

## تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی، بر واکنش‌های روان‌شناختی مراقبان خانوادگی معتادان

زهرا کریمی<sup>۱</sup>، نسرين رضایی<sup>۱</sup>، منصور شکيبا<sup>۱</sup>، علی نویدیان<sup>۳\*</sup>

نوع مقاله:  
مقاله اصیل

### چکیده

زمینه و هدف: اعتیاد به عنوان یک بحران و یک اختلال مزمن طولانی مدت می‌تواند باعث ایجاد علایمی در سلامت روانی فرد مصرف‌کننده و اعضای خانواده شود که شایع‌ترین آن‌ها استرس، اضطراب و افسردگی است. مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله کیفیت زندگی درمانی، بر واکنش‌های روان‌شناختی مراقبان خانوادگی معتادان انجام یافته است.

روش بررسی: این پژوهش یک کارآزمایی بالینی است. جامعه پژوهش شامل مراقبان خانوادگی معتادان بستری در بیمارستان روان‌پزشکی بهاران شهر زاهدان در سال ۱۳۹۷ بود. نمونه‌ها ۸۰ نفر بودند که به طور تصادفی ساده به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. مراقبان گروه مداخله هشت جلسه مشاوره گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی را به صورت یک روز درمیان و براساس محتوای تعیین شده دریافت کردند. پس از گذشت ۸ هفته از پایان مداخله، داده‌ها با پرسشنامه ۲۱ سؤالی افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) جمع‌آوری و در نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۱ و با استفاده از آزمون‌های آماری تی‌زوجی، تی‌مستقل، کای‌دو و کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: پس از مداخله کیفیت زندگی درمانی، میانگین نمره استرس، اضطراب و افسردگی (به ترتیب ۱۱/۵۰±۴/۳۶، ۱۱/۰۵±۳/۴۹، ۱۰/۵۷±۴/۶۷) مراقبان خانوادگی گروه مداخله به طور معناداری پایین‌تر از گروه کنترل (به ترتیب ۱۴/۶۷±۴/۹۳، ۱۴/۰۲±۴/۳۳، ۱۴/۰۲±۴/۷۷) بود ( $p < 0/01$ ). قبل از مداخله بین دو گروه از نظر این متغیرها تفاوتی وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: مشاوره کیفیت زندگی درمانی در این مطالعه تأثیر مثبت و معناداری بر کاهش شدت واکنش‌های روان‌شناختی مراقبان خانوادگی معتادان داشت؛ بنابراین استفاده از این رویکرد مشاوره‌ای به موازات برنامه‌های ترک اعتیاد به منظور افزایش رفاه و سلامت روان‌شناختی مراقبان خانوادگی به ارایه‌دهندگان خدمات درمانی و مراقبتی توصیه می‌شود.

ثبت کارآزمایی بالینی: IRCT20160924029954N11

واژه‌های کلیدی: استرس، اضطراب، افسردگی، کیفیت زندگی درمانی، مراقب خانوادگی، معتاد

نویسنده مسؤول: علی نویدیان؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران  
e-mail: alinavidian@gmail.com

- دریافت مقاله: اسفند ماه ۱۳۹۸ - پذیرش مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۹۹ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۹/۵/۷

### مقدمه

جهان، رو به افزایش است. در ایران آمار رسمی تعداد معتادان را بیش از ۲ میلیون نفر تخمین می‌زنند، به طور کلی بیش از ۱۱ میلیون نفر یا به طور مستقیم با مشکل اعتیاد خود، یا اعتیاد عضوی از خانواده درگیر هستند (۱).

سوء مصرف دارو و وابستگی به مواد، از مشکلات بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی مهم در بسیاری از کشورها است. تعداد معتادان در

۱- گروه آموزشی روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران  
۲- گروه آموزشی روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران  
۳- گروه آموزشی روان‌پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران؛ مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

روانی و سلامت جسمانی پایین رنج می‌برند (۴). عضوی از خانواده که به عنوان فراهم‌کننده اصلی مراقبت برای عضو بیمار یا معلول خانواده به حساب می‌آید، بیش‌ترین وقت را با فرد بیمار می‌گذراند و مسئولیت اصلی مراقبت، درمان و پیگیری امور آن فرد را به عهده دارد، مراقب خانوادگی تعریف می‌شود (۵).

مراقبان خانوادگی از سطوح سلامت جسمی و روان‌شناختی کم‌تری نسبت به سایر اعضای خانواده بیمار برخوردارند (۶). محدودیت فعالیت‌های اجتماعی، اوقات فراغت، غفلت از دیگر اعضای خانواده، احساس غم و اندوه و فقدان و عدم رضایت از زندگی از جمله مشکلاتی هستند که توسط مراقبان بیماران گزارش شده است. همچنین اغلب آن‌ها سطح قابل توجهی از استرس را درک می‌کنند که می‌تواند تأثیر منفی بر عملکرد خانواده داشته باشد (۷). استرس‌زاهای موقعیتی، اجتماعی و درمانی از جمله تنش‌هایی است که یک خانواده آن را تجربه می‌کند. حتی کسانی که افراد سرسخت هستند در شرایط استرس‌زا دچار مشکلات روان‌شناختی می‌شوند و فرصت لذت بردن از زندگی را از دست می‌دهند (۸). مراقبان بیماران در معرض خطر مشکلاتی مانند استرس، اضطراب، افسردگی، مشکلات ارتباطی، مالی و محرومیت اجتماعی هستند که اغلب منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود (۹). مراقبان با جنسیت مؤنث در مقایسه با سایر زنان، ۶ برابر بیشتر به اضطراب و افسردگی مبتلا می‌شوند (۱۰). بنابراین مراقبت از فرد معتاد، استرس، اضطراب و افسردگی قابل توجهی به مراقبان افراد معتاد تحمیل می‌کند.

پدیده اعتیاد نه تنها بر روند زندگی فرد مصرف‌کننده، بلکه بر زندگی اطرافیان و بستگان وی نیز اثرات سوء دارد و آن‌ها نیز در معرض خطر آسیب‌های متعدد قرار می‌گیرند. از جمله این آسیب‌ها نابسامانی‌های خانوادگی، خشونت، انزوای طلبی، اختلال روانی، خودکم بینی، مشکلات تحصیلی و اجتماعی در فرزندان این افراد می‌باشد. تمامی این موارد می‌تواند باعث ایجاد علایمی در سلامت روانی اعضای خانواده شود که شایع‌ترین آن‌ها استرس، اضطراب و افسردگی است (۲).

اضطراب و افسردگی از عمده مشکلات بهداشت عمومی هستند که به سطح همه‌گیر نزدیک می‌شوند و براساس اعلام مؤسسات ملی بهداشت، هر سال ۲۸ میلیون نفر را مبتلا می‌سازند. افزون بر آن، دو برابر این عده نیز از بیماری‌های مرتبط با اضطراب و افسردگی، در مراحلی از زندگی خود رنج می‌برند. زیان حاصل از این بیماری‌ها به لحاظ آلام فردی، مصائب خانوادگی، شکست‌های تحصیلی، عاطفی، از دست دادن بهره‌وری شغلی و مرگ متفاوت است (۳).

اعتیاد و مصرف مواد شیوه‌ای مخرب و ناکارآمد برای مقابله با استرس‌ها و رهایی از شرایط نابسامان فردی است و از آن‌جا که بین اعضای خانواده به طور طبیعی وابستگی متقابل وجود دارد، سلامتی یا بیماری هر عضو بر سایر اعضا و کل خانواده تأثیرگذار است. از این روست که بیماری و اعتیاد بار مراقبتی بالایی به مراقبان خانوادگی افراد معتاد تحمیل می‌کند. مطالعات نشان می‌دهند که اعضای خانواده معتادان به طور قابل توجهی از اضطراب، افسردگی، استرس، آشفتگی‌های

مطالعه میرمحمد صادقی و عابدی نشان داد احساساتی مثل اضطراب و تشویش، سلامت روانی و کیفیت زندگی اعضای خانواده معنادان را به خطر می‌اندازد (۱۱). مطالعه‌ای توسط آقا و همکاران انجام گرفت. آن‌ها مشکلات روان‌شناختی و عملکرد خانواده را به عنوان عوامل خطرزای اعتیاد مطالعه کردند؛ نتیجه پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری در مشکلات روان‌شناختی و عملکرد افراد خانواده معنادار و غیرمعنادار وجود دارد (۱۲).

مداخلات مختلف مانند آموزش امید درمانی، روان درمانی معنوی مذهبی، آموزش دلگرم سازی، آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان بین فردی گروهی با هدف تأثیر بر استرس، کیفیت زندگی، سازگاری اجتماعی، تاب‌آوری و سلامت روان همسران، مراقبان و اعضای خانواده معنادان را مورد توجه قرار داده است (۱۱ و ۱۶-۱۳).

یکی از روش‌های نوین، مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی است. Frisch معتقد است درمان‌های امروزی باید متمرکز بر اصلاح و تغییر کیفیت زندگی، گسترش توانمندی‌ها و ایجاد رضایت از زندگی باشد. در روان‌شناسی سلامت و روان‌شناسی مثبت‌نگر اعتقاد بر این است که بهتر است شکل‌گیری و گسترش اختلال‌های روانی را به حساب کیفیت زندگی پایین افراد گذاشت و در درمان باید به دنبال اصلاح و تغییر در کیفیت زندگی و گسترش توانمندی‌ها و ایجاد رضایت از زندگی و بهزیستی در افراد و جوامع بود. گروه درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی به صورت ساختارمند و همراه با تکالیف و تمرین‌های

شناختی رفتاری به دنبال ایجاد تحول و افزایش کیفیت در ۱۶ حوزه اصلی زندگی است. این مدل درمانی با معرفی ۱۶ حوزه اصلی زندگی و مدل درمانی CASIO و ارایه اصول در هر یک از این حوزه‌ها به مراجعان کمک می‌کند نه تنها رضایتشان را در هر یک از حوزه‌ها، بلکه رضایت کلی‌شان از زندگی را افزایش دهند (۱۷).

مشکلات هیجانی مانند افسردگی، اضطراب و استرس باعث کاهش بهزیستی روانی و رضایت از زندگی می‌شود. طبیعی است که هرچه میزان مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی انسان بیش‌تر باشد، فرد احساس رضایت کم‌تری خواهد داشت. در مداخلات مثبت‌نگر، هیجان‌های مثبت و توانمندی‌های افراد در کنار ضعف‌هایشان، موضوع اصلی هستند و از آن‌جا که ضعف‌ها و مشکلات در ایجاد اختلال‌های روان‌شناختی نقش دارند، افزایش هیجان‌های مثبت و توانمندی‌های افراد در افزایش میزان شادی، رضایت از زندگی و سلامت روان آن‌ها مؤثر است (۱۸).

اثربخشی کیفیت زندگی درمانی در مطالعات مختلف از جمله در رضایت و کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به وسواس (عابدی و Vostanis)، افسردگی مبتلایان به سوگ (یوسف‌پور و همکاران) و بهزیستی روان‌شناختی (Mitchell و همکاران)، بهبود کیفیت زندگی معنادان (پرزور و همکاران) و سلامت روان دختران نابینا (خادمی و عابدی) مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (۲۲-۱۹).

منظور انجام پیگیری و پس آزمون از معیارهای ورود و داشتن مشکلات حاد روانی، وجود حادثه ناگوار طی ۶ ماه قبل از مطالعه از معیارهای عدم ورود به مطالعه فرد مراقب بود. همچنین وجود حادثه ناگوار طی مطالعه و غیبت یا عدم شرکت در بیش از یک جلسه آموزشی به هر دلیلی از معیارهای خروج از مطالعه بود. تشخیص اصلی و اولیه وابستگی به مواد حداقل به مدت یک سال، دارا بودن سن حداقل ۲۰ سال و زندگی با خانواده در طی مطالعه از معیارهای ورود معتاد و ابتلا به اختلالات روان پزشکی نظیر اختلالات سایکوتیک، هذیانی و کنترل تکانه از معیارهای عدم ورود معتاد بوده است.

حجم نمونه براساس میانگین و انحراف معیار نمره بار روانی مراقبان خانوادگی به عنوان پیامد اولیه در مطالعه نویدیان و همکاران (۲۴) و با حدود اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون آماری ۹۰٪ و براساس فرمول زیر در هر گروه تعداد ۳۶ نفر برآورد شد. با در نظر گرفتن ۱۰٪ ریزش احتمالی، در هر گروه ۴۰ نفر و در مجموع ۸۰ نفر انتخاب شدند.

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(d)^2} = 35 / 40$$

$$Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1/96 \quad S_1 = 7/29$$

$$Z_{1-\beta} = 1/28 \quad S_2 = 14/84$$

$$d=9$$

در این مطالعه از دو پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه اطلاعات فردی فرد مراقب و معتاد شامل: سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، محل سکونت و مدت مراقبت و پرسشنامه DASS-21.

اعتیاد و رفتارهای اعتیادی امروزه شیوع زیادی یافته و به عنوان یک اختلال مزمن و بحران خانوادگی منجر به بروز واکنش‌های منفی روان‌شناختی در مراقبان می‌شود. در برنامه‌های درمانی رایج اعتیاد، بیش‌تر فرد معتاد و ترک وی به عنوان هدف درمانی تعیین می‌شود. گرچه مسائلی و همکاران در مطالعه خود تأثیر مثبت مدل ماتریکس را هم‌زمان بر اضطراب و افسردگی و کیفیت زندگی مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین و مراقبان خانوادگی آنان مورد بررسی قرار داده‌اند (۲۳) ولی تعداد مطالعاتی که سلامت و کیفیت زندگی مراقبان و اعضای خانواده معتادان را هدف قرار دهد، اندک است. از سویی اثربخشی رویکرد مشاوره‌ای کیفیت زندگی درمانی بر روی مشکلات گوناگون و حتی در مورد افراد غیر بیمار در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته و منجر به ارتقای بهزیستی، کاهش استرس، افسردگی و بهبود کیفیت زندگی آنان شده است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر کیفیت زندگی درمانی بر استرس، اضطراب و افسردگی مراقبان معتادان انجام گرفته است.

### روش بررسی

مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی با کد IRCT20160924029954N11 است که در مورد مراقبان خانوادگی معتادان بستری در بیمارستان روان پزشکی بهاران شهر زاهدان در سال ۱۳۹۷ انجام گرفته است. سن بالاتر از ۲۰ سال، توانایی برقراری ارتباط، دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن، دسترسی به

پرسشنامه DASS اولین بار توسط Lovibond و Lovibond در سال ۱۹۹۵ ارزیابی شد. هریک از خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس شامل ۷ سؤال است. هر عبارت دارای گزینه‌های اصلاً، کم، متوسط و زیاد است که کم‌ترین نمره مربوط به هر سؤال، صفر و بیش‌ترین نمره ۳ می‌باشد. نمره نهایی هر خرده مقیاس از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن یعنی بین ۰ تا ۲۱ نمره به دست می‌آید. نمره بیش‌تر نشان‌دهنده استرس، اضطراب و افسردگی بیش‌تر است. نسخه یاد شده از لحاظ ویژگی‌های روان‌سنجی در چند مطالعه مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. روایی و پایایی این ابزار در ایران مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (۲۵).

بعد از دریافت معرفی‌نامه رسمی از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه به بیمارستان روان‌پزشکی مراجعه شد و با مسئولان مربوط برای همکاری در اجرای مطالعه هماهنگی لازم به عمل آمد. ابتدا به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، معنادان بستری در بیمارستان روان‌پزشکی بهاران شناسایی شدند، سپس با خانواده‌های آنان تماس گرفته شد و در صورت دارا بودن معیارهای ورود و داشتن رضایت، مراقبان اصلی، شناسایی شدند. سپس از مراقبان واجد شرایط برای مصاحبه حضوری در بیمارستان دعوت به عمل آمد. پس از معارفه و ارتباط با مراقب اصلی مختصری درباره پژوهش توضیح داده شد و رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در مطالعه اخذ گردید. نمونه‌ها به روش تصادفی‌سازی از نوع محدود، به اسم «قانون تخصیص تصادفی

(Random allocation rule) در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. به این صورت که ابتدا به تعداد کل افراد مورد مطالعه، ۸۰ کارت رنگی مشخص‌کننده گروه‌های مطالعه (کارت قرمز مداخله و کارت سفید کنترل) تهیه شد. به ترتیب براساس خارج شدن کارت‌های رنگی، لیستی از ۸۰ شرکت‌کننده که نشان‌دهنده عضویت گروهی هر یک بود، تهیه شد. به تدریج و با تعیین فرد واجد شرایط، یکی از شماره‌های لیست استخراج شده، به ترتیب به هر فرد منتخب اختصاص یافت. از هر ۲ گروه پیش‌آزمون از طریق تکمیل پرسشنامه DASS-21 به عمل آمد. برای مراقبان متعلق به گروه مداخله هماهنگی لازم برای شروع جلسات گروهی کیفیت زندگی درمانی در بیمارستان روان‌پزشکی و در روزهای ملاقات انجام گرفت. گروه مداخله هشت جلسه برنامه آموزش کیفیت زندگی درمانی را به صورت یک روز در میان طی دو هفته و براساس توافق با شرکت‌کنندگان قبل یا بعد از پایان ساعات ملاقات و به مدت متوسط ۹۰-۱۲۰ دقیقه براساس محتوای تعیین شده در جدول شماره ۱ توسط کارشناس ارشد روان‌پرستاری با سابقه کار بالینی (محقق اصلی) و زیرنظر دکترای تخصصی مشاوره (استاد راهنما و ناظر علمی) در کلاس آموزشی بیمارستان به صورت سخنرانی (همراه با پرسش و پاسخ، بحث گروهی و انجام تکلیف در جلسه و خانه) دریافت کردند. تعداد اعضای هر گروه بین ۷ تا ۱۰ نفر متغیر بوده است. ۸ هفته پس از پایان مداخله با هماهنگی‌های قبلی که با مراقبان به عمل آمد، تکمیل پرسشنامه‌های تحقیق به عنوان پس‌آزمون اجرا شد. محتوای

مجموع سنجش‌ها در دو نوبت به صورت قبل و ۸ هفته پس از اتمام مداخله انجام گرفت. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از پایان تحقیق محتوای آموزشی به صورت جزوه آموزشی در اختیار مراقبان خانوادگی گروه کنترل نیز قرار گرفت.

این روش مشاوره‌ای به دفعات در مطالعات متعددی در ایران در مورد گروه‌های مختلف مورد استفاده و تأیید قرار گرفته است. مراقبان در گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند و در همان فاصله زمانی گروه مداخله، پس از آزمون در مورد آنان نیز انجام یافت. در

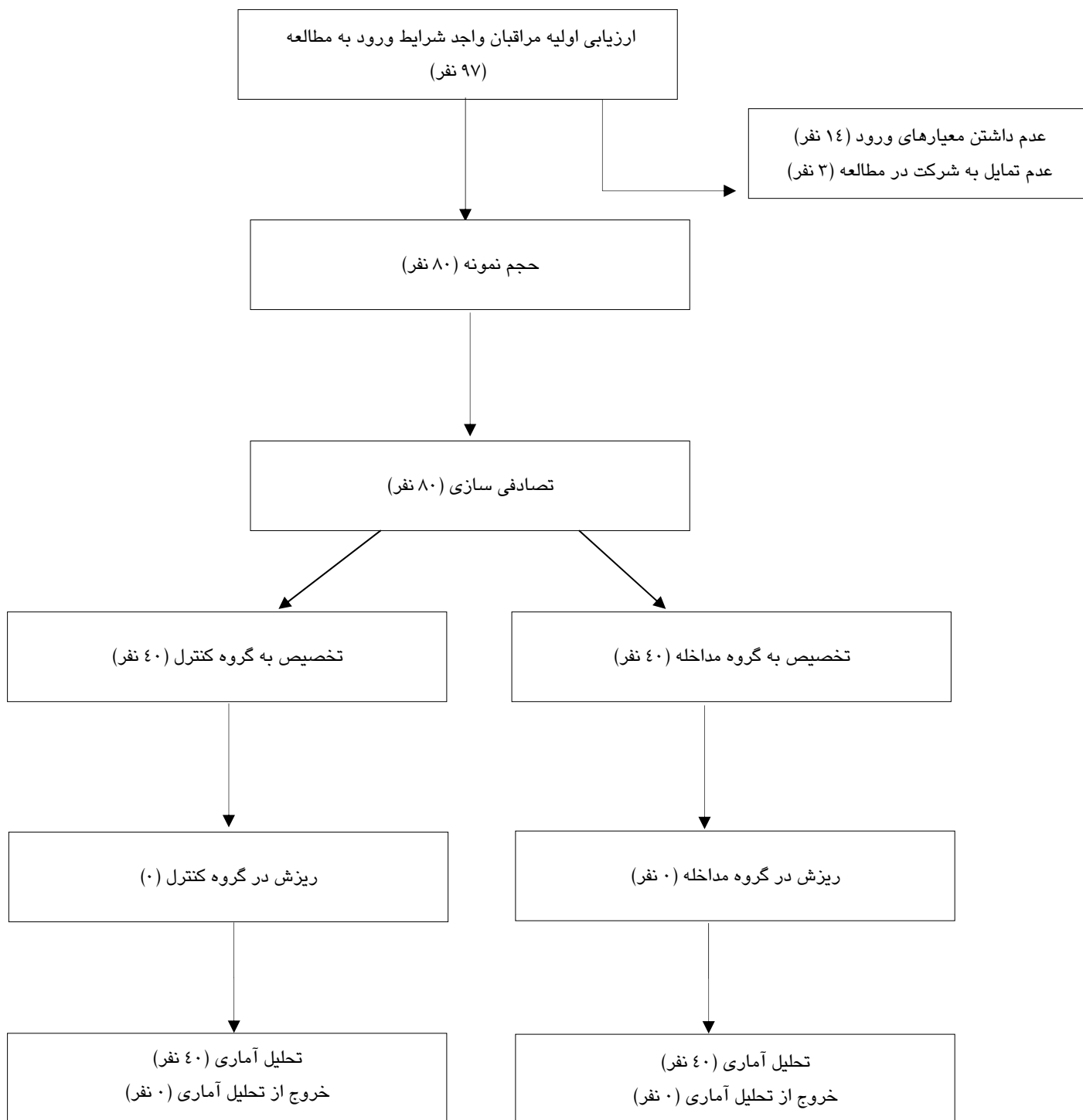
### جدول ۱- ساختار و محتوای جلسات آموزشی

جلسه	محتوا
جلسه اول	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، تعریف نقش کیفیت زندگی در زندگی شخص، معرفی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و رویکردهای جدید درمانی در روان‌شناسی، تعیین رؤس و ساختار کلی جلسات، توافق بر حوزه‌های مهم از بین ۱۶ حوزه مشخص شده در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، بررسی نقش متغیرهای مربوط در سلامت روانی افراد، دریافت بازخورد.
جلسه دوم	مرور مطالب قبلی، معرفی CASIO، شروع از بعد C به عنوان راهبرد اول و کاربرد آن در کیفیت زندگی افراد.
جلسه سوم	مرور مطالب قبلی، بحث درباره CASIO، معرفی A به عنوان راهبرد دوم و کاربرد آن در ابعاد کیفیت زندگی.
جلسه چهارم	مرور مطالب جلسه قبلی، ادامه بحث درباره CASIO، معرفی SIO به عنوان راهبردهای سوم، چهارم و پنجم برای افزایش رضایت در زندگی، آموزش اصول کیفیت زندگی.
جلسه پنجم	مرور جلسه قبل، بحث درباره اصول مربوط به کیفیت زندگی، ارائه اصول و توضیح کار برای این اصول برای افزایش رضایت از زندگی.
جلسه ششم	مرور مطالب قبل، ادامه بحث درباره اصول کیفیت زندگی، بحث درباره حیطه روابط و کاربرد اصول مهم در آن حیطه.
جلسه هفتم	تعمیم CASIO در شرایط مختلف زندگی، کاربرد اصول کیفیت زندگی در ابعاد گوناگون زندگی.
جلسه هشتم	مرور مدل و تکالیف، مرور همه جلسات درمان، رسیدن به درجه خود درمانگری در کیفیت زندگی درمانی، انجام تمرین و تکالیف بیشتر.

آزمون نیز مورد استفاده قرار گرفت. سطح معناداری در این مطالعه ۰/۰۵ مدنظر بوده است.

این مطالعه مصوب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ایران به شماره IR.ZAUMS.REC.1379.194 می‌باشد. ارائه اطلاعات در خصوص اهداف پژوهش، نوع مداخله و ضرورت اخذ رضایت آگاهانه، اطمینان از محرمانه بودن محتوای جلسات، آزاد بودن در ترک مطالعه، از جمله ملاحظات اخلاقی پژوهش بوده است.

داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابتدا فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر به کمک آمار توصیفی تعیین شد. در ادامه برای مقایسه میانگین‌های قبل و بعد در هر گروه از آزمون تی‌زوجی، مقایسه میانگین‌ها و تغییرات میانگین بین دو گروه مداخله و کنترل از آزمون تی‌مستقل، مقایسه فراوانی متغیرهای کیفی دو گروه از آزمون کای‌دو استفاده شد. همچنین آزمون تحلیل کوواریانس با تعدیل اثر پیش



فلوچارت شرکت‌کنندگان در مراحل مختلف تحقیق

## یافته‌ها

ویژگی‌های فردی معنادان نشان داد میانگین سنی در گروه مداخله  $34/32 \pm 7/66$  سال و در گروه کنترل  $37/00 \pm 11/07$  سال و طول مدت مصرف مواد در گروه مداخله و کنترل به ترتیب  $11/47 \pm 8/07$  و  $12/82 \pm 8/71$  سال بوده است. نوع ماده مصرفی اکثریت گروه مداخله (۷۰٪) و گروه کنترل (۸۵٪) تریاک و شیربه بود. همچنان که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد از نظر مشخصات فردی بین دو گروه تفاوت معنادار آماری وجود نداشت ( $p > 0/05$ ).

در مورد مشخصات مراقبان خانوادگی معنادان، میانگین سنی در گروه مداخله  $35/65 \pm 9/39$  سال و در گروه کنترل  $34/80 \pm 9/05$  سال بوده است. ۶۰٪ مراقبان خانوادگی در گروه مداخله و ۶۷٪ در گروه کنترل را زنان تشکیل می‌دادند. وضعیت شغلی ۷۰٪ مراقبان در گروه مداخله و ۶۲٪ در گروه کنترل خانه‌داری بود. از نظر مشخصات فردی بین مراقبان خانوادگی دو گروه تفاوت معنادار آماری مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ).

نتایج جدول شماره ۴ در خصوص علایم استرس نشان داد میانگین نمره استرس مراقبان خانوادگی معنادان قبل از مداخله کیفیت زندگی درمانی در گروه مداخله و کنترل به ترتیب  $13/65 \pm 4/91$  و  $14/20 \pm 4/54$  و پس از آن  $11/50 \pm 4/36$  و  $14/67 \pm 4/93$  بوده است. آزمون آماری تی‌مستقل نشان داد که میانگین نمره استرس مراقبان خانوادگی معنادان بعد از مداخله کیفیت زندگی درمانی در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری داشته است ( $p = 0/003$ ).

نتیجه پژوهش در مورد اضطراب مراقبان نشان داد که میانگین نمره اضطراب مراقبان خانوادگی معنادان قبل از مداخله کیفیت زندگی درمانی در گروه مداخله و کنترل به ترتیب  $12/30 \pm 4/07$  و  $13/77 \pm 3/66$  و پس از آن  $11/05 \pm 3/49$  و  $14/02 \pm 4/33$  بوده است. آزمون آماری تی‌مستقل نشان داد که میانگین نمره اضطراب مراقبان خانوادگی معنادان بعد از مداخله کیفیت زندگی درمانی در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری داشته است ( $p < 0/001$ ).

میانگین نمره افسردگی مراقبان خانوادگی معنادان در گروه مداخله قبل از مداخله کیفیت زندگی درمانی از  $13/20 \pm 4/59$  به  $10/57 \pm 4/67$  پس از آن کاهش یافت و در گروه کنترل از  $12/92 \pm 4/73$  قبل از کیفیت زندگی درمانی به  $13/40 \pm 4/77$  پس از آن تغییر یافت. آزمون آماری تی‌مستقل نشان داد که میانگین نمره افسردگی مراقبان خانوادگی معنادان بعد از مداخله کیفیت زندگی درمانی در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری داشته است ( $p = 0/009$ ).

علاوه بر نتایج آزمون تی‌مستقل، در ادامه با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های مربوط به نرمالیتی، همگنی رگرسیون و همسانی واریانس‌ها، نتیجه آزمون تحلیل کوواریانس با تعدیل اثر پیش آزمون براساس جدول شماره ۴ نیز نشان داد که میانگین نمره استرس، اضطراب و افسردگی مراقبان خانوادگی معنادان دو گروه پس از مداخله تفاوت آماری معنادار داشته است ( $p < 0/001$ ).



**جدول ۲-** خصوصیات فردی افراد معنادار در دو گروه مداخله و کنترل، بستری در بیمارستان روان‌پزشکی بهاران زاهدان سال ۱۳۹۷

ویژگی‌های معناداران			
نتیجه آزمون	کنترل	مداخله	متغیر
نوع ماده مصرفی (تعداد، درصد)			
$p=0/184$	۳۴(۸۵)	۲۸(۷۰)	تریاک
	۶(۱۵)	۱۲(۳۰)	سایر
وضعیت شغلی (تعداد، درصد)			
$p=0/267$	۲۰(۵۰)	۱۵(۳۷/۵)	شاغل
	۲۰(۵۰)	۲۵(۶۲/۵)	خانه دار
وضعیت تأهل (تعداد، درصد)			
$p=0/325$	۱۰(۲۵)	۱۴(۳۵)	مجرد
	۳۰(۷۵)	۲۶(۶۵)	متأهل
تحصیلات (تعداد، درصد)			
$p=0/826$	۲۲(۵۵)	۲۳(۵۷/۵)	زیر دیپلم
	۱۸(۴۵)	۱۷(۴۲/۵)	دیپلم و بالاتر
میانگین $\pm$ انحراف معیار			
$p=0/212$	۳۷/۰۰ $\pm$ ۱۱/۱۰۷	۳۴/۳۲ $\pm$ ۷/۶۶	سن
$p=0/470$	۱۱/۴۷ $\pm$ ۸/۰۷	۱۲/۸۲ $\pm$ ۸/۷۱	مدت اعتیاد

**جدول ۳-** خصوصیات جمعیت‌شناختی مراقبان خانوادگی معناداران در گروه مداخله و کنترل، بستری در بیمارستان

روان‌پزشکی بهاران زاهدان سال ۱۳۹۷

نتیجه آزمون	کنترل	مداخله	متغیر
جنسیت (تعداد، درصد)			
$p=0/455$	۱۶(۴۰)	۱۳(۳۲/۵)	زن
	۲۴(۶۰)	۲۷(۶۷/۵)	مرد
اشتغال (تعداد، درصد)			
$p=0/471$	۱۵(۳۷/۵)	۱۲(۳۰)	شاغل
	۲۵(۶۲/۵)	۲۸(۷۰)	خانه‌دار
وضعیت تأهل (تعداد، درصد)			
$p=0/164$	۴(۱۰)	۱(۲/۵)	مجرد
	۳۶(۹۰)	۳۹(۹۷/۵)	متأهل
رابطه خویشاوندی (تعداد، درصد)			
$p=0/837$	۱۶(۴۰)	۱۹(۴۷/۵)	همسر
	۷(۱۷/۵)	۱۸(۴۰)	والدین
	۱۰(۲۵)	۶(۱۵)	برادر یا خواهر
	۷(۱۷/۵)	۷(۱۷/۵)	سایر
تحصیلات (تعداد، درصد)			
$p=0/327$	۱۸(۴۵)	۲۳(۵۷/۵)	نوشتن و خواندن
	۱۲(۳۰)	۱۲(۳۰)	دیپلم
	۱۰(۲۵)	۵(۱۲/۵)	بالاتر از دیپلم
میانگین $\pm$ انحراف معیار			
$p=0/680$	۳۴/۸۰ $\pm$ ۹/۰۵	۳۵/۶۵ $\pm$ ۹/۳۹	سن

**جدول ۴-** مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره استرس، اضطراب و افسردگی مراقبان خانوادگی معتلان قبل و بعد از مداخله کیفیت زندگی درمانی در گروه مداخله و کنترل، بستری در بیمارستان روان‌پزشکی بهاران زاهدان سال ۱۳۹۷

متغیر	قبل از مداخله میانگین $\pm$ انحراف معیار	پس از مداخله میانگین $\pm$ انحراف معیار	تغییرات میانگین $\pm$ انحراف معیار	آزمون تی زوج (قبل - بعد)
استرس				
مداخله	۴/۵۴ $\pm$ ۱۴/۲۰	۴/۳۶ $\pm$ ۱۱/۵۰	۱/۲۴ $\pm$ ۲/۷۰	$p < ۰/۰۰۱$
کنترل	۴/۹۱ $\pm$ ۱۳/۶۵	۴/۹۳ $\pm$ ۱۴/۶۷	۱/۴۴ $\pm$ ۱/۰۲	۰/۰۰۱
آزمون تی مستقل	۰/۶۰۵	۰/۰۰۳	$p < ۰/۰۰۱$	
اضطراب				
مداخله	۱۳/۷۷ $\pm$ ۳/۶۶	۱۱/۰۵ $\pm$ ۳/۴۹	-۲/۷۲ $\pm$ ۲/۱۷	$p < ۰/۰۰۱$
کنترل	۱۳/۳۰ $\pm$ ۴/۰۷	۱۴/۰۲ $\pm$ ۴/۳۳	۰/۷۲ $\pm$ ۱/۳۵	۰/۰۰۲
آزمون تی مستقل	۰/۵۸۵	۰/۰۰۵	$p < ۰/۰۰۱$	
افسردگی				
مداخله	۱۳/۲۰ $\pm$ ۴/۵۹	۱۰/۵۷ $\pm$ ۴/۶۷	-۲/۶۲ $\pm$ ۱/۹۰	$p < ۰/۰۰۱$
کنترل	۱۲/۹۲ $\pm$ ۴/۷۳	۱۳/۴۰ $\pm$ ۴/۷۷	۰/۴۷ $\pm$ ۱/۵۸	۰/۰۶۲
آزمون تی مستقل	۰/۷۹۳	۰/۰۰۹	$p < ۰/۰۰۱$	

**جدول ۵-** نتایج تحلیل کواریانس مربوط به نمرات استرس، اضطراب و افسردگی مراقبان خانوادگی معتلان بعد از مداخله کیفیت زندگی درمانی با کنترل اثر پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه تأثیر	توان آزمون
استرس	گروه	۲۷۱/۹۰	۱	۲۷۱/۹۰	۱۵۴/۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶	۱
اضطراب	گروه	۲۳۱/۱۳	۱	۲۳۱/۱۳	۷۲/۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱
افسردگی	گروه	۱۹۰/۰۷	۱	۱۹۰/۰۷	۶۲/۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۱

## بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره کیفیت زندگی درمانی بر واکنش‌های روان‌شناختی مراقبان معتلان انجام یافت و نتیجه آن نشان داد که شدت واکنش‌های روان‌شناختی از جمله علائم استرس، اضطراب و افسردگی پس از اجرای مشاوره کیفیت زندگی درمانی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافته است.

یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش قاسمی و همکاران همسو است. قاسمی در پژوهش خود با اشاره به این که گروه درمانی

مبتنی بر کیفیت زندگی از ترکیب روان‌شناسی مثبت با رویکرد شناختی- رفتاری شکل گرفته، به این نتیجه رسید که این مداخله شاخص‌های سلامت روان و بهزیستی ذهنی افراد را ارتقا می‌دهد (۲۶).

پژوهش‌های متعدد به رابطه دو سویه بین اضطراب، استرس، افسردگی با کیفیت زندگی و رضایت از زندگی اشاره کرده‌اند. جباری و همکاران به این نتیجه رسیدند که هم‌زمان با افزایش رضایت از زندگی، میزان اضطراب نیز کاهش یافته است (۲۵). این در حالی است که Norberg و همکاران در پژوهش خود دریافتند

افرادی که اختلال اضطراب اساسی داشتند، از میزان کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به افراد سالم برخوردار بودند (۲۷). در همین راستا Mennin و همکاران در پژوهش خود نشان داد که افراد با اضطراب، اختلال بیشتری را در بدکارکردی اجتماعی و مسؤولیت‌پذیری نسبت به خانواده و خانه پیدا می‌کنند و کیفیت زندگی پایین‌تری را نسبت به افراد دیگر نشان می‌دهند (۲۸).

نتایج پژوهش حاضر با پژوهش جباری و همکاران و محمدی و همکاران نیز همسو است. آن‌ها به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر اضطراب و افسردگی در گروه‌های متفاوت پرداختند (۲۵ و ۲۹). دلیل همسویی نتیجه این پژوهش با سایر پژوهش‌ها به این علت است که اصل تمامی این روش‌های درمانی شیوه شناختی می‌باشد.

به طور کلی مداخله‌های روان‌شناختی در بهبود وضعیت روانی گروه‌های مراقبان بیماران جسمی و روانی از جمله مراقبان بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه و مراقبان مبتلا به وسواس فکری عملی هم تأثیرگذار بوده است که از آن جمله می‌توان به مطالعات نویدیان و همکاران (۳۰) و عابدی و Vostanis (۵) اشاره کرد. همچنین برای افراد غیربیمار، طغیانی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که در گروه نوجوانان نیز مداخله کیفیت زندگی درمانی می‌تواند به افزایش عاطفه مثبت و افزایش بهزیستی و در نهایت افزایش کیفیت زندگی آنان منجر شود (۳۱).

از آن‌جا که یکی از مؤلفه‌های مهم در حیطه‌های کیفیت زندگی درمانی بعد معنوی است، افزایش معنویت در افراد باعث افزایش

سلامت روان و کاهش افسردگی و اضطراب می‌شود. کجباف و همکاران در پژوهش خود که دو مداخله کیفیت زندگی درمانی و معنویت درمانی را در بیماران مبتلا به سردرد تنشی ارزیابی کردند، به این نتیجه رسیدند که هر دو مداخله بر بهبود تحمل پریشانی، استرس، افسردگی، اضطراب در بیماران مبتلا به سردرد تنشی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشته‌اند (۳۲).

همچنین رویکرد مشاوره گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی، نوعی معنا درمانی می‌باشد و به مراقبان کمک می‌کند معنادارترین چیزی که برای سلامتی آن‌ها در حال حاضر مؤثر و مفید است، بیابند. همسو با این ویژگی مطالعه Hughes نشان داد افرادی که در موقعیت‌های چالش برانگیز و استرس‌زا برای موقعیت خود معنادهی می‌کنند، معمولاً عاطفه منفی پایین‌تری را تجربه می‌کنند و در گروه مداخله مشخص شد که سطح استرس، اضطراب و افسردگی این افراد کاهش پیدا کرده است. این افراد با تمرین و تکالیف در جهت یافتن معنای زندگی و با مشخص کردن هدف خود و اولویت‌دهی به اهداف و نیازهای خود توانستند سطح عاطفه مثبت خود را افزایش و کیفیت زندگی را بالا ببرند (۳۳).

در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت به نظر می‌رسد که آموزش مبتنی بر کیفیت زندگی با ترغیب افراد به تمرین مکرر می‌تواند واکنش‌های روان‌شناختی آنان را بهبود بخشد. هدف در درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی این است که مهارت‌ها و آگاهی‌ها افزایش یابد و مراجعان اراده خود را در مورد جنبه‌هایی از

بالاتری را به دلیل شناخت بیشتر نسبت به مشکلات و راه‌حل‌های غلبه بر این مشکلات داشته باشند. بنابراین کیفیت زندگی درمانی، درمانی مؤثر برای بسیاری از مشکلات بیماران، همسران و افراد غیربیمار است.

براساس نتیجه مطالعه حاضر کاربرد مداخله مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی در مورد مراقبان خانوادگی معتادان، به عنوان بیماران پنهان که در سیستم‌های بهداشتی درمانی کم‌تر به آن‌ها توجه می‌کنند، به ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی توصیه می‌شود. ارائه مراقبت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی به اعضای خانواده معتادان به ویژه همسران و مراقبان خانوادگی آنان در کنار درمان‌های دارویی و غیردارویی معتادان، در راهنماهای درمان اعتیاد، پس از انجام تحقیقات تکمیلی توصیه می‌گردد.

همچنین بررسی ماندگاری تأثیر مداخله کیفیت زندگی درمانی در درازمدت، اثربخشی آن بر مراقبان مصرف‌کنندگان سایر مواد اعتیادآور و نیز بر مراقبان خانوادگی سایر اختلالات روان‌پزشکی توصیه می‌گردد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمامی افراد وابسته به مواد مخدر و خانواده آنان که با شرکت در مطالعه امکان انجام مطالعه را میسر کردند، همچنین از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان اعلام می‌دارند.

رضایتمندی که قابل تغییر است، تقویت کنند؛ به طوری که به شادکامی و موفقیت بیشتر دست یابند. در این رویکرد اصول و مهارت‌های معطوف با کمک به مراجعان در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های با ارزش زندگی آموزش داده شد. افرادی که خود را به مجموعه‌ای از مهارت‌ها و توانمندی‌های تجهیز کرده‌اند، در رویارویی با مشکلات موفق‌تر هستند، چراکه استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر، به آن‌ها در غلبه بر مشکلات جسمانی و روانی، روابط بین فردی، اجتماعی و تعارضات فردی کمک می‌کند. در نتیجه این افراد از کیفیت زندگی و سلامت روان بهتری برخوردارند.

عدم سنجش ماندگاری تأثیر مداخله، تنوع در نوع ماده مصرفی و تفاوت معنای کیفیت زندگی و اعتیاد در فرهنگ‌های مناطق مختلف، از جمله محدودیت‌های این مطالعه است که باید در تعمیم نتایج آن مدنظر قرار گیرد.

در مجموع مداخله مبتنی بر کیفیت زندگی درمانی در این مطالعه نشان داد که می‌تواند بر واکنش‌های روان‌شناختی تأثیری مثبت و معنادار در مراقبان خانوادگی معتادان در پی داشته باشد. در روش کیفیت زندگی درمانی به بررسی ابعاد مختلف زندگی فرد، خواسته‌ها، مشکلات پیش‌رو، و نحوه غلبه بر مشکلات پرداخته می‌شود. افراد می‌توانند از این راه آگاهی خود را بالا برده و شناخت بهتری از مشکلات خود داشته باشند و لذا همین عامل باعث می‌شود که افراد رضایت از زندگی

## منابع

- 1 - Asgharzadeh A, Kharazi Notash H, Movahedi Y, Biglu MH. [Study of family functioning in addicts and normal people]. *Journal of Police Medicine*. 2014; 3(3): 141-148. (Persian)
- 2 - Roberti SM, Fitzpatrick JJ. Assessing family satisfaction with care of critically ill patients: a pilot study. *Crit Care Nurse*. 2010 Dec; 30(6): 18-26. doi: 10.4037/ccn2010448.
- 3 - Amen DJ, Ruth LC. *Healing anxiety and depression: based on cutting-edge brain-imaging science*. New York: Berkley Books; 2003.
- 4 - Lee KM, Manning V, Teoh HC, Winslow M, Lee A, Subramaniam M, et al. Stress-coping morbidity among family members of addiction patients in Singapore. *Drug Alcohol Rev*. 2011 Jul; 30(4): 441-7. doi: 10.1111/j.1465-3362.2011.00301.x.
- 5 - Abedi MR, Vostanis P. Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Jul; 19(7): 605-13. doi: 10.1007/s00787-010-0098-4.
- 6 - Athay MM. Caregiver life satisfaction: relationship to youth symptom severity through treatment. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2012; 41(4): 433-44. doi: 10.1080/15374416.2012.684273.
- 7 - Keshavarz M, Ghamarani A, Bagherian M, Musarezai A. [Examination of the religious orientation and burden of family as predictors of treatment permanence of addiction]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2014; 12(1): 144-153. (Persian)
- 8 - Wells R, Dywan J, Dumas J. Life satisfaction and distress in family caregivers as related to specific behavioural changes after traumatic brain injury. *Brain Inj*. 2005 Dec; 19(13): 1105-15. doi: 10.1080/02699050500150062.
- 9 - Bijker L, Kleiboer A, Riper H, Cuijpers P, Donker T. E-care 4 caregivers—an online intervention for nonprofessional caregivers of patients with depression: study protocol for a pilot randomized controlled trial. *Trials*. 2016; 17: 193. doi: 10.1186/s13063-016-1320-6.
- 10 - Chan SW. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011 Oct; 25(5): 339-49. doi: 10.1016/j.apnu.2011.03.008.
- 11 - Mirmohammad Sadeghi A, Abedi MR. [Studying the effect of group-based consultant based on acceptance and commitment (ACT), on quality of life of addicts spouses from drug addiction treatment centers of Isfahan city]. *Journal of Counseling Research*. 2016; 14(56): 87-108. (Persian)
- 12 - Agha S, Zia H, Irfan S. Psychological problems and family functioning as risk factors in addiction. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2008 Jul-Sep; 20(3): 88-91.
- 13 - Manouchehri M, Gholzari M, Kordmirza Nikouzadeh E. [The effectiveness of hope therapy on employing positive coping with stress strategies in wives of addicted men]. *Clinical Psychology Studies*. 2016; 6(21): 78-90. doi: 10.22054/JCPS.2016.2385. (Persian)
- 14 - Bagheri M, Esmaeil Chegeni M, Mah Negar F. [Reviews of the effectiveness of religious, spiritual and mental therapy on stress reduction, anxiety and depression in women with addicted spouse in Ilam city]. *Journal of Research on Religion & Health*. 2015; 1(3): 19-24. (Persian)
- 15 - Abolghasemi Sh, Fallahi S, Babayi T, Hojjat SK. [Comparing the effectiveness of encouraging training and life skills training on self- efficacy of addicts wife]. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2012; 4(3): 293-300. (Persian)
- 16 - Tarkhan M. [The effectiveness of short-term group interpersonal therapy on the psychological well-being and the life quality of addicted individuals' wives]. *Journal of Educational Psychology*. 2011; 2(1): 23-36. (Persian)
- 17 - Frisch MB. Evidence-based well-being/positive psychology assessment and intervention with quality of life therapy and coaching and the quality of life inventory (QOLI). *Soc Indic Res*. 2013; 114(2): 193-227. doi: 10.1007/s11205-012-0140-7.

- 18 - Seligman MEP. Flourish: a visionary new understanding of happiness and well-being. New York: Free Press; 2011.
- 19 - Ysefpoor N, Akbari A, Ahangari E, Samari AA. [An investigation of the effectiveness of psychotherapy based on the life quality improvement on the reduction of depression of those suffering from complicated grief]. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2017; 7(1): 21-37. doi: 10.22067/ijap.v7i1.54663. (Persian)
- 20 - Mitchell J, Stanimirovic R, Klein B, Vella-Brodrick D. A randomised controlled trial of a self-guided internet intervention promoting well-being. *Computers in Human Behavior*. 2009 May; 25(3): 749-60. doi: 10.1016/j.chb.2009.02.003.
- 21 - Porzoor P, Alizadeh Ghoradel J, Yaghoti Zargar H, Basharpour S. [Effectiveness of positive psychotherapy in improving opiate addicts' quality of life]. *Research on Addiction*. 2016; 9(35): 137-148. (Persian)
- 22 - Khademi MJ, Abedi MR. [The effectiveness of quality of life psychotherapy on blind girls' mental health in Isfahan]. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2016; 16(4): 32-44. (Persian)
- 23 - Masaeli N, Zarkob H, Kheirabadi Gh, Soleimani N, Amini M. The effect of matrix model on depression, anxiety, and quality of life in methamphetamine users and their caregivers. *Addictive Disorders & Their Treatment*. 2018 Dec; 17(4): 186-190. doi: 10.1097/ADT.000000000000136.
- 24 - Navidian A, Pahlavanzadeh S, Yazdani M. [The effectiveness of family training on family caregivers of inpatients with mental disorders]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010; 16(2): 99-106. (Persian)
- 25 - Jabbari M, Shahidi Sh, Mootabi F. [Effectiveness of group intervention based on positive psychology in reducing symptoms of depression and anxiety and increasing life satisfaction in adolescent girls]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2015; 20(4): 296-287. (Persian)
- 26 - Ghasemi N, Kajbaf MB, Rabiei M. [The effectiveness of quality of life therapy (QOLT) on subjective well-being (SWB) and mental health]. *Journal of Clinical Psychology*. 2011; 3(2): 23-34. (Persian)
- 27 - Norberg MM, Diefenbach GJ, Tolin DF. Quality of life and anxiety and depressive disorder comorbidity. *J Anxiety Disord*. 2008 Dec; 22(8): 1516-22. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.03.005.
- 28 - Mennin DS, Holaway RM, Fresco DM, Moore MT, Heimberg RG. Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behav Ther*. 2007 Sep; 38(3): 284-302. doi: 10.1016/j.beth.2006.09.001.
- 29 - Mohammadi A, Nilforooshan P, Abedi M. [Studying the effectiveness of Cochran's career narrative therapy on academic procrastination of blind students]. *Journal of Psychological Achievements*. 2016; 23(1): 23-42. (Persian)
- 30 - Navidian A, Sarhadi M, Kykhaie A, Kykhah R. [Psychological reactions of family members of patients hospitalized in critical care and general units compared with general population]. *Iran Journal of Nursing*. 2014; 26(86): 16-28. (Persian)
- 31 - Toghyani M, Kalantari M, Amiri Sh, Molavi H. The effectiveness of quality of life therapy on subjective well-being of male adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2011; 30: 1752-1757. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.10.338.
- 32 - Kajbaf MB, Hoseini F, Ghamarani A, Razazian N. [Comparison of effectiveness of quality of life therapy and treatment based on Islamic spirituality on distress tolerance, stress, anxiety, and depression in women with tension headaches]. *Journal of Clinical Psychology*. 2017; 9(1): 21-38. doi: 10.22075/JCP.2017.10314. (Persian)
- 33 - Hughes M. Affect, meaning and quality of life. *Social Forces*. 2006 Dec; 85(2): 611-629. doi: 10.1353/sof.2007.0009.

# The effect of group counseling based on quality of life therapy on psychological reactions in family caregivers of addicts

Zahra Karimi<sup>1</sup>, Nasrin Rezaee<sup>1</sup>, Mansour Shakiba<sup>2</sup>, Ali Navidian<sup>3\*</sup>

## Abstract

Article type:  
Original Article

Received: Mar. 2020  
Accepted: May 2020  
e-Published: 28 Jul. 2020

**Background & Aim:** Addiction as a crisis and a chronic long-term disorder can lead to mental health symptoms in the users and their family members, the most common of which are stress, anxiety and depression. The aim of the study was to determine the effect of a quality of life intervention on the psychological reactions in family caregivers of addicts.

**Methods & Materials:** This study is a clinical trial. The research population included the family caregivers of addicts admitted to Baharan psychiatric hospital in 2018. The sample consisted of 80 subjects who were randomly divided into intervention and control groups. The caregivers in the intervention group received eight sessions of group counseling based on quality of life therapy and based on specified content, every other day. Eight weeks after the intervention, the data were collected using the DASS-21, and were analyzed by the SPSS software version 21 using paired t test, independent t test, Chi-square and Covariance.

**Results:** After the quality of life intervention, the mean scores of stress, anxiety and depression in family caregivers in the intervention group (11.50±4.36, 11.05±3.49, 10.57±4.67) were significantly lower than those of in the control group (14.67±4.93, 14.02±4.33, 13.40±4.77) ( $P<0.01$ ). There were no significant differences in these variables between the two groups before the intervention.

**Conclusion:** Counseling based on quality of life therapy in this study had a positive and significant effect on reducing the severity of psychological reactions in family caregivers of addicts. Therefore, health care providers are recommended to use this counseling approach along with addiction treatment programs to increase the welfare and psychological well-being of family caregivers.

**Clinical trial registry:** IRCT20160924029954N11

Corresponding author:  
Ali Navidian  
e-mail:  
alinavidian@gmail.com

**Key words:** stress, anxiety, depression, quality of life, family caregiver, addict

### Please cite this article as:

- Karimi Z, Rezaee N, Shakiba M, Navidian A. [The effect of group counseling based on quality of life therapy on psychological reactions in family caregivers of addicts]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2020; 26(2): 163-177. (Persian)

1 - Dept. of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

2 - Dept. of Psychiatry, School of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

3 - Dept. of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran; Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran