MEJDS. 2019; 9:33.
Published online 2019 Sep. **Research Article**

Cognitive Behavioral Therapy on People Happiness Increase Dependent on Stimulant Drugs

*Beleta Chitsazha[1], Fahimeh Akhondi[1], Abolfazl Karami[2]

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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.9.1]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۳۳.

انتشار برخط شهریورماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی آموزش شناختی‌رفتاری بر افزایش شادکامی افراد وابسته به مواد محرک

*بلتا چیت‌سازها[۱]، فهیمه آخوندی[۱]، ابوالفضل کرمی[۲]

نویسندگان

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، واحد علوم و تحقیقات شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران؛

۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، واحد علوم و تحقیقات شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Beleta.chitsazha@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۳خرداد۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۶مرداد۱۳۹۶

چکیده

زمینه و هدف: امروزه افزایش مصرف مواد مخدر نگرانی روزافزونی را برای تمامی جوامع به‌دنبال دارد و مسئلهٔ وابستگی به مواد و سوءمصرف آن به معضلی اجتماعی‌درمانی تبدیل شده است. پژوهش حاضر، با هدف بررسی اثربخشی روش درمان شناختی‌رفتاری (CBT) بر افزایش شادکامی افراد وابسته به مواد محرک انجام شد.

روش‌بررسی: این مطالعه به‌صورت نیمه‌آزمایشی بود که از افراد وابسته به مواد محرک، ۳۰ نفر به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. سپس به‌شکل تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار به‌کاررفته در این پژوهش، پرسشنامهٔ شادکامی آکسفورد ۱۹۸۰ بود. مداخلهٔ درمان شناختی‌رفتاری، طی ده جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه برای گروه آزمایش صورت گرفت. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از آزمون آماری تحلیل کواریانس و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشـــان داد تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش درمقایســـه با گروه کنترل، پس از حذف اثر نمرات پیش‌آزمون، در افزایش میزان شـادکامی تأثیر معناداری داشـت ($p<۰/۰۰۱$). همچنین، اثرات این آموزش بعد از گذشـت یک‌ماه پایدار بوده و تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش مشاهده نشد ($p=۰/۰۷۳$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌ها، به‌نظر می‌رسـد درمان شـناختی‌رفتاری می‌تواند موجب افزایش شـادکامی شـود؛ بنابراین، توصـیه می‌گردد آموزش درمان شـناختی‌رفتاری توسـط روان‌شناسان و روان‌درمانگران به‌عنوان روشی مداخله‌ای در جهت پیشگیری درزمینهٔ مصرف مواد به‌کار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: درمان شناخت‌ی‌رفتاری، شادکامی، افراد وابسته به مواد محرک.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.9.1]

۱ مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر و به‌تازگی اعتیاد به مواد محرک و مواد صنعتی که تغییردهندهٔ خلق‌وخو و رفتار هستند، از آسیب‌های روانی‌اجتماعی بسیار بارز است که به‌راحتی 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 به‌مخاطره انداخته و امکانات مادی و معنوی اشخاص و جوامع را صرف ارائهٔ خدمات به این افراد و بازپروری آن‌ها کند. به‌طور غیرمستقیم نیز باعث ازدست‌دادن نیروی انسانی آن جامعه می‌شود (۱).

دفتر مبارزه با جرم و مواد مخدر سازمان ملل متحد، به‌تازگی در گزارشی بیان کرد ایران دارای بیشترین افراد وابسته به مواد مخدر درمقایسه با جمعیت، در بین کشورهای جهان است. در تأیید این ادعا سازمان بهزیستی کشور نیز اعلام کرد رشد سوءمصرف مواد در کشور سالانه حدود ۰/۸ است. درحالی‌که 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 به‌خصوص افسردگی می‌تواند در حین مصرف مواد یا ترک آن رخ دهد؛ زیرا داده‌ها نشان می‌دهد بیش از ۳۷درصد سوءمصرف‌کنندگان مواد، دست‌کم دارای یک‌نوع بیماری روانی جدی هستند. ازسوی‌دیگر 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 سوءمصرف الکل یا داروهای غیرقانونی دیگر نیز رنج می‌برند (۴). فسکو[1] و همکاران و لچلیتر به بررسی اختلال‌های شخصیت با مصرف مواد پرداختند که از آن بین اختلال‌های شخصیت مرزی و ضداجتماعی و نمایشی با اختلال‌های مصرف مواد مرتبط بودند؛ درحالی‌که بین اختلال شخصیت خودشیفته و اختلال مصرف مواد رابطهٔ معناداری یافت نشد (به نقل از منبع ۵). درمجموع می‌توان گفت وضعیت سلامت روان‌شناختی نقش مهمی در سبب‌شناسی و فرایند درمان فرد معتاد بازی می‌کند. وجود اختلال‌های روانی مزمن باعث مقاومت در درمان و بازگشت دوبارهٔ بیماری می‌شود (۵).

شادکامی، ازجمله متغیرهایی است که سوءمصرف مواد محرک در افراد تأثیر منفی بر آن می‌گذارد. شاخهٔ جدید علم روان‌شناسی و دیدگاه نوین آن، با عنوان «روان‌شناسی مثبت[2]»، درصدد بررسی ظرفیت‌ها و قدرت‌های روان‌شناختی به‌جای آسیب‌شناسی روانی است. اعتقاد اساسی در دیدگاه جدید این است که ویژگی‌های مثبت اندازه‌گیری‌شدنی، می‌توانند به‌عنوان سپری، افراد را دربرابر حوادث نامطلوب خطرزا محافظت کنند (۵). روان‌شناسان علاقه‌مند به حیطهٔ روان‌شناسی مثبت‌نگر توجه خود را بر منابع نهفتهٔ احساس‌های مثبت نظیر احساس شادکامی معطوف کرده‌اند که امید و شادی یکی از این سازه‌های شناختی‌انگیزشی بوده که در این زمینه تأکید شده است (۷). شادی از هیجان‌هایی است که دامنهٔ 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 به‌گونه‌ای 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 خُلقی شاد و خوشحال باشد؛ دوم، دارای جزئی اجتماعی بوده که گسترش روابط اجتماعی را به‌دنبال دارد؛ سوم، جزئی شناختی داشته که موجب می‌شود فرد شادکام نوعی تفکر و نوعی پردازش اطلاعات ویژهٔ 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، یک‌نفر دچار افسردگی باشد؛ به‌همین دلیل امروزه، مطالعات مربوط به شادمانی و عوامل مرتبط با آن ازجمله اولویت‌های بسیار مهم در روان‌شناسی قرار گرفته است (۹).

روان‌درمانی شناختی‌رفتاری برای شماری از اختلال‌ها ازجمله سوءمصرف مواد، وابستگی به الکل، اختلال افسردگی اساسی و اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بوده است. محققان دامنهٔ مشکلات بالینی را که با این رویکرد درمان‌پذیر بوده، بسیار گسترده می‌دانند که می‌توان به اختلال‌های اضطرابی تعمیم‌یافته، اضطراب عملکردی، ترس‌های اجتماعی، حملات ناشی‌از 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 سوءمصرف مواد به‌طور گسترده‌ای در جوامع مختلف مطرح است؛ امّا میزان ورود به درمان و تداوم موفق درمان کم بوده و بسیاری از سوءمصرف‌کنندگان مواد، نیازمند خدماتی هستند که به‌طور کامل در درمان موجود نیست (۱۱). همچنین، سوءمصرف‌کنندگان مواد اغلب به‌دلایل 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 شناختی‌رفتاری بر افزایش شادکامی افراد وابسته به مواد محرک انجام شد.

۲ روش‌بررسی

طرح پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی با جایگزینی تصادفی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل، به‌همراه مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعهٔ 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 به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس در مراکز مربوط و باتوجه به ملاک‌های سوءمصرف مواد محرک، طول اعتیاد بیشتر از یک‌سال،

[1]. Feske

[2]. Positive Psychology

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.9.1]

آزمودنی‌های مذکر و فقدان بیماری‌های جسمانی و روانی انتخاب شدند.

لازم به‌ذکر است حدنصاب نمونه در پژوهش تجربی و نیمه‌تجربی برای هر گروه ۱۵ نفر، یعنی درمجموع ۳۰ نفر، است (۱۳).

به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس شادکامی آکسفورد[1] سال ۱۹۸۰ استفاده شد. پرسشنامهٔ شادکامی آکسفورد دارای ۲۹ سؤال بوده و میزان شادکامی فردی را می‌سنجد. پایهٔ نظری این پرسشنامه تعریف آرجیل در سال ۱۹۹۰، از شادکامی است (۱۴). او به‌منظور ارائهٔ تعریفی عملیاتی از شادکامی آن را سازه‌ای دارای سه بخش مهم دانست: فراوان و درجهٔ عاطفهٔ مثبت؛ میانگین سطح رضایت در طول یک‌دوره؛ نداشتن احساس منفی. این آزمون را در سال ۱۹۹۰ مایکل آرجیل، براساس پرسشنامهٔ افسردگی بک سال ۱۹۷۶، ساخت. ۲۱ سؤال آن از پرسشنامهٔ افسردگی بک گرفته و معکوس شد. یازده سؤال نیز به آن اضافه شد تا سایر جنبه‌های سلامت ذهنی را پوشش دهد. هر سؤال پرسشنامهٔ شادکامی، مانند آزمون افسردگی بک، دارای چهار گزینه است که آزمودنی باید برطبق وضعیت فعلی خودش یکی از آن‌ها را انتخاب کند. آرجیل به‌وسیلهٔ تحلیل عاملی، هفت عامل را به‌دست آورد: شناخت مثبت؛ تعهد اجتماعی؛ خُلق مثبت؛ احساس کنترل زندگی؛ سلامت جسمی؛ رضایت از خویشتن؛ هوشیاری روانی (۱۴). این ابزار پرسشنامه‌ای ۲۹سؤالی بوده که هر سؤال آن دارای طیف لیکرتی پاسخ از یک (کاملاً مخالف) تا شش (کاملاً موافق) است. سؤالات آن شامل اظهاراتی دربارهٔ لذت‌های زندگی، رضایتمندی، عواطف و احساسات فردی می‌شود. برای محاسبهٔ نمرهٔ این شاخص باید ابتدا سؤالات منفی (شامل ۱۲ سؤال) را کدگذاری مجدد کرده و سپس نمرهٔ مربوط به همهٔ سؤالات را با هم جمع کرد. بدین‌ترتیب نمرهٔ خام مربوط به مقیاس به‌دست می‌آید. در مرحلهٔ بعد نمرهٔ کلی به‌دست‌آمده تقسیم بر عدد ۲۹، تعداد سؤالات، می‌شود و نمرهٔ حاصل نشانگر نمرهٔ استاندارد مقیاس است (۱۴)؛ بنابراین کمترین نمرهٔ 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 پرسشنامهٔ 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 به‌دست آمد که نشان‌دهندهٔ اعتبار سازهٔ این پرسشنامه درحد عالی است (۱۴). هادی‌نژاد و زارعی در سال ۱۳۸۸ نیز در پژوهش خود به بررسی پایایی و روایی پرسشنامهٔ شادکامی آکسفورد پرداختند (۱۵). اندازه‌گیری پایایی پرسشنامه ازطریق بازآزمایی با فاصلهٔ زمانی چهار هفته، ضریب همبستگی ۰/۷۸ را مشخص کرد. به‌منظور برآورد اعتبار محتوا[2]، نسخهٔ نهایی در اختیار تعدادی از کارشناسان و استادان روان‌شناسی قرار گرفت. شاخص کل پرسشنامهٔ شادکامی آکسفورد، همبستگی زیادی را با هر پنج عامل آزمون شخصیتی نئو نشان داد. همچنین، تحلیل عاملی به استخراج هفت عامل از پرسشنامهٔ شادکامی آکسفورد منجر شد که ۰/۳۳ از واریانس سؤال‌ها را تبیین می‌کند (۱۵).

جهت انجام این تحقیق، ابتدا معرفی‌نامه‌ای از طرف دانشگاه به‌منظور 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 رضایت‌نامهٔ کتبی از آزمودنی‌ها، محرمانه‌ماندن اطلاعات تمام آزمودنی‌ها، استفاده‌نکردن از نام و اطلاعات آزمودنی‌ها در فرایند تجزیه‌وتحلیل داده‌ها و گروهی انجام‌دادن تجزیه‌وتحلیل نمرات بود. در مرحلهٔ بعد، آزمودنی‌ها به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس به‌عنوان مرحلهٔ پیش‌آزمون، مقیاس شادکامی آکسفورد بر آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل اجرا شد تا میزان شادکامی آن‌ها مشخص شود. جلسات درمان شناختی‌رفتاری به‌شیوهٔ گروهی در ده جلسه طی سه ماه و به‌صورت هفته‌ای یک‌جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه با استفاده از الگوی شناختی‌رفتاری 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 به‌سر بردند. محتوای جلسات روش درمانی شناختی‌رفتاری در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات روش درمانی شناختی‌رفتاری

جلسات	محتوا
اول	بحث و بررسی اهمیت و ارزش درمان‌های غیردارویی سوءمصرف مواد محرک به‌خصوص درمان شناختی‌رفتاری، مشخص‌کردن زمان و طول مدت جلسات این درمان، معرفی اعضای گروه و مطرح‌کردن قوانین و مقررات گروهی.
دوم	معرفی الگوی درمان شناختی‌رفتاری، معرفی تحلیل کارکردی و توضیح برای تکلیف‌های منزل
سوم	شناسایی و مقابله با فکرهای مرتبط با مواد، درک تجربهٔ 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 دسترس‌بودن مواد و مراحل لازم برای کاهش آن، بررسی راهبردهای نه‌گفتن 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 برنامهٔ مقابله‌ای مناسب و مؤثر و تمرین عملی آن در گروه.

[1] Oxford Happiness Inventory

[2]. content validity

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.9.1]

هشتم	معرفی مراحل حل مسئله و تشریح آن.
نهم	تمرین مهارت‌های حل مسئله.
دهم	مرور دوبارهٔ برنامه و اهداف درمان، ارائهٔ بازخورد به اعضای گروه و دریافت بازخورد از اعضای گروه دربارهٔ جنبه‌های موفق و ناموفق درمان شناختی‌رفتاری

بلافاصله پس از اتمام درمان، در مرحلهٔ پس‌آزمون، مقیاس شادکامی آکسفورد به‌طورمجدد روی آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل صورت گرفت. یک‌ماه پس از اجرای پس‌آزمون نیز برای بار سوم و در مرحلهٔ 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 تجزیه‌وتحلیل 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	مشخصهٔ آماری	گروه آزمایش			گروه کنترل		
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
شادکامی	میانگین	۱۷/۵۸	۲۵/۷۸	۲۶/۳۵	۱۷/۶۶	۱۸/۳۳	۱۸/۶۰
	انحراف استاندارد	۴/۱۱	۳/۶۵	۳/۴۳	۵/۳۲	۵/۲۸	۵/۰۳

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

لازم به‌ذکر است که قبل از تحلیل نتایج دررابطه با پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از مدل آماری اندازه‌گیری مکرر و تحلیل کوواریانس، اطمینان حاصل شد. بدین‌صورت که در این پژوهش در تمامی متغیرها آزمون کرویت موچلی در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود؛ درنتیجه در فرض یکسان‌بودن واریانس‌ها و به‌گونه‌ای دقیق‌تر، شرط همگن‌بودن ماتریس کوواریانس اطمینان حاصل شده و می‌توان از تحلیل واریانس با 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 کوواریانس مجاز بود.

به‌منظور بررسی تفاوت بین‌گروهی در مرحلهٔ پس‌آزمون با حذف اثر پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش با پس‌آزمون گروه کنترل، در میزان شادکامی ($F=۱۲/۸۴$, $p<۰/۰۰۱$) وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر، آموزش شناختی‌رفتاری 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.

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

گروه	آزمایش				کنترل			
زمان	پیش‌آزمون‌پس‌آزمون		پس‌آزمون‌پیگیری		پیش‌آزمون‌پس‌آزمون		پس‌آزمون‌پیگیری	
شاخص	F	*p*	F	*p*	F	*p*	F	*p*
شادکامی	۲/۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۲۲۲	۰/۷۳۰	۰/۳۷۸	۰/۵۲۱	۰/۰۶۳	۰/۴۶۰

براساس جدول ۳، تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش، پس از حذف اثر نمرات پیش‌آزمون، در نمرهٔ شادکامی معنادار است ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما تفاوت معناداری بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل در نمرهٔ شادکامی وجود ندارد ($p=۰/۵۲۱$)؛ بنابراین، آموزش شناختی‌رفتاری 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 نمرهٔ شادکامی وجود ندارد ($p=۰/۴۶۰$).

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.9.1]

٤ بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر افزایش شادکامی افراد وابسته به مواد محرک بود. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد مداخله‌درمانی با استفاده از برنامهٔ آموزشی مدنظر بر افزایش میزان شادکامی مؤثر بوده است. همچنین، نتایج در مرحلهٔ پیگیری نیز مشخص کرد تأثیرات آموزش شناختی‌رفتاری به افراد وابسته به مواد محرک ناشی‌از 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 شناختی‌رفتاری درمقایسه با مداخلات انفرادی معمولی، در کاهش میزان لغزش در مرحلهٔ پس از درمان بیماران وابسته به مواد افیونی تحت درمان MMT، پس از شش ماه پیگیری و ماندگاری در درمان مؤثرتر بوده است. همچنین، گروه‌درمانی شناختی‌رفتاری 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 مداخلهٔ شناختی‌رفتاری در بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان با متادون در کوتاه‌مدت اثربخش بوده، امّا در طولانی‌مدت تأثیر چندانی در کیفیت زندگی نداشته است (۱۷).

در مطالعهٔ دزیالدوسکیا و همکاران مشخص شد در گروه درمان شناختی‌رفتاری درمقایسه با گروه مشاورهٔ سنتی، بهبود بیشتر و معناداری در سلامت و کاهش ملاک‌های افسردگی و خودادراکی مثبت‌تر حاصل شده است (۱۸).

نتایج پژوهش سانتوز رویز و همکاران نشان داد درمان شناختی‌رفتاری مبتنی‌بر مدیریت اضطراب بر مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی مغز تأثیر مثبتی برجای می‌گذارد (۱۹).

مک‌هاگ و همکاران در تحقیق خود گزارش کردند تکنیک‌های شناختی‌رفتاری 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 اوسیلا و همکاران، مداخلات شناختی‌رفتاری 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 روانی‌اجتماعی شامل مدیریت وابستگی و درمان شناختی‌رفتاری را در درمان وابستگی به کوکایین مقایسه کردند و تأثیر مطلوب برنامهٔ مدیریت وابستگی و درمان شناختی‌رفتاری را نشان دادند (۲۲).

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

اینکه چرا درمان شناختی‌رفتاری بر متغیر شادکامی افراد وابسته به مواد محرک اثربخش بوده و با نتایج پژوهش‌های مذکور همسوست به این صورت می‌توان تبیین کرد: در روان‌درمانی باتوجه 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، شناختی‌رفتاری، خانواده‌درمانی و گروه‌درمانی از آن جمله‌اند (۲۴). درمان شناختی‌رفتاری 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 درنهایت به‌شیوهٔ مؤثری با طیف مشکلات و رفتارهای مسئله‌دار مرتبط با مواد مقابله کنند (۲۵). در روش شناختی‌رفتاری تکنیک‌های مختلفی به‌کار گرفته می‌شود. در این روش فنون رفتاری به‌طور عمده دربرگیرندهٔ 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 ارائهٔ تقویت‌های تازه و مناسب از فنون دیگر درمان است. با استفاده از تکنیک‌های شناختی نیز مُراجع قادر می‌شوند که فکرهای منجربه مصرف مواد را شناسایی کنند و افکار معیوب را تشخیص داده و بکوشند تا به‌جای آن فکرهای مناسبی جایگزین کنند. با این فنون به مُراجع 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 لیبومیرسکی سال ۲۰۰۴، عوامل تعیین‌کنندهٔ 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 لیبومیرسکی 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 (مهربانی‌کردن به دیگران به‌طور مرتب یا ورزش‌کردن به‌طور مرتب) یا ارادی (تعیین و پیگیری اهداف مهم و معنادار شخصی) باشند. وجه مشترک همهٔ 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 خصیصهٔ 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 به‌دلیل مشکل اجتماعی و قانونی که درقبال پدیدهٔ 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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.9.1]

متغیرهای مداخله‌گر و نیز کم‌بودن تعداد نمونهٔ بررسی‌شده، از دیگر محدویت‌های پژوهش بود. درمجموع یافته‌های حاصل از این پژوهش در راستای سایر تحقیقاتی که درزمینهٔ افزایش میزان شادکامی انجام شده، تأییدکنندهٔ اثربخشی مداخله‌درمانی شناختی‌رفتاری بر افزایش شادکامی افراد وابسته به مواد محرک است.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به یافته‌ها، به‌نظر می‌رسد درمان شناختی‌رفتاری 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 مرکزهای آموزشی و درمانی برگزار شود. از پیشنهادات دیگر، انواع برنامه‌های پیشگیری و درمان و جلوگیری از بازگشت است؛ برنامه‌هایی مانند مقابله با عرضهٔ 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 دربرابر فشار همسالان.

٦ تشکروقدردانی

بدین‌وسیله 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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.9.1]

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. Sarrami 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
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. Rezai 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
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
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
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
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
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
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
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
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]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.9.1]

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
26. Carroll KM, Rounsanille 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
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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.9.1]