌های واریانس-کواریانس و همچنین عدم تخطی از پیش‌فرض کرویت بود (P=۰/۰۶>۰/۰۵،W=۰/۶۵). نتایج مربوط به تحلیل واریانس مکرر در جدول ۴ ارائه شده است.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

جدول ٤: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تفاوت‌های دو گروه در متغیرهای مورد بررسی

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
	زمان	۹۵/۳۷۵	۲	۴۷/۶۸۸	۱۱/۱۷۴	۰/۰۰۱*	۰/۴۴۴	۰/۹۸۵
مسئولیت‌پذیری	زمان*گروه	۹۹/۱۲۵	۲	۴۹/۵۶۳	۱۱/۶۱۳	۰/۰۰۱*	۰/۴۵۳	۰/۹۸۸
	گروه	۱۹۲/۰۰۰	۱	۱۹۲/۰۰۰	۶/۰۹۲	۰/۰۲۷**	۰/۳۰۳	۰/۶۳۲
	زمان	۲۳/۲۹۲	۲	۱۱/۶۴۶	۱۷/۱۶۲	۰/۰۰۱*	۰/۵۵۱	۰/۹۹۹
منبع کنترل	زمان*گروه	۲۳/۰۴۲	۲	۱۱/۵۲۱	۱۶/۹۷۸	۰/۰۰۱*	۰/۵۴۸	۰/۹۹۹
	گروه	۲۵/۵۲۱	۱	۲۵/۵۲۱	۵/۹۴۲	۰/۰۲۹**	۰/۲۹۸	۰/۶۲۱
دوز مصرفی	زمان	۳۲۲۲/۱۶۷	۱/۴۵۲	۲۲۱۹/۸۷۴	۱۶/۷۸۳	۰/۰۰۱*	۰/۵۴۵	۰/۹۹۴
داروهای	زمان*گروه	۲۳۶۴/۶۶۷	۱/۴۵۲	۱۶۲۹/۱۱۰	۱۲/۳۱۷	۰/۰۰۱*	۰/۴۶۸	۰/۹۶۷
آگونیست	گروه	۵۹۸۵/۳۳۳	۱	۵۹۸۵/۳۳۳	۴/۶۵۶	۰/۰۲۷**	۰/۲۵۰	۰/۵۲۰

*P<۰/۰۱ **P<۰/۰۵

همانطور که نتایج آزمون تحلیل واریانس مکرر در جدول ۴ نشـــان می‌دهد اثر عامل زمان و تعامل زمان و گروه بر مسئولیت‌پذیری، منبع کنترل و میزان دوز مصـرفی داروهای آگونیســـت معنادار اســـت. بنابراین، می‌توان گفت که میان گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای مورد بررسی در عامل زمان و تعامل زمان و گروه تفاوت وجود دارد. بدین معنی که بین میانگین متغیرهای ذکر شـــده در ســـه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری صـرف‌نظر از گروه، تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵). علاوه بر این، معنادار شـدن اثر تعاملی حاکی از آن اســـت که اثر گروه با توجه به ســـطوح زمان اندازه‌گیری متفاوت اســـت؛ بدین‌معنی که در میانگین نمرات ســـه گروه در مرحله پیش‌آزمون تفاوت وجود ندارد. همچنین از معنادار بودن تعامل بین گروه و زمان می‌توان نتیجه گرفت، در نمرات دو گروه آزمایش و گواه در طول زمان تغییرات یکسانی ایجاد نشده است؛ بدین معنی که در گروه گواه با توجه به عدم دریافت مداخله تغییرات در طول زمان رخ نداده اســـت. همچنین، نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشـــان داد اثر عامل گروه بر مسئولیت‌پذیری، منبع کنترل و میزان دوز مصرفی داروهای آگونیست در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری معنادار بوده و با مشاهده میانگین‌ها در مرحله‌ی پیگیری در گروه آزمایش

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

ملاحظه می‌شود که اثر مداخله ماندگار بوده است. براساس میزان ضریب اتای بدست آمده در تفاوت‌های بین گروهی می‌توان چنین بیان کرد که مداخله واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب، به ترتیب ۰/۴۴، ۰/۵۵، ۰/۵۴ از تغییرات واریانس متغیرهای مسئولیت‌پذیری، منبع کنترل و میزان دوز مصرفی داروهای آگونیست را در مرحله پس‌آزمون درگروه آزمایش تبیین می‌کند. بنابراین می‌توان اظهار داشت که مداخله موردنظر پژوهش منجر به افزایش معنادار مسئولیت‌پذیری و منبع کنترل درونی و کاهش میزان دوز مصرفی داروهای آگونیست در افرادگروه آزمایش شده است. با این حال، به منظور آگاهی از این موضوع که اثربخشی مداخله موردنظر بر متغیرهای مورد بررسی، در کدام مرحله از متغیر زمان، معنی‌دار بوده، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شده و نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات شرکت‌کنندگان در مراحل مختلف ارزیابی

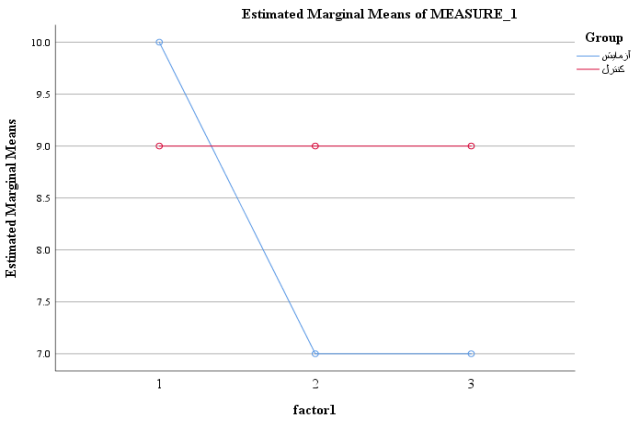
متغیر	گروه	مرحله	اختلاف میانگین	سطح معناداری
مسئولیت‌پذیری	آزمایش	پیش آزمون- پس آزمون	-۶/۷۵۰	۰/۰۰۱*
		پیش آزمون- پیگیری	-۴/۸۷۵	۰/۰۰۲*
		پس آزمون- پیگیری	۱/۸۷۵	۰/۱۸۹
	کنترل	پیش آزمون- پس آزمون	۰/۱۲۵	۰/۸۵۰
		پیش آزمون- پیگیری	-۰/۱۲۵	۰/۸۸۵
		پس آزمون- پیگیری	-۰/۲۵۰	۰/۵۱۶
منبع کنترل	آزمایش	پیش آزمون- پس آزمون	۳/۰۰۰	۰/۰۰۱*
		پیش آزمون- پیگیری	۲/۸۷۵	۰/۰۰۳*
		پس آزمون- پیگیری	-۰/۱۲۵	۰/۸۰۲
	کنترل	پیش آزمون- پس آزمون	۰/۱۲۵	۰/۶۸۵
		پیش آزمون- پیگیری	-۰/۱۲۵	۰/۷۳۲
		پس آزمون- پیگیری	-۰/۲۵۰	۰/۳۵۱
دوز مصرفی داروهای آگونیست	آزمایش	پیش آزمون- پس آزمون	۳۱/۶۲۵	۰/۰۰۲*
		پیش آزمون- پیگیری	۳۲/۸۷۵	۰/۰۰۲*
		پس آزمون- پیگیری	۱/۲۵۰	۰/۵۹۸
	کنترل	پیش آزمون- پس آزمون	۲/۶۲۵	۰/۶۳۳
		پیش آزمون- پیگیری	۲/۳۷۵	۰/۴۷۶
		پس آزمون- پیگیری	-۰/۲۵۰	۰/۹۴۹

*P<۰/۰۱

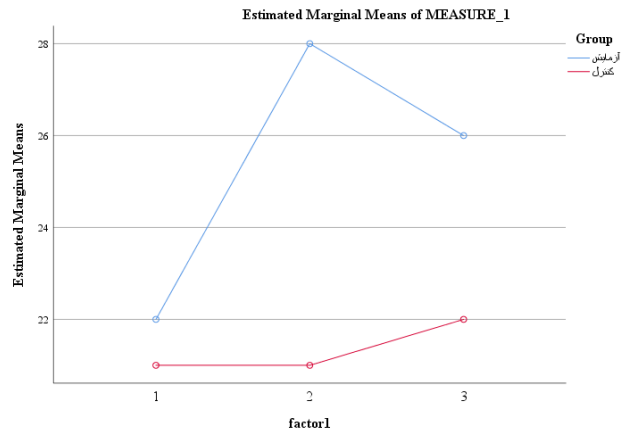
[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

همانطور که در جدول ۵، مشاهده می‌شود بین نمرات در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین میان پیش‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش، در متغیرهای پژوهش، تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۱). اما در گروه کنترل، این تفاوت‌ها معنادار نیست (P>۰/۰۵). همچنین تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری در هیچکدام از گروه‌ها معنی‌دار نیست (P>۰/۰۵). تفاوت‌های بین دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای مورد بررسی در نمودارهای ۱ تا ۳ ارائه شده است.



نمودار ۱: وضعیت دو گروه در متغیر منابع کنترل در مراحل مختلف پژوهش

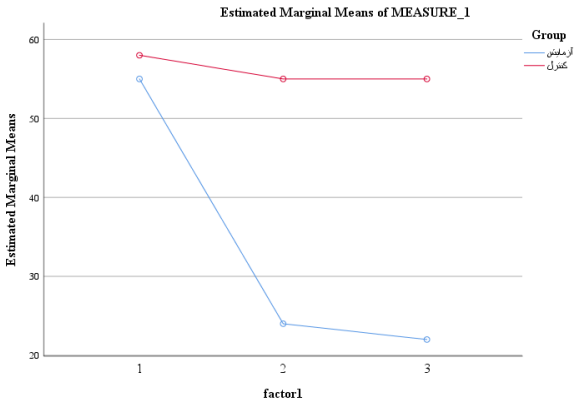


نمودار ۲: وضعیت دو گروه در متغیر مسئولیت‌پذیری در مراحل مختلف پژوهش

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]



نمودار ۳: وضعیت دو گروه در متغیر دوز مصرفی داروهای آگونیست در مراحل مختلف پژوهش

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر مسئولیت‌پذیری، منبع کنترل و کاهش دوز داروهای آگونیست در معتادان تحت درمان نگهدارنده انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر گرایش افراد به کنترل درونی، افزایش مسئولیت‌پذیری و کاهش دوز مصرفی داروهای آگونیست (متادون و بوپرنورفین) در افراد تحت درمان اثربخش بود.

در زمینه اثربخش بودن واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر منبع کنترل، نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش ویدرهولد و ریوا (۲۰۱۹)، یه و لین[1] (۲۰۱۵) و گیلیام (۲۰۰۴) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که معمولاً افرادی که موفقیت‌ها و شکست‌های خود را به کوشش یا توانایی‌های شخصی نسبت می‌دهند، دارای منبع کنترل درونی هستند. به عبارت دیگر، اشخاص دارای منبع کنترل درونی بر این عقیده و باورند که تدبیر، خودکارآمدی و مسئولیت‌پذیری به پیامدهای مثبت می‌انجامد و رفتار آنها نقش اساسی در افزایش برون‌دادهای خوب و کاهش برون داده‌های بد دارد. لذا، این افراد ضمن داشتن استقلال بیشتر، متکی بر قضاوت‌های شخصی خود هستند، از تفکر خلاقانه بالاتری برخوردارند و در تغییرات اجتماعی مؤثر واقع می‌شوند (شولتز،

1. Ye & Lin

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

۱۳۹۸). بنابراین، افراد دارای منبع کنترل درونی، علاوه بر اینکه در اکثر فعالیت‌ها سلطه‌جویی و خودکارآمدی بالایی دارند و خود را مسئول نتایج و پیامدهای حاصل از فعالیت‌ها می‌دانند، اعمال و توانایی‌هایشان نیز تعیین‌کنندهٔ رسیدن به موفقیت و شکست خواهد بود (شورج، ۱۳۹۸). بر این مبنا، منبع کنترل افراد با مسئولیت‌پذیری آنان، بدون توجه به پیامدهای رفتاری، مرتبط است و افراد با منبع کنترل درونی، از مسئولیت‌پذیری بالایی در برابر رویدادها و اتفاقات، برخوردار هستند؛ حتی اگر علت رویدادها، بیرونی و محیطی باشد (گیلیام، ۲۰۰۴). بر این اساس، به باور گلاسر (۲۰۰۳) علت بروز مشکلات روانی، به این تفکر بر می‌گردد که فرد توسط نیروهای بیرونی و محیطی کنترل می‌شود و وی مسئولیت اعمال خویش را نمی‌پذیرد. پس هدف از مداخله واقعیت درمانی گلاسر، تلاش در جهت یاری رساندن به مراجعین در جهت پذیرش مسئولیت خویش در برابر مشکلات و در دست گرفتن کنترل زندگی خویش است (گلاسر، ۲۰۱۰). به عبارتی، در این مداخله درمانی، تلاش براین بود با انجام تمرین‌های گوناگون و بحث گروهی ضمن تغییر نگرش افراد به آنها یادآور شود که انتخاب‌های آنان سبب ایجاد وضعیت فعلی زندگی‌شان شده و باید مسئولیت آن را بپذیرند. درحقیقت، در این مداخله درمانی، افراد وابسته به سوءمصرف مواد مخدر یاد می‌گیرند که با کنترل تفکرات، رفتارها و احساساتشان را تحت کنترل خویش درآورند و به جای تلاش برای کنترل دیگران و مسئولیت‌گریزی از طریق رفتارهای غیرمنطقی که باعث وضعیت فعلی آنها شده با انتخاب و اجرای تصمیمات جدید برای تغییر وضعیت موجود اقدام کنند. به این ترتیب با توجه به یافته‌های فوق و به واسطه‌ی مقایسه نتایج این پژوهش با یافته‌های سایر مطالعات انجام شده دراین زمینه، مشخص شد که واقعیت‌درمانی گروهی بر منابع کنترل در افراد تأثیر معناداری دارد.

در زمینه اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر مسئولیت‌پذیری، یافته‌های این قسمت با پژوهش‌های کاپوتو (۲۰۱۹)، کیم (۲۰۱۵) و یدالهی صابر و همکاران (۱۳۹۸) همسو می‌باشد. همچنین رابولت و براتر (۲۰۱۴) در پژوهشی که به بررسی مقایسه فرآیند درمان معتادان براساس یک مدل مشاوره گروهی مبتنی بر واقعیت درمانی با فرآیند درمان با متادون، پرداختند نشان دادند که مشاوره گروهی مبتنی بر

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

واقعیت‌درمانی به معتادان کمک می‌کند تا مسئولیت اقدامات خود را بپذیرند و رفتاری پربارتر اتخاذ کنند. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که در نظریه انتخاب به افراد آموزش داده می‌شود تا مسئولیت خویش را در قبال رفتارها و احساسات‌شان افزایش دهند و بر رویدادها کنترل یابند. به‌عبارتی، در این تئوری، کنترل فرد بر رفتار خویش، نوعی کنترل آگاهانه می‌باشد، یعنی فرد به صورت داوطلبانه رفتار مدنظر خویش را انتخاب کرده و مسئولیت آن رفتار را نیز برعهده می‌گیرد. لذا، افراد باید به‌گونه‌ای، انتظارات، عقاید، افکار و تمایلات خویش را در راستای اعمال خود قرار دهد تا بتواند به مطلوب‌ترین و خوشایندترین پیامدها دست یابد (صاحبی و سلطانی‌فر، ۱۳۹۷). لذا، بر طبق نظریه انتخاب، علاوه بر اینکه مسئولیت‌پذیری می‌تواند به عمل مطلوب و تأثیرگذار منتهی شود، کنترل فرد را بر رفتارها و اعمال خویش افزایش می‌دهد که نتیجه‌ی آن، تغییر تفکرات غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد است. ضمن اینکه فرد با پذیرش و تسلط بر هیجانات خویش می‌تواند در رفتار و اَعمال خویش، اصلاحاتی انجام دهد (صاحبی، ۱۳۹۶). در حقیقت، این نظریه با تقویت منبع کنترل درونی افراد به آنان می‌آموزد که خوشبختی در زندگی به انتخاب خود آنان بستگی دارد نه به رویدادهای گذشته. به عبارتی، آنان این توانایی را دارند که آینده خود را آن‌طور که می‌خواهند، رقم بزنند (ویدرهولد و ریوا، ۲۰۱۹). در حقیقت در فرایند آموزش تئوری انتخاب به فرد کمک می‌کنیم با سیستم خلاق ذهن خود آشنا شود (بر طبق تئوری انتخاب سیستم رفتاری شامل دو بخش عادات سازمان یافته (رفتارهایی که همواره تکرار می‌شوند وآشنا هستند) و سیستم خلاق است که رفتارهای جدیدی را به ما پیشنهاد می‌کند. فرد یاد می‌گیرد در شرایطی که کنترل اوضاع را از دست داده، سیستم خلاق ذهن او پیشنهادهای متعددی را مطرح می‌کند که برخی کارآمد و برخی ناکارآمد هستند و این خود اوست که می تواند هر کدام از این پیشنهادها را رد یا قبول کند. درواقع آگاهی از وجود این سیستم خلاق سبب می‌شود نسبت به پیشنهادهای آن آگاهانه برخورد کنیم و مسئولیت انتخاب رفتار پیشنهادی را نیز بپذیریم. به این ترتیب در پژوهش حاضر نیز واقعیت درمانی با به وجود آوردن سطح بالاتری از مسئولیت‌پذیری در افراد نمونه، توانست منجر به کاهش دوز مصرفی افراد تحت درمان نگهدارنده شود.

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

در زمینه اثربخشی واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر کاهش دوز داروهای آگونیست، یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های کپیوتو (۲۰۱۹)، ویدرهولد و رلیوا (۲۰۱۹)، یئون و همکاران (۲۰۱۹)، کیم (۲۰۱۵)، رابورت و براتر (۲۰۱۴) همسو می‌باشد که در پژوهش‌های خود نشان دادند که واقعیت درمانی گروهی بر کاهش دوز مصرفی افراد تحت درمان نگهدارنده مؤثر است. اوجی، حیدری، بختیارپور و سراج خرمی (۱۳۹۸) نیز اثربخشی این شیوهٔ درمانی را بر درمان اعتیاد به مواد مخدر و زمینه‌های مرتبط آن تأیید کرده‌اند. در تبیین این یافته می‌توان چنین مطرح کرد که از بین درمان‌های وابستگی به مواد مخدر، درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست به علت حفظ بیماران در حالت پرهیز و جلوگیری از عود پس از قطع مصرف مواد مخدر، به‌عنوان یکی از مداخلات درمانی اثربخش با پیامدهای مطلوب، شناخته شده است؛ اما به نظر می‌رسد که این مداخله درمانی به‌تنهایی کافی نبوده و باید همراه با مداخلات درمانی دیگر در ابعاد مختلف روان‌شناختی و اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد تا مثمرثمر واقع شود. از بین مداخلات روان‌شناختی، واقعیت درمانی، یکی از رایج‌ترین مداخلات برای درمان اختلالات روانی می‌باشد که ضمن داشتن مزایایی همچون بهبود مهارت‌های اجتماعی، پذیرش مسئولیت و کنترل در برابر اَعمال و رفتار خویش، می‌تواند به‌عنوان یک درمان مکمل برای بیماران وابسته به مواد مورد استفاده قرار گیرد (قاضی و ضرغام حاجبی، ۲۰۲۰). در واقع مفهوم کلیدی در اثربخشی واقعیت درمانی بر کاهش دوز مصرفی داروهای آگونیست در معتادان تحت درمان را می‌توان در نوع پذیرش واقعیت‌های زندگی و مسئولیت بیماران تحت درمان نسبت به رویدادهای اتفاق افتاده و تغییراتی که خود آنان باید ایجاد کنند، دانست. درحقیقت، فرد معتاد با مصرف داروهای آگونیست، اگرچه به دلیل تغییر در فرایند شیمیایی مربوط به انتقال‌دهنده‌های عصبی مغزی، احساس بهبودی موقتی می‌کند؛ ولی خود را مسئول اعتیاد به وجود آمده، نمی‌داند (بهرامی، ۱۳۹۳). بنابراین، آنچه واقعیت درمانی، با توجه به محتویاتش به فرد معتاد می‌دهد، علاوه بر پذیرش مسئولیت نسبت به اعتیاد به وجود آمده و نسبت به درمان علائم مربوط به اعتیاد، کسب منبع کنترل درونی و شروع یک زندگی مجدد می‌باشد. در واقع این درمان به فرد معتاد القا

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

می‌کند که با رفتار مسئولانه‌تر در قبال رفتارهای منفی خود، با واقعیت روبه‌رو شود و با بهبود نیازهای روانی خویش، مصرف داروهای آگونیست را کاهش دهد.

از جنبه دیگر، بر طبق دیدگاه‌های عصب روانشناختی، بیماران مصرف‌کننده داروهای آگونیست، به دنبال مصرف بلندمدت این داروها، دچار آسیب‌های جدی و اساسی در مدارهای لوب پیشانی به دستگاه حاشیه‌ای می‌شوند که آسیب در این مدارها، بر رفتارهای خودکنترلی این بیماران مانند کنترل تکانه‌ها و وسوسه‌های ناشی از مصرف مجدد مواد مخدر، تأثیرات منفی می‌گذارد. بر این اساس مصرف داروهای آگونیست، علاوه بر داشتن اثرات آگونیستی اپیوئیدی، منجر به تعدیل عملکردهای معیوب لوب پیشانی می‌شوند و به کاهش وسوسه و تکانشگری بیماران کمک می‌کنند (پیراستیو[1] و همکاران، ۲۰۰۶). اما با توجه به اینکه درمان‌های روان‌شناختی سریع‌تر از درمان‌های دارویی، به بهبود آسیب‌های عصب-روان‌شناختی لوب پیشانی بیماران وابسته به مواد مخدر، می‌پردازند، می‌توان گفت که واقعیت‌درمانی گروهی می‌تواند با بهبود آسیب‌های عصب- روان‌شناختی و پذیرش واقعیت، مسئولیت و خودکنترلی باعث کاهش مصرف داروهای آگونیست شود (رضائی، عرفانیان و شایسته زرین، ۱۳۹۲). از جنبه دیگر نیز می‌توان چنین فرض نمود که میزان دوز مصرفی بیماران وابسته به مواد مخدر، بستگی به سطح علائم و نشانه‌های روان‌شناختی آنان دارد که این علائم می‌توانند به‌صورت بیماری‌های جسمانی تجلی یابند. بر اساس مطالعات انجام شده نیز، بین اختلالات سوءمصرف مواد مخدر و اختلالات شبه‌جسمانی همبستگی وجود دارد و از دیدگاه بیماران، مصرف داروهای آگونیست از جمله متادون می‌تواند نوعی دارودرمانی برای نشانه‌های جسمانی محسوب شود؛ هر چند که از دیدگاه روان‌شناسان حوزه ترک اعتیاد، مداخلات روان‌شناختی نیز برای درمان اختلالات شبه جسمانی، توصیه می‌شود. با این وجود، اگر فرد وابسته به مواد، نسبت به مشکلات خویش آگاهی نداشته باشد و نتواند مسئولیت اعتیاد خود را برعهده بگیرد و تمایلی نیز به تغییر مکانیسم‌های معیوب مقابله‌ای خویش در جهت کنترل و بهبود علایم درون- روانی‌اش نداشته باشد، درمان وی صرفاً با داروهای آگونیست، امکان‌پذیر نیست و باید همراه با

1. Pirastu

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

دارودرمانی، از درمان‌های روان‌شناختی نیز استفاده شود. از آنجایی که بر دیدگاه تئوری انتخاب هرگونه اعتیاد (و یا مصرف داروهای آگونیست به جای مواد مخدر) بر این باور فرد استوار است که باید نوعی از مواد را مصرف کند تا بتواند کنترل خود بر زندگی را در طول روز حفظ کند و نیازهایش را ارضا نماید، برای کاهش مصرف یا قطع آن لازم است ابتدا رفتاری موثر را برای ارضای نیازهای خویش جستجو کند؛ مثلاً برای احیای روابط خانوادگی‌اش تلاش کند؛ در ادامه با شناخت سیستم سازمان یافته عادت‌ها و سیستم خلاق ذهن خود و هوشیار شدن نسبت به آنها می‌تواند هنگام رویارویی با موقعیت‌هایی که احساس می‌کند کنترل زندگی خود را از دست داده است، به انتخاب رفتارهایی روی بیاورد که جایگزین مصرف دارو هستند؛ بنابراین با توجه به اینکه واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب در این مطالعه، دارای محتوای بینش‌مدار و آگاهی‌بخش برای بیماران بوده است؛ لذا می‌توان گفت که این درمان توانسته است به کاهش معنی‌دار دوز داروی مصرفی داروهای آگونیست در بیماران منجر شود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مراجعه‌کنندگان به مراکز درمان اعتیاد شهر اردکان بودند. بنابراین در تعمیم یافته‌ها به سایر افراد جامعه باید به خاص بودن این جامعه آماری توجه شود. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر، مربوط به اجرای مداخله موردنظر و تکمیل پرسشنامه‌ها توسط بیماران مرد تحت درمان نگهدارنده بود که به دلیل شیوع بیماری کرونا، تحت تنش بودن و مشکل در جلب رضایت آنان، اجرای مداخله و تکمیل پرسشنامه‌ها گاهی دشوار و با مشکلاتی همراه بود. از این رو پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، تأثیر این مدل بر نمونه‌هایی از بیماران زن و مرد در دیگر شهرها مورد بررسی قرار گیرد. علاوه بر این، با توجه به اثربخشی این مداخله بر مسئولیت‌پذیری و منبع کنترل افراد، به روان‌درمانگران و مشاوران حوزه اعتیاد پیشنهاد می‌شود که در کنار درمان‌های داروئی، از این مداخله در جهت بهبود باورهای افراد و در پی آن، افزایش مسئولیت‌پذیری و منبع کنترل درونی آنان بهره گیرند.

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

تشکر و قدردانی

از همراهی و همگامی صمیمانه تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش و نیز مسئولین و پرسنل مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد شهر اردکان، بویژه پرسنل محترم مرکز درمان و بازتوانی اعتیاد آسمان شهر اردکان تشکرو قدردانی می‌شود.

منابع

اسلامی، فریدون؛ رستمی، مهدی و سعادتی، نادر (۱۳۹۷). اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر کاهش رفتارهای سهل انگارانه و افزایش مسئولیت پذیری دانش آموزان. *فصلنامه پژوهش-های نوین روانشناختی*، ۱۳(۵۱)، ۲۱-۱.

اوجی، آمنه؛ حیدری، علیرضا؛ بختیارپور، سعید و سراج خرمی، ناصر (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان ماتریکس و واقعیت درمانی نوین گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر تاب‌آوری سازگاری اجتماعی در بعد آن وابسته به متامفتامین تحت‌درمان با داروی بوپرنورفین. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۳(۵۴)، ۶۶-۴۸.

برزگر، فاضل، صالح پور، مصطفی و امام جمعه، سیدمحمدرضا (۱۳۹۳). بررسی رابطه‌ی منبع کنترل و عزت نفس با خلاقیت در دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر اردکان. *مجله روان‌شناسی مدرسه*، ۳(۴)، ۲۱-۶.

بهرامی، هادی (۱۳۹۳). *اعتیاد و فرایند پیشگیری*. تهران: سمت.

حامدنیا، مهرداد؛ پناغی، لیلی و حبیبی، مجتبی (۱۳۹۹). نقش تعدیل‌کننده منبع کنترل در رابطه بین دلبستگی به والدین و گرایش به مصرف مواد مخدر. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۵)، ۲۷۸-۲۶۳.

خدیوی، اسدالله و وکیلی مفاخری، افسانه (۱۳۹۰). رابطه بین انگیزه پیشرفت، منبع کنترل، خودپنداره و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان سال اول متوسطه نواحی پنج گانه تبریز. *نشریه آموزش و ارزشیابی*، ۴(۱۳)، ۶۶-۴۵.

دلاور، علی (۱۳۹۶). *طرح‌های آزمایشی در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. تهران: سمت.

رضائی، امیر؛ عرفانیان، زهرا و شایسته زرین، مسعود (۱۳۹۲). تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری به روش فرانظری بر میزان نشانه‌های افسردگی و دوز متادون مصرفی بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۵(۵۸)، ۹۹-۹۱.

سلیمانی، اسماعیل و بابایی، کریم (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانی گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب بر اضطراب و امیدواری افراد وابسته به مواد در حین ترک. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۷)، ۱۵۰-۱۳۷.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

سودانی، منصور؛ مهدی‌زاده، علی؛ رجبی، غلامرضا و خجسته مهر، رضا (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش گروهی مفاهیم نظریه انتخاب بر کیفیت زندگی معتادان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۹)، ۱۷۷-۱۶۳.

شورج، مهران (۱۳۹۸). رابطه خودشیفتگی و منبع کنترل با موفقیت شغلی کارکنان دانشگاه آزاد واحد تهران مرکز. *فصلنامه مدیریت و چشم انداز آموزش*، ۱(۲)، ۱۰۳-۸۷.

شولتز، دوآن (۱۳۹۸). *نظریه‌های شخصیت*. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: ارسباران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۵).

شیشه‌فر، هدیه و شفیع آبادی، عبداله (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش واقعیت درمانی بر افزایش شادکامی و مسئولیت‌پذیری و کاهش احساس تنهایی. *فصلنامه علمی- پژوهشی پژوهشنامه تربیتی*، ۱۲(۵۲)، ۱۶۶-۱۴۵.

صاحبی، علی (۱۳۹۶). *تئوری انتخاب مصور*. تهران: سایه سخن.

صاحبی، علی و سلطانی‌فر، عاطفه (۱۳۹۷). *دعوت به مسئولیت‌پذیری: فرایند گام به گام واقعیت درمانی*. تهران: سایه سخن.

صادقی، رضا؛ سودانی، منصور و غلامزاده جفره، مریم (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش متمرکز بر شفقت خود بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۷)، ۱۵۰-۱۳۱.

صفوی، راحله و علیزاده، عبداله (۱۳۹۹). اثربخشی مشاوره گروهی واقعیت‌درمانی بر تعلل‌ورزی و احساس تنهایی در معتادان NA شهر تهران. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۴(۸)، ۱۲-۱.

عاطف، محمد؛ نصر اصفهانی، مهدی؛ فتح‌اللهی، پریدخت و شجاعی، محمدرضا (۱۳۹۵). هنجاریابی پرسشنامه روان‌شناختی کالیفرنیا. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۱(۲)، ۲۷۱-۲۸۸.

عقیلی، مهراد؛ مولودی، مرتضی؛ افشار، حمید؛ صالحی، مهرداد؛ حسن‌زاده، عمار و ادیبی، پیمان (۱۳۹۲). بررسی شیوع انواع علایم گوارشی در بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های MMT در اصفهان. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۱(۲۴۰)، ۸۵۰-۸۴۳.

عمارلو، پروانه و شاره، حسین (۱۳۹۷). حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری و اهمالکاری شغلی: نقش میانجی‌گرانه ارضای نیازهای بنیادین روانشناختی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۴(۲)، ۱۸۹-۱۷۶.

عنایت، حلیمه و غفاری، داریوش (۱۳۹۸). مطالعه پدیدارشناسانه بسترهای اعتیاد به مواد مخدر در زنان. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۳(۵۱)، ۵۴-۳۱.

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

غلامی، محمدسعید؛ علیپور، رضا و زارعی، طیبه (۱۳۹۴). بررسی فراوانی عوارض ناشی از درمان نگهدارنده با متادون در مراجعه‌کنندگان به مرکز درمانی بیمارستان دکتر شریعتی فسا. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، ۵(۲)، ۲۵۶-۲۴۸.

قربانی، فاطمه؛ پرافکند، بابک و حیدری، اسحاق (۱۳۹۶). ارتباط تنظیم هیجان و منبع کنترل با خودکنترلی شناختی در افراد وابسته به مواد. *مجله روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۵(۲)، ۸۴-۷۵.

قندهاری، آرش و دهقانی، اکرم (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر باورهای فراشناختی و کاهش دوز متادون در مردان تحت درمان با متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۴)، ۱۸۶-۱۶۹.

کیامینی، محمدحسین و کشاورز؛ بهرام (۱۳۹۸). رایجترین شیوه‌های درمان اعتیاد. *ماهنامه ایران پاک*، (۱۳۶)، ۲۳-۱۳.

متولیان، سید مهدی؛ دوکوشکانی، فریماه و یحیی‌زاده جلودار، سلیمان (۱۳۹۹). مقایسهٔ میزان نارضایتی جوانان از ارتباط با پدر و مادر و نقش این نارضایتی در پیش‌بینی گرایش آنان به انحرافات اجتماعی (فرار از خانه، انحراف جنسی و اعتیاد). *پژوهش‌های راهبردی مسائل اجتماعی ایران*، ۹(۳)، ۱۶۰-۱۲۹.

نوروزی مداح، مصطفی؛ آقامحمدیان شعرباف، حمیدرضا و مشهدی، علی (۱۳۹۵). *اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر تغییر راهبردهای مقابله‌ای، منبع کنترل و نگرش به مصرف سیگار در افراد سیگاری*. سومین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی، مشهد.

ویتبورن، سوزان و هالجین، ریچارد (۱۳۹۴). *آسیب‌شناسی روانی: دیدگاه‌های بالینی درباره اختلالات روانی براساس (DSM-5)*. ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: روان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۳).

یاریاری، فریدون؛ مرادی، علیرضا و یحیی‌زاده، سلیمان (۱۳۸۶). رابطه هوش هیجانی و منبع کنترل با سلامت روانشناختی در بین دانشجویان دانشگاه مازندران. *مجله مطالعات روانشناختی*، ۳(۱)، ۴۰-۲۱.

یدالهی صابر، فاطمه؛ ابراهیمی، محمداسماعیل؛ زمانی، نرگس و صاحبی، علی (۱۳۹۸). تعیین اثربخشی آموزش تئوری انتخاب بر مسئولیت‌پذیری و امیدواری دانشجویان دختر. *دوفصلنامه شناخت اجتماعی*، ۸(۱۵)، ۱۷۴-۱۶۵.

References

Caputo, A. (2019). The effectiveness of group reality therapy on Addiction, locus of control and health status: A study on patients with substance use disorder in recovery settings. *Journal of substance use*, 24(6), 609-613.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2004). Behavioral therapies for drug abuse. *American journal of psychiatry*, 162(8), 1452-1460.

Caspi, A., Roberts, B. W., & Shiner, R. L. (2005). Personality development: Stability and change. *Journal of annual review of psychology*, 56(3), 453-484.

Esmaeili, M., Rahimi Movaghar, A., Sharifi, V., Hajebi, A., Radgoodarzi, R., Mojtabai, R., & Motevalian, A. (2016). Epidemiology of illicit drug use disorders in Iran: prevalence, correlates, comorbidity and service utilization results from the Iranian Mental Health Survey. *Journal of addiction*, 111(10), 1836-1847.

Fabricius, W. V., & Casca, C. T. (2009). Concepts of drugs: Differences in conceptual structure across groups with different levels of drug experience. *Journal of addiction*, 92(1), 847–858.

Galanter, M. (2014). Innovations: alcohol & drug abuse: spirituality in alcoholics anonymous: a valuable adjunct to psychiatric services. *Journal of psychiatric services*, 57(3), 307-309.

Ghazi, A., & Zargham-Hajebi, M. (2020). Comparison of the effectiveness of reality therapy with behavioral analysis on the personality factors of improved addicts. *Journal of excellence in counseling and psychotherapy*, 9(35), 36-46.

Gilliam, A. (2004). *The efficacy of William Glasser reality/choice theory with domestic violence perpetrators: A treatment outcome study*. Doctoral dissertation, Walden University.

Glaser, W. (1998). *Reality therapy: The new approach to psychotherapy*. New York: HarperPerennial.

Glasser, W. (2010). *Reality Therapy: A New Approach to Psychiatry*. NewYork: Harper Collins Publication.

Glatt, W. (2012). A new method for detoxifying opioid-dependent patients. *Journal of substance abuse treatment*, 17(3), 193-197.

Gough, H. G., McClosky, H., & Meehl, P. E. (1952). A personality scale for social responsibility. The *Journal of abnormal and social psychology*, 47(1), 73-80.

Hall, W., & Mattick, R. (2018). Adverse adult consequences of different alcohol use patterns in adolescence: an integrative analysis of data to age 30 years from four Australasian cohorts. *Journal of addiction*, 113(10), 1811-1825.

Jacob, J. (2020). Addiction, locus of control and resilience. *Artha journal of social sciences*, 19(1), 27-45.

Kim, J. (2008). The effect of an R/T group counseling program on the internet addiction leveland self-esteem of internet addiction university students. *International journal of reality therapy*, 27(2), 4-12**.**

Kim, K. (2015). The Effect of a reality therapy program on the responsibility for addicts treated with methadone in Korea. *International journal of reality therapy*, 22(1), 1-27.

Koller, G., Schwarzer, A., Halfter, K., & Soyka, M. (2019). Pain management in opioid maintenance treatment. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 20(16), 1993-2005.

Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2007). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. UK: Guilford press.

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

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]

McConnell, M. M., Memetovic, J., & Richardson, C. (2017). Coping style and substance use intention and behavior patterns in a cohort of BC adolescents. *Journal of addictive behaviors*, 39(10), 1394-1397.

Megargee, E. I. (2012). *The California psychological inventory handbook*. New York: Jossey-Bass Pub.

Mitchell, M. R., & Potenza, M. N. (2014). Addictions and personality traits: impulsivity and related constructs. *Current behavioral neuroscience reports*, 1(1), 1-12.

Parkes, D., Fitzgerald, L., Underhill, D., Garami, J., Levy-Gigi, E., & Misiak, B. (2021). The relationship between childhood trauma, early-life stress, and alcohol and drug use, abuse, and addiction: An integrative review. *Current psychology*, 40(2), 579-584.

Peterson, A. V. (2006). *Choice theory and reality therapy*. TCA journal, 28(1), 41-49.

Pirastu, R., Fais, R., Messina, M., Bini, V., Spiga, S., Falconieri, D., & Diana, M. (2006). Impaired decision-making in opiate-dependent subjects: effect of pharmacological therapies. *Drug and alcohol dependence*, 83(2), 163-168.

Raubolt, R., & Bratter, T. E. (2014). Treating the methadone addict: a confronting counseling and reality therapy model. *Journal of drug education*, 25(7), 225-252.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2016). *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (10th ed., vol. 1)*. Philadelphia: Lippincott/Williams & Wilkins.

Silverman, K., Holtyn, A. F., & Toegel, F. (2019). The utility of operant conditioning to address poverty and drug addiction. *Perspectives on behavior science*, 42(3), 525-546.

Sugiyo, S., & Purwanto, E. (2020). The effectiveness of reality group counseling with confrontation and being-positive techniques to improve students self-control. *Jurnal Bimbingan Konseling*, 9(3), 158-163.

Taplin, C., Saddichha, S., Li, K., & Krausz, M. R. (2014). Family history of alcohol and drug abuse, childhood trauma, and age of first drug injection. *Substance use & misuse*, 49(10), 1311-1316.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2018). *World drug report*. Executive summary. Conclusions and policy implications.

Wiederhold, B., & Riva, G. (2019). Group counseling efficiency based on choice theory on prisoners' responsibility increase. *Journal of cyberpsychology, behavior, and social networking*, 22(1), 3-6.

Ye, Y., & Lin, L. (2015). Examining relations between locus of control, loneliness, subjective well-being, and preference for online social interaction. *Journal of psychological reports*, 116(1), 164-175.

Yuan, Y., Huang, J., & Yan, K. (2019). *Virtual Reality Therapy and Machine Learning Techniques in Drug Addiction Treatment.* Paper presented at the 2019 10th International Conference on Information Technology in Medicine and Education (ITME). Qingdao, China.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-13]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.227]