

Cognitive Behavioral Therapy on People Happiness Increase Dependent on Stimulant Drugs

*Beleta Chitsazha¹, Fahimeh Akhondi¹, Abolfazl Karami²

Authors

1. M.Sc. in Psychology, Faculty of Humanities, Shahroud Science and Research Branch, Islamic Azad University, Shahroud, Iran;

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahroud Science and Research Branch, Islamic Azad University, Shahroud, Iran.

*Corresponding author's Email: Beleta.chitsazha@yahoo.com

Received: 2017 May 24; Accepted: 2017 August 17

Abstract

Background & Objectives: Increasing in use of drug (drug addiction and drug abuse) has become a concern of all communities as a health and social problem. Therefore, the purpose of this study was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral training on people happiness increase dependent on stimulant drugs.

Methods: The research was quasi-experimental study with random assignment of subjects to experimental and control groups, with pre-posttest and follow-up. The statistical population of the present study was to identify the drug addicts who were referred to the welfare organization of Tehran (capital city of Iran) to reduce the dependence on addiction treatment centers. Samples in this study be included 30 patients' dependent on stimulants for available sampling formed in the respective centers. The criteria for entry into the study included the use of stimulants, the length of drug addiction for more than one year, male subjects and lack of physical and mental illness. The subjects were randomly divided in two experimental (n=15) and control (n=15) groups. The ethical considerations of this study included obtaining written consent from subjects, confidentiality of the information of all subjects, not using the names and information of subjects in the process of data analysis, and group analysis of scores. Instruments used in this study were the Oxford happiness questionnaire. Cognitive-behavioral group therapy sessions a week for 10 sessions over 3 months for 1 session and every 90 minutes using cognitive-behavioral pattern derived from relevant research records prepared and held for trial. Data were analyzed using SPSS software using descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (covariance analysis and repeated measures variance analysis).

Results: Descriptive findings showed that the average pretest experimental and control groups was not different, while the posttest differences between the experimental group (25.78) and control (18.33) has been observed. Covariance analysis was used to investigate the difference between groups in the posttest area or to remove the pretest effect. The results showed that there was a significant difference between the mean posttest scores of the experimental group and the control group after limitation of initial differences in the pretest was significance in happiness ($p < 0.001$, $F = 12.84$). In other words, cognitive-behavioral education had effective impact on increasing the happiness of addicted people to stimulants. The difference between the mean scores of the pre-test and the post-test of the test group, after limitation of initial differences in the pretest, was significant in the happiness score ($p < 0.001$), while there was not a significant difference between the scores before test and posttest control group in happiness score ($p = 0.521$). Therefore, cognitive-behavioral education had influential effects on people with substance dependence on their happiness in the experimental group. In addition, the effects of this training were stable after 1 month, and there was no significant difference between the mean posttest scores and the follow-up of the experimental group ($p = 0.730$). Other findings of this study also showed that there was no significant difference between the mean posttest scores and the follow-up of the control group in the happiness score ($p = 0.460$).

Conclusion: According to the results, it seems that cognitive-behavioral training could enhance happiness. Therefore, cognitive-behavioral training, by psychologists and psychotherapists, in substance as a preventive intervention is recommended.

Keywords: Cognitive-behavioral training, Happiness, People dependent on stimulant drugs.

اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر افزایش شادکامی افراد وابسته به مواد محرک * بلتا چیت سازه‌ها^۱، فهیمه آخوندی^۱، ابوالفضل کرمی^۲

نویسندگان

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد علوم و تحقیقات شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛
۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد علوم و تحقیقات شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

* رابانامه نویسنده مسئول: Beleta.chitsazha@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۳ خرداد ۱۳۹۶؛ تاریخ پذیرش: ۲۶ مرداد ۱۳۹۶

چکیده

زمینه و هدف: امروزه افزایش مصرف مواد مخدر نگرانی روزافزونی را برای تمامی جوامع به دنبال دارد و مسئله وابستگی به مواد و سوء مصرف آن به معضلی اجتماعی درمانی تبدیل شده است. پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی روش درمان شناختی رفتاری (CBT) بر افزایش شادکامی افراد وابسته به مواد محرک انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه به صورت نیمه آزمایشی بود که از افراد وابسته به مواد محرک، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. سپس به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار به کار رفته در این پژوهش، پرسشنامه شادکامی آکسفورد ۱۹۸۰ بود. مداخله درمان شناختی رفتاری، طی ده جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه برای گروه آزمایش صورت گرفت. داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون آماری تحلیل کواریانس و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد تفاوت بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، پس از حذف اثر نمرات پیش آزمون، در افزایش میزان شادکامی تأثیر معناداری داشت ($p < 0.001$). همچنین، اثرات این آموزش بعد از گذشت یک‌ماه پایدار بوده و تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش مشاهده نشد ($p = 0.073$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌ها، به نظر می‌رسد درمان شناختی رفتاری می‌تواند موجب افزایش شادکامی شود؛ بنابراین، توصیه می‌گردد آموزش درمان شناختی رفتاری توسط روان‌شناسان و روان‌درمانگران به عنوان روشی مداخله‌ای در جهت پیشگیری درزمینه مصرف مواد به کار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، شادکامی، افراد وابسته به مواد محرک.

اعتیاد به مواد مخدر و به تازگی اعتیاد به مواد محرک و مواد صنعتی که تغییردهنده خلق و خو و رفتار هستند، از آسیب‌های روانی اجتماعی بسیار بارز است که به راحتی می‌تواند بنیان زندگی فردی و خانوادگی و اجتماعی و نیز فرهنگی جامعه‌ای را از بین ببرد. همچنین پویایی و فعالیت انسان‌ها، نیروی کار، انگیزه و علایق افراد را به مخاطره انداخته و امکانات مادی و معنوی اشخاص و جوامع را صرف ارائه خدمات به این افراد و بازپروری آن‌ها کند. به طور غیرمستقیم نیز باعث ازدست دادن نیروی انسانی آن جامعه می‌شود (۱).

دفتر مبارزه با جرم و مواد مخدر سازمان ملل متحد، به تازگی در گزارشی بیان کرد ایران دارای بیشترین افراد وابسته به مواد مخدر در مقایسه با جمعیت، در بین کشورهای جهان است. در تأیید این ادعا سازمان بهزیستی کشور نیز اعلام کرد رشد سوء مصرف مواد در کشور سالانه حدود ۰/۸ است. در حالی که جمعیت کشور سالانه حدود ۲/۶ درصد رشد می‌کند؛ بنابراین، تعداد افراد وابسته به مواد سالانه بیش از سه برابر جمعیت، رشد می‌یابد (۲).

مطالعات بسیاری بر شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی همچون اضطراب و افسردگی در افراد وابسته به مواد تأکید کرده‌اند (۳). این یافته‌ها بیانگر این نکته است که اختلال‌های روانی به خصوص افسردگی می‌تواند در حین مصرف مواد یا ترک آن رخ دهد؛ زیرا داده‌ها نشان می‌دهد بیش از ۳۷ درصد سوء مصرف کنندگان مواد، دست کم دارای یک نوع بیماری روانی جدی هستند. از سوی دیگر افسردگی و سایر بیماری‌های روانی نیز خطر ابتلا به اعتیاد را افزایش می‌دهد. با استناد به آمارها، ۲۹ درصد افراد دارای نوعی بیماری روانی، از سوء مصرف الکل یا داروهای غیرقانونی دیگر نیز رنج می‌برند (۴). فسکو^۱ و همکاران و لچلیتر به بررسی اختلال‌های شخصیت با مصرف مواد پرداختند که از آن بین اختلال‌های شخصیت مرزی و ضداجتماعی و نمایی با اختلال‌های مصرف مواد مرتبط بودند؛ در حالی که بین اختلال شخصیت خودشیفته و اختلال مصرف مواد رابطه معناداری یافت نشد (به نقل از منبع ۵). در مجموع می‌توان گفت وضعیت سلامت روان شناختی نقش مهمی در سبب شناسی و فرایند درمان فرد معتاد بازی می‌کند. وجود اختلال‌های روانی مزمن باعث مقاومت در درمان و بازگشت دوباره بیماری می‌شود (۵).

شادکامی، از جمله متغیرهایی است که سوء مصرف مواد محرک در افراد تأثیر منفی بر آن می‌گذارد. شاخه جدید علم روان‌شناسی و دیدگاه نوین آن، با عنوان «روان‌شناسی مثبت^۲»، درصدد بررسی ظرفیت‌ها و قدرت‌های روان‌شناختی به جای آسیب‌شناسی روانی است. اعتقاد اساسی در دیدگاه جدید این است که ویژگی‌های مثبت اندازه‌گیری‌شدنی، می‌توانند به عنوان سپری، افراد را در برابر حوادث نامطلوب خطرناک محافظت کنند (۵). روان‌شناسان علاقه‌مند به حیطه روان‌شناسی مثبت نگر توجه خود را بر منابع نهفته احساس‌های مثبت نظیر احساس شادکامی معطوف کرده‌اند که امید و شادی یکی از این سازه‌های شناختی-انگیزشی بوده که در این زمینه تأکید شده است (۷). شادی از هیجان‌هایی است که دامنه وسیعی از کنش‌های عاطفی

را از احساس آرامش گرفته تا احساس لذت و خلسه، شامل می‌شود (۸). یکی از اجزای مهم شادکامی، جزء شناختی آن است. شوارتز و استراک باور دارند افراد شادکام کسانی هستند که در پردازش اطلاعات سوگیری دارند؛ یعنی، اطلاعات را به گونه‌ای پردازش و تفسیر می‌کنند که به خوشحالی آن‌ها می‌انجامد؛ بنابراین، شادکامی مفهومی است که چندین جزء اساسی دارد: نخست، جزئی عاطفی و هیجانی دارد که باعث می‌شود فرد شادکام همواره از نظر خلقی شاد و خوشحال باشد؛ دوم، دارای جزئی اجتماعی بوده که گسترش روابط اجتماعی را به دنبال دارد؛ سوم، جزئی شناختی داشته که موجب می‌شود فرد شادکام نوعی تفکر و نوعی پردازش اطلاعات ویژه خود داشته باشد و وقایع روزمره را طوری تعبیر و تفسیر کند که سبب خوش‌بینی وی شود (۸). سلیگمن پیش‌بینی کرد که تا سال ۲۰۱۵ از هر دو نفر انسان ساکن روی کره زمین، یک نفر دچار افسردگی باشد؛ به همین دلیل امروزه، مطالعات مربوط به شادمانی و عوامل مرتبط با آن از جمله اولویت‌های بسیار مهم در روان‌شناسی قرار گرفته است (۹).

روان‌درمانی شناختی-رفتاری برای شماری از اختلال‌ها از جمله سوء مصرف مواد، وابستگی به الکل، اختلال افسردگی اساسی و اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بوده است. محققان دامنه مشکلات بالینی را که با این رویکرد درمان‌پذیر بوده، بسیار گسترده می‌دانند که می‌توان به اختلال‌های اضطرابی تعمیم‌یافته، اضطراب عملکردی، ترس‌های اجتماعی، حملات ناشی از وحشت و هراس، دردهای مزمن، اختلال‌های اضطراب پس از وقوع حادثه، اختلال‌های سازگاری، رفتارگرایی به خودکشی، اختلال‌های خوردن و در مواقعی نظیر اختلال‌های اسکیزوفرنی، اشاره کرد (۱۰).

درمان سوء مصرف مواد به طور گسترده‌ای در جوامع مختلف مطرح است؛ اما میزان ورود به درمان و تداوم موفق درمان کم بوده و بسیاری از سوء مصرف کنندگان مواد، نیازمند خدماتی هستند که به طور کامل در درمان موجود نیست (۱۱). همچنین، سوء مصرف کنندگان مواد اغلب به دلایل جمعیت‌شناختی و خصوصیات بالینی همراه و وجود انگیزش ضعیف، درمان را پیگیری نمی‌کنند یا درمان‌ها را ناتمام رها می‌سازند (۱۲)؛ بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افزایش شادکامی افراد وابسته به مواد محرک انجام شد.

۲ روش‌بررسی

طرح پژوهش حاضر، نیمه تجربی با جایگزینی تصادفی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل، به همراه مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی افراد وابسته به مواد محرک تشکیل دادند که جهت قطع وابستگی به مرکزهای ترک اعتیاد وابسته به سازمان بهزیستی شهر تهران مراجعه کردند. نمونه‌های بررسی‌شده در این پژوهش، سی نفر از افراد وابسته به مواد محرک بودند که به صورت نمونه‌گیری دردسترس در مراکز مربوط و با توجه به ملاک‌های سوء مصرف مواد محرک، طول اعتیاد بیشتر از یک سال،

آزمودنی‌های مذکر و فقدان بیماری‌های جسمانی و روانی انتخاب شدند.

لازم به ذکر است حدنصاب نمونه در پژوهش تجربی و نیمه تجربی برای هر گروه ۱۵ نفر، یعنی در مجموع ۳۰ نفر، است (۱۳).

به منظور جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس شادکامی آکسفورد^۱ سال ۱۹۸۰ استفاده شد. پرسشنامه شادکامی آکسفورد دارای ۲۹ سؤال بوده و میزان شادکامی فردی را می‌سنجد. پایه نظری این پرسشنامه تعریف آرجیل در سال ۱۹۹۰، از شادکامی است (۱۴). او به منظور ارائه تعریفی عملیاتی از شادکامی آن را سازه‌ای دارای سه بخش مهم دانست: فراوان و درجه عاطفه مثبت؛ میانگین سطح رضایت در طول یک دوره؛ نداشتن احساس منفی. این آزمون را در سال ۱۹۹۰ مایکل آرجیل، براساس پرسشنامه افسردگی بک سال ۱۹۷۶، ساخت. ۲۱ سؤال آن از پرسشنامه افسردگی بک گرفته و معکوس شد. یازده سؤال نیز به آن اضافه شد تا سایر جنبه‌های سلامت ذهنی را پوشش دهد. هر سؤال پرسشنامه شادکامی، مانند آزمون افسردگی بک، دارای چهار گزینه است که آزمودنی باید برطبق وضعیت فعلی خودش یکی از آن‌ها را انتخاب کند. آرجیل به وسیله تحلیل عاملی، هفت عامل را به دست آورد: شناخت مثبت؛ تعهد اجتماعی؛ خلق مثبت؛ احساس کنترل زندگی؛ سلامت جسمی؛ رضایت از خویشتن؛ هوشیاری روانی (۱۴). این ابزار پرسشنامه‌ای ۲۹ سؤالی بوده که هر سؤال آن دارای طیف لیکرتی پاسخ از یک (کاملاً مخالف) تا شش (کاملاً موافق) است. سؤالات آن شامل اظهاراتی درباره لذت‌های زندگی، رضایتمندی، عواطف و احساسات فردی می‌شود. برای محاسبه نمره این شاخص باید ابتدا سؤالات منفی (شامل ۱۲ سؤال) را کدگذاری مجدد کرده و سپس نمره مربوط به همه سؤالات را با هم جمع کرد. بدین ترتیب نمره خام مربوط به مقیاس به دست می‌آید. در مرحله بعد نمره کلی به دست آمده تقسیم بر عدد ۲۹، تعداد سؤالات، می‌شود و نمره حاصل نشانگر نمره استاندارد مقیاس است (۱۴)؛ بنابراین کمترین نمره هر آزمودنی صفر و بیشترین آن ۸۷ است. هیلز و آرجیل ضریب پایایی پرسشنامه را ۰/۹۱ و همبستگی درونی سؤالات را بین ۰/۰۴ تا ۰/۶۵ گزارش کردند. مؤلفان همبستگی معناداری را بین پرسشنامه شادکامی

آکسفورد و مقیاس‌های برون‌گرایی (۰/۶۱) و نوروزگرایی (۰/۵۹) و پسیکوزگرایی (۰/۱۷) یافتند. همچنین، همبستگی‌های مثبتی بین این پرسشنامه با آزمون جهت‌گیری زندگی، شاخص توجه زندگی، آزمون حرمت خود و مقیاس رضایتمندی از زندگی به دست آمد که نشان‌دهنده اعتبار سازه این پرسشنامه در حد عالی است (۱۴). هادی‌نژاد و زارعی در سال ۱۳۸۸ نیز در پژوهش خود به بررسی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد پرداختند (۱۵). اندازه‌گیری پایایی پرسشنامه از طریق بازآزمایی با فاصله زمانی چهار هفته، ضریب همبستگی ۰/۷۸ را مشخص کرد. به منظور برآورد اعتبار محتوا، نسخه نهایی در اختیار تعدادی از کارشناسان و استادان روان‌شناسی قرار گرفت. شاخص کل پرسشنامه شادکامی آکسفورد، همبستگی زیادی را با هر پنج عامل آزمون شخصیتی نئو نشان داد. همچنین، تحلیل عاملی به استخراج هفت عامل از پرسشنامه شادکامی آکسفورد منجر شد که ۰/۳۳ از واریانس سؤال‌ها را تبیین می‌کند (۱۵).

جهت انجام این تحقیق، ابتدا معرفی‌نامه‌ای از طرف دانشگاه به منظور ورود به مرکز ترک اعتیاد وابسته به سازمان بهزیستی شهر تهران تهیه شد. پس از ورود به مرکز، رضایت‌نامه‌ای کتبی جهت شرکت در این پژوهش، از افراد وابسته به مواد در مرکز دریافت گردید. ملاحظات اخلاقی شامل اخذ رضایت‌نامه کتبی از آزمودنی‌ها، محرمانه ماندن اطلاعات تمام آزمودنی‌ها، استفاده نکردن از نام و اطلاعات آزمودنی‌ها در فرایند تجزیه و تحلیل داده‌ها و گروهی انجام دادن تجزیه و تحلیل نمرات بود. در مرحله بعد، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس به عنوان مرحله پیش‌آزمون، مقیاس شادکامی آکسفورد بر آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل اجرا شد تا میزان شادکامی آن‌ها مشخص شود. جلسات درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی در ده جلسه طی سه ماه و به صورت هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه با استفاده از الگوی شناختی رفتاری برگرفته از پیشینه‌های پژوهشی مرتبط، آماده و برای گروه آزمایش برگزار شد. در این مدت آزمودنی‌های گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند و در انتظار به سر بردند. محتوای جلسات روش درمانی شناختی رفتاری در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات روش درمانی شناختی رفتاری

جلسات	محتوا
اول	بحث و بررسی اهمیت و ارزش درمان‌های غیردارویی سوءمصرف مواد محرک به خصوص درمان شناختی رفتاری، مشخص کردن زمان و طول مدت جلسات این درمان، معرفی اعضای گروه و مطرح کردن قوانین و مقررات گروهی.
دوم	معرفی الگوی درمان شناختی رفتاری، معرفی تحلیل کارکردی و توضیح برای تکلیف‌های منزل
سوم	شناسایی و مقابله با فکرهای مرتبط با مواد، درک تجربه بیمار از میل به مصرف، شناسایی نشانه‌ها و محرک‌های میل به مصرف مواد.
چهارم	آموزش و تمرین راهبردهای کنترل میل به مصرف مواد.
پنجم	ارزیابی در دسترس بودن مواد و مراحل لازم برای کاهش آن، بررسی راهبردهای نه گفتن به عرضه‌کنندگان مواد، آموزش و تمرین مهارت‌های امتناع از مواد.
ششم	پیش‌بینی موقعیت‌های خطرناک و پیامدهای آن برای افراد، تمرین عملی این موقعیت‌ها.
هفتم	تدوین برنامه مقابله‌ای مناسب و مؤثر و تمرین عملی آن در گروه.

هشتم	معرفی مراحل حل مسئله و تشریح آن.
نهم	تمرین مهارت‌های حل مسئله.
دهم	مرور دوباره برنامه و اهداف درمان، ارائه بازخورد به اعضای گروه و دریافت بازخورد از اعضای گروه درباره جنبه‌های موفق و ناموفق درمان شناختی رفتاری

بلافاصله پس از اتمام درمان، در مرحله پس‌آزمون، مقیاس شادکامی آکسفورد به‌طور مجدد روی آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل صورت گرفت. یک‌ماه پس از اجرای پس‌آزمون نیز برای بار سوم و در مرحله پیگیری، مقیاس شادکامی آکسفورد بر آزمودنی‌های دو گروه انجام شد.

داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی

(میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) در نرم‌افزار تجزیه و تحلیل شدند.

۳ یافته‌ها

در جدول ۲ مشخصه‌های آمار توصیفی نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس شادکامی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیر شادکامی گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مشخصه آماری	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش
شادکامی	میانگین	۱۷/۵۸	۲۵/۷۸	۱۷/۶۶	۲۶/۳۵	۱۸/۳۳	۱۸/۶۰
	انحراف استاندارد	۴/۱۱	۳/۶۵	۵/۳۲	۳/۴۳	۵/۲۸	۵/۰۳

اندازه‌گیری مکرر استفاده کرد. همچنین با استفاده از آزمون لوین فرض برابری واریانس گروه آزمایش و کنترل در تمامی متغیرها در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود؛ لذا استفاده از آزمون تحلیل کواریانس مجاز بود.

به‌منظور بررسی تفاوت بین‌گروهی در مرحله پس‌آزمون با حذف اثر پیش‌آزمون از تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش با پس‌آزمون گروه کنترل، در میزان شادکامی ($p < ۰/۰۰۱$, $F = ۱۲/۸۴$) وجود دارد. به عبارت دیگر، آموزش شناختی رفتاری به افراد وابسته به مواد محرک در افزایش شادکامی آنان مؤثر بوده است.

به‌منظور بررسی تفاوت درون‌گروهی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

طبق جدول ۲، میانگین گروه کنترل و آزمایش در مرحله پیش‌آزمون تفاوت درخور توجهی را نشان نمی‌دهد؛ درحالی‌که در مرحله پس‌آزمون تفاوت بین گروه آزمایش (۲۵/۷۸) و کنترل (۱۸/۳۳) محسوس است. برای بررسی معناداری این تفاوت از تحلیل کواریانس و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد تا مشخص شود که درمان آموزش شناختی رفتاری بر این متغیر به‌لحاظ آماری تأثیر معناداری داشته است.

لازم به ذکر است که قبل از تحلیل نتایج در رابطه با پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از مدل آماری اندازه‌گیری مکرر و تحلیل کواریانس، اطمینان حاصل شد. بدین صورت که در این پژوهش در تمامی متغیرها آزمون کرویت موچلی در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود؛ در نتیجه در فرض یکسان بودن واریانس‌ها و به‌گونه‌ای دقیق‌تر، شرط همگن بودن ماتریس کواریانس اطمینان حاصل شده و می‌توان از تحلیل واریانس با

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر متغیر شادکامی

شاخص	زمان	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش
شادکامی	F	۲/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۲۲۲	۰/۷۳۰	۰/۳۷۸	۰/۵۲۱
	p	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۲۲۲	۰/۷۳۰	۰/۳۷۸	۰/۵۲۱

براساس جدول ۳، تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش، پس از حذف اثر نمرات پیش‌آزمون، در نمره شادکامی معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$)؛ اما تفاوت معناداری بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل در نمره شادکامی وجود ندارد ($p = ۰/۵۲۱$)؛ بنابراین، آموزش شناختی رفتاری به افراد وابسته به مواد محرک بر شادکامی آنان در گروه آزمایش تأثیرگذار بوده است. همچنین، نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد اثرات این آموزش بعد از گذشت یک‌ماه نیز پایدار بوده و تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری

گروه آزمایش مشاهده نمی‌شود ($p = ۰/۷۳۰$). یافته‌های جانبی این پژوهش نیز در سنجش تغییرات درون‌گروهی براساس جدول ۳ بیان می‌کند تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه کنترل در نمره شادکامی وجود ندارد ($p = ۰/۴۶۰$).

۴ بحث

اینکه چرا درمان شناختی رفتاری بر متغیر شادکامی افراد وابسته به مواد محرک اثربخش بوده و با نتایج پژوهش‌های مذکور همسوست به این صورت می‌توان تبیین کرد: در روان‌درمانی با توجه به الگوی نظری که روان‌شناس به آن اعتقاد دارد و در به‌کارگیری آن راحت است، روان‌درمانگران از درمان‌های مختلفی استفاده می‌کنند که روان‌درمانی‌های انفرادی روان‌پویشی، درمان‌های شناختی، رفتاری، شناختی رفتاری، خانواده‌درمانی و گروه‌درمانی از آن جمله‌اند (۲۴). درمان شناختی رفتاری شیوه‌ای کوتاه‌مدت و متمرکز بوده که به مصرف‌کنندگان مواد کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی را که در آن احتمال سوءمصرف مواد بیشتر می‌شود، شناسایی کنند و در زمان‌های لازم از این موقعیت‌ها دوری کرده و در نهایت به شیوه مؤثری با طیف مشکلات و رفتارهای مسئله‌دار مرتبط با مواد مقابله کنند (۲۵). در روش شناختی رفتاری تکنیک‌های مختلفی به‌کار گرفته می‌شود. در این روش فنون رفتاری به‌طور عمده دربرگیرنده شیوه‌های اجتناب از موقعیت‌های محرک یا تغییر پاسخ به چنین محرک‌هایی و دادن پاسخ‌های تازه به آن است. استفاده از تکنیک‌های آرامش عضلانی در هنگام اضطراب شدید به‌جای استفاده از مواد و ارائه تقویت‌های تازه و مناسب از فنون دیگر درمان است. با استفاده از تکنیک‌های شناختی نیز مراجع قادر می‌شوند که فکرهای منجر به مصرف مواد را شناسایی کنند و افکار معیوب را تشخیص داده و بکشند تا به‌جای آن فکرهای مناسبی جایگزین کنند. با این فنون به مراجع آموزش داده می‌شود که روابط و موقعیت‌ها را با دید تازه‌ای بنگرند (۲۶).

مداخلات مثبت‌گرا راهبردهایی هستند که به آزمودنی کمک می‌کند تا زندگی لذت‌بخش و جذاب و بامعنا را بسازد. براساس الگوی شادکامی پایدار لیو میرسکی سال ۲۰۰۴، عوامل تعیین‌کننده سطح شادکامی به سه دسته طبقه‌بندی می‌شوند که عبارت است از: عوامل وضعی یا عوامل تثبیت‌شده؛ عوامل مرتبط با وضعیت زندگی؛ عوامل مرتبط با فعالیت‌های ارادی. شلدون و لیو میرسکی سال ۲۰۰۴، عوامل ارادی را چنین تعریف کردند: اعمال اختیاری مستلزم تلاشی است که فرد درگیر آن‌ها می‌شود. چنین اعمالی می‌تواند شناختی (نگرش‌های مثبت یا خوش‌بینانه و پذیرش آن‌ها) و رفتاری (مهربانی کردن به دیگران به‌طور مرتب یا ورزش کردن به‌طور مرتب) یا ارادی (تعیین و پیگیری اهداف مهم و معنادار شخصی) باشند. وجه مشترک همه این‌ها تلاش و تعهد ارادی (آگاهانه) است. با این ترتیب و براساس نظر روان‌شناسان مثبت‌گرا، بخش اعظم شادکامی پایدار آدمی به فعالیت‌هایی بستگی دارد که افراد آن‌ها را انتخاب کرده و هدفمندانه به انجام آن‌ها مبادرت می‌ورزند و چون این اعمال خصیصه ارادی و انتخابی دارند، در برابر سازگاری مقاوم‌تر از عوامل شرایطی و محیطی هستند (۲۷).

تحقیق حاضر محدودیت‌هایی با خود به‌همراه داشته است؛ ازجمله از محدودیت‌های پژوهش، اجرای آزمون‌ها در میان آزمودنی‌ها بود که به دلیل مشکل اجتماعی و قانونی که درقبال پدیده اعتیاد وجود دارد، جلب رضایت و پاسخ شفاف برخی از آن‌ها برای تکمیل پرسشنامه‌ها گاهی مواقع دشوار و با نوعی مخفی‌کاری همراه بود. همچنین، نبودن موقعیت کنترل‌شده به‌منظور دقت بیشتر بر انجام تکلیف‌های درمانی و وقوع لغزش و نبودن موقعیت کنترل‌شده به‌جهت کنترل دقیق‌تر

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش شادکامی افراد وابسته به مواد محرک بود. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد مداخله درمانی با استفاده از برنامه آموزشی مدنظر بر افزایش میزان شادکامی مؤثر بوده است. همچنین، نتایج در مرحله پیگیری نیز مشخص کرد تأثیرات آموزش شناختی رفتاری به افراد وابسته به مواد محرک ناشی از گذشت زمان یا شانس نبوده و پایدار است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های زیر همسوست.

نتایج پژوهش اصلی‌نژاد و همکاران نشان داد هر دو رویکرد رفتاردرمانی گروهی و گروه‌درمانی شناختی رفتاری درمقایسه با مداخلات انفرادی معمولی، در کاهش میزان لغزش در مرحله پس از درمان بیماران وابسته به مواد افیونی تحت درمان MMT، پس از شش ماه پیگیری و ماندگاری در درمان مؤثرتر بوده است. همچنین، گروه درمانی شناختی رفتاری درمقایسه با رفتاردرمانی گروهی در کاهش میزان لغزش و ماندگاری در درمان بیماران وابسته به مواد افیونی تحت درمان MMT به‌طور معناداری تأثیر بیشتری داشته است (۱۶).

مؤمنی و همکاران در پژوهشی دریافتند مداخله شناختی رفتاری در بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان با متادون در کوتاه‌مدت اثربخش بوده، اما در طولانی‌مدت تأثیر چندانی در کیفیت زندگی نداشته است (۱۷).

در مطالعه دی‌زالدوسکیا و همکاران مشخص شد در گروه درمان شناختی رفتاری درمقایسه با گروه مشاوره سنتی، بهبود بیشتر و معناداری در سلامت و کاهش ملاک‌های افسردگی و خودآدراسی مثبت‌تر حاصل شده است (۱۸).

نتایج پژوهش سانتوز روییز و همکاران نشان داد درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدیریت اضطراب بر مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی مغز تأثیر مثبتی برجای می‌گذارد (۱۹).

مک‌هاگ و همکاران در تحقیق خود گزارش کردند تکنیک‌های شناختی رفتاری به‌تنهایی یا همراه با درمان دارویی نقش مهمی در مدیریت اضطراب و افسردگی و رابطه با اطرافیان داشته و باعث افزایش رضایت فرد از سطح زندگی خویش می‌شود (۲۰).

باتوجه به نتایج پژوهش اوسیل و همکاران، مداخلات شناختی رفتاری در تمامی جوانب زندگی فرد مؤثر بوده و بهبود ارتباط با اطرافیان و کاهش علائم افسردگی معتادان را به‌دنبال دارد (۲۱).

در پژوهشی راوسون و همکاران دو رویکرد روانی اجتماعی شامل مدیریت وابستگی و درمان شناختی رفتاری را در درمان وابستگی به کوکائین مقایسه کردند و تأثیر مطلوب برنامه مدیریت وابستگی و درمان شناختی رفتاری را نشان دادند (۲۲).

فیشر و اسکات در مطالعه‌ای بیان کردند بیماران سرپایی تحت درمان با رویکرد درمانی شناختی رفتاری به‌شکل معناداری کاهش مصرف داشتند. همچنین روابط اجتماعی و خانوادگی آن‌ها بهبود یافته و کارکرد روان‌شناختی مؤثرتر و کارآمدتری به‌دست آوردند. علاوه بر این پیش‌آگهی بازگشت‌نداشتن نیز در گروه شناختی رفتاری بهتر ارزیابی شد (۲۳).

متغیرهای مداخله‌گر و نیز کم بودن تعداد نمونه بررسی شده، از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. درمجموع یافته‌های حاصل از این پژوهش در راستای سایر تحقیقاتی که در زمینه افزایش میزان شادکامی انجام شده، تأییدکننده اثربخشی مداخله درمانی شناختی رفتاری بر افزایش شادکامی افراد وابسته به مواد محرک است.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به یافته‌ها، به نظر می‌رسد درمان شناختی رفتاری می‌تواند موجب افزایش شادکامی شود؛ بنابراین، توصیه می‌شود که برای آشناسازی اقشار و افراد مختلف جامعه با اعتیاد و عوارض آن، کارگاه‌های آموزشی در دانشگاه‌ها و مراکزهای آموزشی و درمانی برگزار شود. از پیشنهادات دیگر، انواع برنامه‌های پیشگیری و درمان و جلوگیری از بازگشت است؛

برنامه‌هایی مانند مقابله با عرضه مواد مخدر، نقش مهم رسانه‌های گروهی در افزایش شناخت افراد از معضل‌های اعتیاد، نقش مهم والدین در تعاملاتشان با همدیگر و همچنین با فرزندان، آموزش افراد برای مهارت نه گفتن، آموزش مقاومت در برابر فشار همسالان.

۶ تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کارکنان و دست‌اندرکاران مرکز ترک اعتیاد وابسته به سازمان بهزیستی شهر تهران که با حمایت‌های همه‌جانبه در محیطی مطلوب، محققان را در اجرای آزمون و جلسات درمانی یاری کرده تا پژوهش حاضر به بهترین صورت به اتمام برسد، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Hussein al-Madani SA, Karimi Y, Bahrami H, Moazedian A. Resilience, identity styles, and personality traits in opiate addicts and drug users, individuals and non-addicts improved. *J Rafsanjan Univ Med Scie*. 2013;12:57-70. [Persian]
2. Sarraimi H, Ghorbani M, Minooei M. Four decades of research on the prevalence of addiction. *Journal of Addictive substance abuse Research*. 2013;26:29-52. [Persian] <http://etiadpajohi.ir/article-1-286-fa.html>
3. Tabatabai Chehr M, Ibrahim Sani A, Mortazavi C. The effectiveness of group cognitive - behavioral psychotherapy on changing of irrational beliefs in male addicts. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2012;3:419-30. [Persian] <http://journal.nkums.ac.ir/article-1-104-fa.html>
4. Grothues J, Bischof G, Reinhardt S, Hapke U, Meyer C, John U, et al. Intention to change drinking behaviour in general practice patients with problematic drinking and comorbid depression or anxiety. *Alcohol and Alcoholism*. 2005;40(5):394-400. doi:[10.1093/alcalc/agh182](https://doi.org/10.1093/alcalc/agh182)
5. Yaghoobi A. Relationship between spiritual intelligence with the happiness of students of Boo Ali Sina University in Hamedan. *Research in educational systems*. 2010;9:92-105. [Persian]
6. Kaplan H, Sadock B. Summary of clinical psychiatry. Rezaei F. [Persian translator]. Tehran: Arjmand; 2015.
7. Snyder CR, Lopez S. Handbook of positive psychology. New York: Oxford university press; 2002.
8. Schwarz N, Strack F. Evaluation of one's life: A judgment model of subjective well- being. In Strack F, Argyle M, Schwartz N (Eds.), *Subjective well- being*. Oxford: Pergamum Press; 1991.
9. Seligman MP. Positive psychology: Fundamental assumption. *The Psychologist*. 2003;16:126-7.
10. De Rubeis RJ, Tang TZ, Beck AT. Cognitive therapy. In Dobson KS (Ed.). *Handbook of cognitive behavioral therapies*. New York: Guilford Press.
11. Simpson DD, Joe GW, Knight K, Rowan-Szal GA, Gray JS. Texas Christian University (TCU) short forms for assessing client needs and functioning in addiction treatment. *Journal of Offender Rehabilitation*. 2012;51(1-2):34-56. doi:[10.1080/10509674.2012.633024](https://doi.org/10.1080/10509674.2012.633024)
12. Nosyk B, Geller J, Guh DP, Oviedo-Joekes E, Brissette S, Marsh DC, et al. The effect of motivational status on treatment outcome in the North American Opiate Medication Initiative (NAOMI) study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2010;111(1-2):161-5. doi:[10.1016/j.drugalcdep.2010.03.019](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.03.019)
13. Argyle M, Hills P. Religious experiences and their relations with happiness and personality. *The International Journal for the Psychology of Religion*. 2000;10(3):157-72. doi:[10.1207/S15327582IJPR1003_02](https://doi.org/10.1207/S15327582IJPR1003_02)
14. Delaware A. *Research Methods in Psychology and Educational Sciences*. Tehran: Virayesh Publishing; 2017.
15. Hadi Nejad H, Zarei P. Reliability, validity and standardization Oxford Happiness Questionnaire. *Psychological Research*. 2009;12(2 and 1):62-77.
16. Asli Nejad MA, Meshki M, Alimardani MS, Tavakkolizadeh J. The effectiveness of behavioral therapy and group cognitive-behavioral therapy on the slip and retention in opioid dependent patients treated MMT. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2013;17:103-12. [Persian]
17. Momeni F, Moshtagh N, Poorshahbaz AS. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy approach to improve quality of life for opioid addicts treated with methadone. *Substance abuse addiction Studies Quarterly*. 2013;27:92-79. [Persian] <http://etiadpajohi.ir/article-1-226-fa.html>
18. Dzialdowski A, London M, Tilbury J. A controlled comparison of cognitive behavioural and traditional counselling in a methadone tapering programme. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*. 1998;5(1):47-53. doi:[10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199803\)5:1<47::AID-CPP149>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199803)5:1<47::AID-CPP149>3.0.CO;2-1)
19. Santos-Ruiz A, Robles-Ortega H, Pérez-García M, Peralta-Ramírez MI. Effects of the cognitive-behavioral therapy for stress management on executive function components. *The Spanish journal of psychology*. 2017;20. doi:[10.1017/sjp.2017.10](https://doi.org/10.1017/sjp.2017.10)
20. McHugh RK, Hearon BA, Otto MW. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics*. 2010;33(3):511-25. doi:[10.1016/j.psc.2010.04.012](https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.012)
21. Osilla KC, Hepner KA, Muñoz RF, Woo S, Watkins K. Developing an integrated treatment for substance use and depression using cognitive-behavioral therapy. *Journal of substance abuse treatment*. 2009;37(4):412-20. doi:[10.1016/j.jsat.2009.04.006](https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.04.006)
22. Rawson RA, Huber A, McCann M, Shoptaw S, Farabee D, Reiber C, et al. A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Archives of general psychiatry*. 2002;59(9):817-24. doi:[10.1001/archpsyc.59.9.817](https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.9.817)
23. Fisher M, Scott SR. Effectiveness study of two group models with substance abusing mentally ill (multi challenged) consumers. *Journal of Alcohol & Drug Education*. 1996;52:25-38.
24. Mollazade C, Ashoori OR. Effectiveness of cognitive - behavioral relapse prevention and improving the mental health of addicts. *Journal of Behavior*. 2009;34:1-12. [Persian]

25. Lau MA, McMain SF. Integrating mindfulness meditation with cognitive and behavioral therapies: the challenge of combining acceptance and change-based strategies. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2005;50(13):863-9. doi:[10.1177/070674370505001310](https://doi.org/10.1177/070674370505001310)
26. Carroll KM, Rounsaville BJ. A vision of the next generation of behavioral therapies research in the addictions. *Addiction*. 2007;102(6):850-62. doi:[10.1111/j.1360-0443.2007.01798.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01798.x)
27. Sohrabi F, Jafari Roshan F. Group psychotherapy positive effect on resilience, happiness and general health, married women dependent on drugs. *Journal of Positive Psychology*. 2016;2(1):31-46. [Persian] doi:[10.22108/PPLS.2016.21295](https://doi.org/10.22108/PPLS.2016.21295)