

پیش بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس راهبردهای  
کنترل فکر در همسران افراد معتاد به مواد مخدر (تریاک و هروئین) مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد  
شهر شیراز.

مهران روزبھی

Mehran roozbehi

دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر

[Roozbehi93@gmail.com](mailto:Roozbehi93@gmail.com)

امین روستایی

Amin roustaei

سجاد روئین تن

Sajad roientan

#### چکیده

هدف: هدف از انجام این پژوهش پیش بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس راهبردهای کنترل فکر در همسران افراد معتاد به مواد مخدر (تریاک و هروئین) مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر شیراز انجام گرفت. روش پژوهش: این پژوهش از نوع توصیفی/همبستگی بود. که روی نمونه ای به حجم ۳۷۵ نفر از همسران افراد معتاد به مواد مخدر (تریاک و هروئین) مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر شیراز (از بین جامعه آماری بالغ بر ۱۵۰۰۰ نفر) و به شیوه نمونه گیری تصادفی خوشه ای انجام گرفت. ابزارهای جمع آوری اطلاعات در این تحقیق شامل پرسشنامه های کنترل فکر ولز و دیویس (۱۹۹۴) و بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹) بودند. یافته ها: نتایج نشان داد که بین ابعاد راهبردهای کنترل فکر، سه بعد آن یعنی حواسپرتی، نگرانی و خود تنبیهی با بهزیستی روانشناختی رابطه معکوس معنادار داشتند. همچنین ابعاد ارزیابی مجدد و کنترل فکر با بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت معنادار داشتند. نتایج: نتایج نشان داد که همسران افراد معتاد به مواد مخدر (تریاک و هروئین) مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر شیراز که بهزیستی روانشناختی پایین تری داشتند از راهبردهای کنترل فکر حواسپرتی، نگرانی و خودتنبیهی به میزان بیشتری استفاده نمودند و برعکس. از سوی دیگر نتیجه می گیریم از بین این گروه، همسرانی که بهزیستی روانشناختی بالاتری داشتند بیشتر از راهبردهای ارزیابی مجدد و کنترل فکر استفاده نمودند

واژه های کلیدی: بهزیستی روانشناختی، راهبردهای کنترل فکر، اعتیاد

## مقدمه

وابستگی به مصرف مواد مخدر دارای اثرات مخرب و زیان بار بوده و این پدیده ویرانگر، سالانه عده زیادی قربانی می گیرد به طوری که می توان گفت قربانیان این پدیده شوم به طور معمول گران بهاترین سرمایه های هر مملکتی یعنی جوانان هستند و سوداگران مرگ از مشکلات این گروه برای گسترش و رونق بازارهای خود و نابودی این قشر سوء استفاده های زیادی می کنند و از طرف دیگر آمارهای سازمانهای بین المللی به ویژه سازمان بهداشت جهانی (WHO)<sup>۱</sup> و یونسکو حاکی از افزایش مصرف مواد مخدر در جهان است و در این میان دنیا شاهد بیشترین حجم تولید مواد مخدر در سال ۲۰۰۵ در کشور افغانستان بوده است (به نقل از یاریان، ۱۳۸۷). اعتیاد، مصرف مکرر و زیاد یک ماده است که محرومیت از آن موجب علائم ناراحتی و میل شدید به مصرف دوباره می شود و تباهی جسمی و روانی را در پی دارد و همچنین می توان گفت اعتیاد، به مصرف مکرر یک دارو یا ماده شیمیایی با یا بدون وابستگی جسمی گفته می شود (کاپلان و سادوک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲؛ به نقل از عساریان و همکاران، ۱۳۷۹). با توجه به اثرات جسمانی و روانی ناشی از مصرف مکرر مواد مخدر مانند: اسهال، استفراغ، کاهش شدید وزن، مشکلات کبدی و ریوی، اضطراب بیکراری و ... روش های درمانی مختلفی جهت ترک این بلای خانمان سوز ارایه شده است. راهبردهای کنترل فکر یکی از مهمترین انواع درمانها برای ترک این مواد است. تحقیقات نشان داده اند که معتادان غالباً دارای مشکلات جدی در کنترل فکر خود هستند. بنابراین این روش می تواند افکار معتاد را مشغول نگاه دارد و در درمان کسانی که دچار افکار بد هستند و دائم به آن فکر می کنند به راحتی به کار رود (هاشمی، ۱۳۹۰). نتایج مطالعات گوناگون پیرامون راهبردهای کنترل فکر و باورهای فراشناختی در نمونه های مختلف غیر بالینی، نشان داده است که باورهای فراشناختی مختل و به تبع آن استفاده از راهبردهای کنترل فکر ناکارآمد، باعث مشکلات هیجانی از جمله، اضطراب، افسردگی، استرس، نگرانی و ... می شود (بهراد و کمالی، ۱۳۸۹). راهبردهای کنترل فکر عبارتند از مجموعه ای از روش های مقابله ای که در پاسخ به تجربه هیجان های ناخوشایند با هدف غلبه بر فشار حاصل از هیجان ها برانگیخته می شوند. راهبردهای کنترل فراشناختی در واقع پاسخی هستند که افراد برای کنترل فعالیت های نظام شناختی خود نشان می دهند. این راهبردها به پنج دسته تقسیم می شوند که عبارتند از: حواسپرتی، کنترل اجتماعی، نگرانی، خودتنبه‌ی و ارزیابی مجدد (بخشیان و همکاران، ۱۳۹۰). از سوی دیگر با توجه به تحقیقات انجام شده افراد وابسته به مواد مخدر (تریاک و هرویین) دارای بهزیستی روانشناختی پایینی هستند و در این میان معتادان متأهل بیشتر دچار اضطراب می باشند در حالی که معتادان مجرد بیشتر دچار افسردگی هستند (عساریان و همکاران، ۱۳۷۹). در مطالعات انجام شده در زمینه سبب شناسی وابستگی به مواد مخدر به عوامل روانی- اجتماعی، ژنتیکی، زیست شناختی و فرضیه های روان پویایی اشاره شده است. حدود ۹۰ درصد وابستگان به مواد مخدر مبتلا به یک اختلال روانپزشکی همراه شامل اختلال روانپزشکی همزمان می باشند. شایع ترین تشخیص های روانپزشکی همراه شامل اختلال افسردگی اساسی، اختلالات ناشی از مصرف الکل، اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلالات اضطرابی می باشد و حدود ۱۵ درصد وابستگان به مواد مخدر حداقل یکبار در طول عمر خود مبادرت به خودکشی می کنند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۲؛ به نقل از عساریان، ۱۳۷۹). در سالهای اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی با الهام از روان شناسی مثبت نگر،

<sup>۱</sup> . World Health Organization

<sup>۲</sup> . Kaplan and Sadock

رویکرد نظری و پژوهشی متفاوتی برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی تلقی و آن را در قالب اصطلاح "بهبودی روانشناختی" مفهوم سازی کرده اند. بهبودی روانشناختی مستلزم درک چالشهای وجودی زندگی است. رویکرد بهبودی روانشناختی رشد و تحول مشاهده شده در برابر چالشهای وجودی زندگی را بررسی می کند و به شدت بر توسعه انسانی تأکید دارد (کاظمی و کشاورزبان، ۱۳۹۱). جمع گسترده ای از ادبیات تحقیقی در دهه ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ میلادی به تجزیه و تحلیل چالشها و مشکلات اساسی زندگی پرداخته است. بهبودی روانشناختی مستلزم درک چالشهای وجودی زندگی است. رویکرد بهبودی روانشناختی، رشد و تحول مشاهده شده در برابر چالشهای وجودی زندگی را بررسی می کند و به شدت بر توسعه انسانی تأکید دارد به عنوان مثال دنبال نمودن اهداف معنادار، تحول و پیشرفت به عنوان یک فرد و برقراری روابط کیفی با دیگران (به نقل از بیابانی و همکاران، ۱۳۸۷). همچنین نتایج تحقیقات بخشیان و همکاران (۱۳۹۰)، بهراد و کمالی (۱۳۸۹)، واحدی و غنی زاده (۱۳۸۸)، چالمر (۱۳۸۰)، عصاربان و همکاران (۱۳۷۹)، روسیس و ولز<sup>۱</sup> (۲۰۰۸)، مورالز و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۸)، الیزا<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۶)، کولی و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۱۲) و ریف و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۰۶) رابطه بین بهبودی روانشناختی و راهبردهای کنترل فکر را تایید می کند.

با توجه به اینکه مصرف مواد مخدر مختلف به ویژه تریاک و هروئین که از دسته مرفین ها می باشند در شهر شیراز فراوانی زیادی دارد و این معضل همه اعضای خانواده به ویژه مصرف کننده این دسته از مواد و همسران آنها را بیشتر درگیر می نماید لازم است برای ارتقا بهبودی روانشناختی این افراد اقدامات اساسی صورت گیرد تا بتوانیم با داشتن خانواده های سالم و پویا، جامعه پاک و فعالی داشته باشیم. لذا ارایه راهکارهای دستیابی به این هدف که در تحقیق حاضر بر راهبردهای کنترل فکر همسران افراد مصرف کننده مواد تأکید شده است برای نیل به این هدف سودمند باشد. بنابراین از آنجایی که تاکنون در کشور پژوهش های محدودی در زمینه راهبردهای کنترل فکر صورت گرفته و از سوی دیگر همراهی این متغیر با بهبودی روانشناختی زیاد مورد توجه قرار نگرفته است، نتیجه این پژوهش می تواند گامی برای دیگر محققین و پژوهشگران برای پژوهش در این زمینه باشد. با توجه به مطالب گفته شده می توان گفت که اعتیاد می تواند یکی از عوامل مهم و مؤثر در کاهش بهبودی روانشناختی باشد و از آنجایی که اختلال در بهبودی روانشناختی می تواند آثار مخرب و زیان باری از جمله درگیری، مشاجره، طلاق و ... روی زندگی زوجین داشته باشد هدف از پژوهش حاضر پیش بینی بهبودی روانشناختی بر اساس راهبردهای کنترل فکر در معتادین به مواد مخدر (تریاک و هروئین) مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر شیراز می باشد. بنابراین سؤال اصلی تحقیق حاضر این است که آیا راهبردهای کنترل فکر در همسران افراد معتاد به مواد مخدر می تواند در ارتقای بهبودی روانشناختی آنان مؤثر باشد؟

## روش تحقیق

این پژوهش با توجه به هدف، از نوع پژوهش های کاربردی و از نظر روش پژوهش، از نوع همبستگی می باشد که یکی از انواع روش های تحقیق توصیفی (غیر آزمایشی) بوده و به منظور پیش بینی بهبودی روانشناختی بر اساس راهبردهای کنترل فکر در همسران افراد معتاد به مواد مخدر (تریاک و هروئین) مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر شیراز انجام شده است. جامعه آماری این تحقیق را همسران افراد معتاد

<sup>1</sup> Roussis and Wells

<sup>2</sup> Morales et al

<sup>3</sup> Alisa

<sup>4</sup> Kollei et al

<sup>5</sup> Ryff et al

به مواد مخدر (تریاک و هروئین) مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر شیراز تشکیل می دهند که تعداد آنها ۱۵۰۰۰ نفر بوده است. همچنین نمونه آماری پژوهش حاضر با توجه به حجم جامعه و استفاده از جدول تعیین حجم نمونه مورگان (به نقل از دلاور، ۱۳۸۸) شامل ۳۷۵ نفر از همسران معتادان مراجعه کننده به مراکز بودند که با روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای انتخاب شده اند. در این تحقیق ابزارهای جمع آوری اطلاعات پرسشنامه بوده است که در اختیار همسران افراد معتاد به مواد مخدر (تریاک و هروئین) مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر شیراز قرار گرفت. این پرسشنامه ها شامل: پرسشنامه های پرسشنامه بهزیستی روانشناختی<sup>۱</sup> ریف (۱۹۸۹) و راهبردهای کنترل فکر<sup>۲</sup> ولز و دیویس<sup>۳</sup> (۱۹۹۴) بود.

**ابزارهای پژوهش:** الف: پرسشنامه کنترل فکر ولز و دیویس: این مقیاس خودسنجی ۳۰ ماده را ولز و دیویس (۱۹۹۴) برای ارزیابی تفاوت های فردی در بهره گیری از راهبردهای گوناگون کنترل فکر و رابطه ی آن با آسیب پذیری هیجانی، تهیه شده است. ماده های این پرسشنامه در مقیاس لیکرت بوده و هر سوال دارای چهار گزینه می باشد. تقریباً هرگز نمره ۱، گاهی اوقات نمره ۲، اغلب اوقات نمره ۳ و تقریباً همیشه نمره ۴ می گیرد. هر یک از خرده مقیاس های TCQ دارای ۶ سوال می باشد و در مجموع ۳۰ سوال دارد. ضریب آلفای کرنباخ، خرده مقیاس های پرسشنامه از ۰/۶۴ تا ۰/۷۹ گسترده است. همبستگی آزمون - آزمون مجدد در یک فاصله ی زمانی ۶ هفته ای به شرح زیر بود: توجه برگردانی<sup>۴</sup> (۰/۷۲)، کنترل اجتماعی<sup>۵</sup> (۰/۷۹)، نگرانی<sup>۶</sup> (۰/۷۱)، تنبیه<sup>۷</sup> (۰/۶۴)، ارزیابی مجدد<sup>۸</sup> (۰/۶۷) و کل پرسشنامه (۰/۸۳). این ارقام پایایی قابل قبول تا خیلی خوب را نشان می دهد. در مورد روایی سازه، خرده مقیاس های نگرانی و تنبیه پرسشنامه ی کنترل فکر، با تعدادی از مقیاس های مختلف عاطفی، همبستگی مثبت دارند. روایی افتراقی<sup>۹</sup> پرسشنامه (TCQ) در مطالعاتی که به مقایسه ی گروه های بیمار و علامت دار پرداخته اند، نشان داده شده است (به نقل از محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۸). در ایران، گودرزی و اسماعیلی ترکانبوری ضریب آلفای کرنباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۸۱ و برای هر یک از خرده مقیاس ها به شرح زیر گزارش داده اند. توجه برگردانی (۰/۷۹)، کنترل اجتماعی (۰/۷۰)، نگرانی (۰/۷۰)، تنبیه (۰/۷۰)، ارزیابی مجدد (۰/۷۰)، در این پژوهش، میزان آلفای کرنباخ برای کل پرسشنامه TCQ ۰/۷۶ و برای هر یک از خرده مقیاس های توجه برگردانی (۰/۷۶)، کنترل اجتماعی (۰/۶۸)، نگرانی (۰/۶۴)، تنبیه (۰/۶۵) و ارزیابی مجدد (۰/۶۹) به دست آمد بهراد و همکاران، ۱۳۸۹). ب: پرسشنامه بهزیستی روانشناختی: ریف (۱۹۸۹) برای اندازه گیری سازه های مختلف بهزیستی، مقیاس های بهزیستی روان شناختی همچون پرسشنامه ۲۰ عبارتی، ۱۴ عبارتی، ۹ عبارتی و ۳ عبارتی را طراحی کرد. پس از بررسی های اولیه نسخه ی اصلی مقیاس های بهزیستی روان شناختی که دارای ۸۴ عبارت است، تهیه شد. سپس نسخه های ۵۴ عبارتی و فرم کوتاه ۱۸ عبارتی طراحی شد. نسخه کوتاه این پرسش نامه ۶ مؤلفه اصلی الگوی بهزیستی روان شناختی را مورد ارزیابی قرار می دهد و بنابراین دارای ۶ مقیاس است و برای هر زیر مقیاس ۳ عبارت در نظر گرفته شده است (بیابانی و همکاران، ۱۳۸۷). ضریب همسانی که ریف به دست

<sup>1</sup> Psychological Well-being

<sup>2</sup> Thought Control Strategies

<sup>3</sup> Wells and Matthews

<sup>4</sup> Distraction

<sup>5</sup> Social Control

<sup>6</sup> Worry

<sup>7</sup> Punishment

<sup>8</sup> Reassessment

<sup>9</sup> Discriminant validity

آورده است عبارت است از: خودمختاری<sup>۱</sup> (۰/۷۶)، تسلط بر محیط<sup>۲</sup> (۰/۹۰)، رشد فردی<sup>۳</sup> (۰/۸۷)، ارتباط مثبت با دیگران<sup>۴</sup> (۰/۹۱)، زندگی هدفمند<sup>۵</sup> (۰/۹۰) و پذیرش خود<sup>۶</sup> (۰/۹۳) و پایایی خارجی به دست آمده توسط ریف در فاصله ی شش هفته بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۵ بوده است. ضریب پایایی به روش بازآزمایی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف ۰/۸۲ و خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ به دست آمد که از نظر آماری معنی دار بود ( $p < 0.001$ ).

### یافته ها

#### آمار توصیفی

در قسمت آمار توصیفی به طور کلی، همسران پاسخ دهنده دامنه سنی ۲۵-۱۵ ساله با تعداد ۸۹ نفر (۲۴ درصد)، دارای بیشترین فراوانی و همسران پاسخ دهنده دامنه سنی ۴۵-۳۶ ساله با تعداد ۶۵ نفر (۱۷ درصد)، دارای کمترین فراوانی و همسران پاسخ دهنده تک فرزند با تعداد ۸۳ نفر (۲۲/۵ درصد)، دارای بیشترین فراوانی و همسران پاسخ دهنده دارای دو فرزند با تعداد ۶۶ نفر (۱۷ درصد)، دارای کمترین فراوانی و همچنین همسران پاسخ دهنده دارای وضعیت اقتصادی ضعیف با تعداد ۱۳۳ نفر (۳۶ درصد)، دارای بیشترین فراوانی و همسران پاسخ دهنده دارای وضعیت اقتصادی متوسط با تعداد ۱۱۸ نفر (۳۱ درصد)، دارای کمترین فراوانی و همسران پاسخ دهنده بیکار (خانه دار) با تعداد ۱۰۹ نفر (۵۸ درصد)، دارای بیشترین فراوانی و همسران پاسخ دهنده شاغل در ادارات و سازمان های دولتی (کارمند) با تعداد ۷۳ نفر (۱۹/۵ درصد)، دارای کمترین فراوانی همچنین همسران پاسخ دهنده دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم با تعداد ۶۶ نفر (۱۷ درصد)، دارای کمترین فراوانی در پژوهش حاضر بودند. همچنین همسران پاسخ دهنده که ماده مصرفی اصلی شوهرشان تریاک (۵۱ درصد) و هرویین (۴۹ درصد) بود تا حد زیادی برابر با همدیگر از جامعه تحقیقی انتخاب شدند. همچنین تعداد ۱۴۳ نفر (۳۸ درصد) از همسران پاسخ دهنده در پژوهش حاضر عنوان کردند که در کنار ابتلای همسرشان به اعتیاد، خود آنها نیز از مصرف مواد مخدر و اعتیاد به آن رنج می برند و ۲۳۲ نفر (۶۲ درصد) عنوان کردند که این مشکل را ندارند. همچنین به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS استفاده گردید. بدین منظور در سطح آمار توصیفی به محاسبه فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد، جداول و نمودارها و در سطح آمار استنباطی به آزمون فرضیه های تحقیق با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون خواهیم پرداخت.

1. Autonomy

2. Environmental Mastery

3. Personal Growth

4. Positive Relation With others

5. purpose in life

6. Self Acceptanc

## آمار استنباطی

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار بهزیستی روانشناختی و ابعاد راهبردهای کنترل فکر

تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	شاخص آماری
			متغیر
۳۷۵	۸/۰۴	۵۰/۴۷	بهزیستی روانشناختی
۳۷۵	۲/۱۶	۱۷/۹۸	حواسپرتی
۳۷۵	۲/۴۰	۱۰/۴۸	کنترل اجتماعی
۳۷۵	۱/۳۹	۲۰/۷۹	نگرانی
۳۷۵	۳/۰۵	۱۸/۴۷	خودتنبیهی
۳۷۵	۲/۰۳	۱۰/۷۷	ارزیابی مجدد

داده های جدول شماره ۱، مشخصه های آماری پاسخ دهندگان را بر حسب میانگین نمره های راهبردهای کنترل فکر و ابعاد آن (حواسپرتی، کنترل اجتماعی، نگرانی، خودتنبیهی و ارزیابی مجدد) به تفکیک نشان می دهد. همان طور که ملاحظه می گردد این میانگین برای ابعاد حواسپرتی، نگرانی و خودتنبیهی در مقیاس راهبردهای کنترل فکر بالاست.

جدول شماره ۲: ماتریس ضرایب همبستگی بین بهزیستی روانشناختی و ابعاد راهبردهای کنترل فکر

متغیر	بهزیستی	حواسپرتی	کنترل اجتماعی	نگرانی	خودتنبیهی	ارزیابی مجدد
بهزیستی	---					
حواسپرتی	۰/۳۰**	---				
کنترل اجتماعی	۰/۲۹**	۰/۲۵*	---			
نگرانی	۰/۶۵**	۰/۲۱*	۰/۱۵	---		
خودتنبیهی	۰/۵۸**	۰/۲۶**	۰/۰۳	۰/۵۲**	---	
ارزیابی مجدد	۰/۴۵**	۰/۵۸**	۰/۲۷*	۰/۲۳*	۰/۴۵**	---

**\*\* این ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنادار می باشند. \* این ضرایب در سطح ۰/۰۵ معنادار می باشند.**

بر اساس داده های جدول شماره ۲، از بین ابعاد راهبردهای کنترل فکر سه بعد آن (حواسپرتی (۰/۳۰-)، نگرانی (۰/۶۵-) و خود تنبیهی (۰/۵۸-)) با بهزیستی روانشناختی رابطه معکوس معنادار دارند. همچنین ابعاد کنترل اجتماعی و ارزیابی مجدد نیز با بهزیستی روانشناختی رابطه معنادار مثبت دارند.

### بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر پیش بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس راهبردهای کنترل فکر در همسران افراد معتاد به مواد مخدر (تریاک و هروئین) مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر شیراز بود. پژوهش های مختلف بر رابطه بین بهزیستی روانشناختی با راهبردهای کنترل فکر تأکید داشته است به طوری که بررسی ها نشان داد کسانی که در معرض مصرف مواد مخدر قرار می گیرند به مقدار زیادی از سلامت روانشناختی آنها کاسته شده و تضعیف می گردد. در این میان این افراد تلاش می کنند با توسل به راهبردهایی که البته اغلب منفی و مشکل ساز است سلامت روانی خود را باز یافته و زندگی خود را بهبود بخشند. بر اساس داده های آرایه شده در جدول شماره ۲ و با توجه به محاسبه ماتریس همبستگی، ملاحظه گردید. بین ابعاد راهبردهای کنترل فکر، سه بعد آن (حواسپرتی، نگرانی و خودتنبیهی) با بهزیستی روانشناختی رابطه معکوس معنادار داشتند. همچنین ابعاد ارزیابی مجدد و کنترل فکر با بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت معنادار داشتند. بنابراین می توانیم نتیجه بگیریم همسران افراد معتاد به مواد مخدر (تریاک و هروئین) مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر شیراز که بهزیستی روانشناختی پایین تری داشتند. از راهبردهای کنترل فکر حواسپرتی، نگرانی و خودتنبیهی به میزان بیشتری استفاده نمودند و برعکس. از سوی دیگر نتیجه می گیریم از بین این گروه، همسرانی که بهزیستی روانشناختی بالاتری داشتند بیشتر از راهبردهای ارزیابی مجدد و کنترل فکر استفاده نمودند. با توجه به ضریب همبستگی  $p < 0.05$  پذیرفته و با اطمینان (۰/۹۹). مورد تایید قرار می گیرد. پژوهش های همسو با یافته های پژوهش با نتایج تحقیقات بخشیان و همکاران (۱۳۹۰)، بهراد و کمالی (۱۳۸۹)، واحدی و غنی زاده (۱۳۸۸)، چالمه (۱۳۸۰)، عصاریان و همکاران (۱۳۷۹)، روسیس و ولز (۲۰۰۸)، مورالز و همکاران (۲۰۰۸)، الیزا و همکاران (۲۰۰۶)، کولی و همکاران (۲۰۱۲) و ریف و همکاران (۲۰۰۶) هماهنگ می باشد. لذا میتوان چنین استنباط کرد با توجه به اثرات جسمانی و روانی ناشی از مصرف مکرر مواد مخدر مانند: اسهال، استفراغ، کاهش شدید وزن، مشکلات کبدی و ریوی، اضطراب بیقراری و... روش های درمانی مختلفی جهت ترک این بلای خانمان سوز ارایه شده است. راهبردهای کنترل فکر یکی از مهمترین انواع درمانها برای ترک این مواد است. تحقیقات نشان داده اند که معتادان غالباً دارای مشکلات جدی در کنترل فکر خود هستند. بنابراین این روش می تواند افکار معتاد را مشغول نگاه دارد و در درمان کسانی که دچار افکار بد هستند و دائم به آن فکر می کنند به راحتی به کار رود. همچنین می توان با شناخت این راهبردها و آموزش راهکارهای صحیح فکر کردن، بهزیستی روانشناختی را افزایش داده و زمینه بهبود آنها را فراهم آورد.

### منابع

#### منابع داخلی

- بهراد، مژگان؛ کمالی، محمود (۱۳۸۹). رابطه راهبردهای کنترل فکر با علایم اختلالات خوردن در دانشجویان دختر دانشگاه پیام نور یزد. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، دوره ۱۳، شماره ۷.
- بیابانی، علی؛ گودرزی، حسنیه؛ کوچکی، عاشور محمد (۱۳۸۷). رابطه ابعاد بهزیستی روان شناختی و سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه آزاد واحد آزاد شهر. دانش و پژوهش در روان شناسی، شماره ۳۶، ۱۶۴-۱۵۳.
- بخشیان، فرشته؛ ابولقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد (۱۳۹۰). ارزیابی شناختی و راهبردهای کنترل فکر در بیماران مبتلا به PTSD افراد بهنجار. فصلنامه روان شناسی بالینی، شماره یازدهم، سال سوم، تابستان ۹۰.
- چالمه، رضا (۱۳۸۰). نقش واسطه ای بخشایش در رابطه ی ویژگی های شخصیتی و بهزیستی روان شناختی نوجوانان. روش ها و مدل های روان شناختی. دوره : ۲ ، شماره : ۶ صفحه: ۱-۱۶.
- دلاور، علی (۱۳۸۸). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران، نشر ویرایش، چاپ بیست و هشتم.
- عصاربان، فاطمه؛ امیدی، عبدا...؛ اکبری، حسین (۱۳۷۹). بررسی ویژگی های روانشناختی و شخصیتی جوانان وابسته به مواد مخدر افیونی در شهر کاشان. فصلنامه علمی - پژوهشی فیض. شماره ۲۹، ۴۱ تا ۴۶.
- واحدی، شهرام؛ غنی زاده، سمیه (۱۳۸۸). الگوی تحلیل مسیر روابط بین انگیزش درونی مذهبی، نماز، بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی با بهزیستی روان شناختی دانشجویان. پژوهش در سلامت روانشناختی، سال سوم، شماره ۲ (۱۰).
- هاشمی، رضا (۱۳۹۰). بررسی رابطه سلامت روان و کیفیت زندگی در همسران افراد معتاد. پایان نامه کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان.
- کاظمی، حمید؛ کشاورزبان، فهمیه (۱۳۹۱). نقش فرا شناخت و حل مسأله در پیش بینی بهزیستی روان شناختی در دانش آموزان دختر و پسر شهر اصفهان. دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه اصفهان. سال ۷، شماره ۱، ص ۹۱-۱۰۶.
- محمدخانی، شهرام؛ فجاد، مریم (۱۳۸۸). رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت غیر بالینی. مجله روانشناسی بالینی، سال اول، شماره ۳، صفحات: ۵۱-۳۵.
- واحدی، شهرام؛ غنی زاده، سمیه (۱۳۸۸). الگوی تحلیل مسیر روابط بین انگیزش درونی مذهبی، نماز، بهزیستی معنوی و کیفیت زندگی با بهزیستی روان شناختی دانشجویان. پژوهش در سلامت روانشناختی. سال سوم، شماره ۲ (۱۰).



- هاشمی، زهره؛ علیلو، محمود؛ هاشمی نصرت آباد، تورج (۱۳۸۹). اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلال افسردگی اساسی: گزارش موردی. مجله روانشناسی بالینی. سال دوم، شماره ۳.
- یاریان، سجاد (۱۳۸۷). بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی، استرس و سلامت روان در معتادان مبتلا به HIV و غیر معتادان مبتلا به HIV و افراد سالم شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی.

### منابع لاتین

- Alisa L, Michael K. Jeffrey H. (2006). Impact of Health Literacy on Depressive Symptoms and Mental Health-related: Quality of Life among Adults with Addiction. *Journal of General Internal Medicine*. Volume 21, Issue 8, pages 818–822.
- Kollei I, Brunhoeber S, Rauh E, de Zwaan M, Martin A (2012). Body image, emotions and thought control strategies in body dysmorphic disorder compared to eating disorders and healthy controls. *J Psychosom Res.* 72(4):321-7.
- Morales-Jaimes R, Salazar-Martínez E, Flores-Villegas FJ, Bochicchio-Riccardelli T, López-Caudana AE.(2008). The role of depression in the quality of life among patients undergoing renal substitutive therapy. *Gac Med Mex.* 144(2):91-8.
- Roussis P, Wells A.(2008). Psychological factors predicting stress symptoms: met cognition, thought control, and varieties of worry. *Anxiety, Stress, & Coping* 21:213-25.
- Ryff, CD. Keyes,CL. Singer, B.(2006). The relationship between biological factors and psychological well-being. *Journal of personality and Social psychology.* 69, 719-727.
- Roussis P, Wells A.(2008). Psychological factors predicting stress symptoms: met cognition, thought control, and varieties of worry. *Anxiety, Stress, & Coping* 21:213-25.
- Wells A, Matthews G.(1994). Attention and emotion. A clinical perspective. Hove, UK: Erlbaum. 89(3), 123-137.