

# The Curriculum Effectiveness based on Cognitive-Behavioral Therapy on Psychological Well-Being in Patients Undergoing Methadone Treatment

Received: 1 October 2015

Revised: 15 November 2015

Accepted: 3 December 2015

## ABSTRACT

Mohammad Akbari Booreng<sup>1</sup>  
Mohammadhasan Dalake<sup>2</sup>  
AliAkbar Ajam<sup>3</sup>  
Majid Akbari<sup>4</sup>

**Background:** Nowadays, regarding to spread drug addiction in society, high cost for the treatment of addicts and returning them to normal life is spent. This can only be possible with modern and effective ways. The present study has been conducted to determine the effectiveness of cognitive - behavioral therapy on psychological well-being of patients treated with methadone.

**Materials and Methods:** This is a quasi-experimental case control study. Participants included 60 patients undergoing methadone treatment in both private drug rehabilitation center in Zirkouh and harm reduction center of Zirkouh. The subjects were randomly assigned to two experimental groups (n = 30) and control (n = 30). The experimental group received 12 sessions of cognitive-behavioral in Carol style and the control group only received methadone. All subject completed the psychological well-being questionnaire before and after intervention

**Results:** The results showed that cognitive behavioral psychological well-being (pre:  $27.66 \pm 161/8$ ; test:  $24/04 \pm 202/71$ ) of patients undergoing methadone treatment had a positive effect ( $f=4.293$ ,  $p<0.05$ ). MANCOVA analysis results revealed that cognitive behavioral therapy has a positive impact on psychological well-being components of people who were addicted treated by methadone ( $f=12.80$ ,  $P<0.01$ ). Investigating the psychological well-being the results showed that there was no statistical significant relationship between personal development components among the two groups.

**Conclusion:** Cognitive - behavioral therapy is effective in improving psychological well-being of patients undergoing methadone treatment. Therefore, it is recommended that in addition to pharmacological interventions, the cognitive-behavioral approach can be used to improve and accelerate the treatment course.

## \*Corresponding Author:

Tel: (+98)

Akbaryborng2003@birjand.ac.ir

**Keywords:** cognitive-behavioral therapy, patients undergoing methadone treatment, psychological well-being

## اثر بخشی برنامه درسی مبتنی بر درمان شناختی - رفتاری بر بهزیستی

### روان شناختی بیماران تحت درمان متادون

تاریخ دریافت: ۹ مهر ۱۳۹۴

تاریخ اصلاح: ۲۴ آبان ۱۳۹۴

تاریخ پذیرش: ۱۲ آذر ۱۳۹۴

#### چکیده

محمد اکبری بورنگ<sup>۱\*</sup>  
محمد حسن دلاکه<sup>۲</sup>  
علی اکبر عجم<sup>۳</sup>  
مجید اکبری<sup>۴</sup>

**مقدمه:** امروزه با توجه به گسترش اعتیاد در جامعه، هزینه‌های زیادی برای درمان معتادان و بازگشت آنان به زندگی عادی صرف می‌شود. این مهم جز با روش‌های نوین و تأثیرگذار ممکن نخواهد بود. پژوهش حاضر به منظور اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر بهزیستی روان شناختی بیماران طراحی و اجرا شد.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش از نوع آزمایشی با گروه گواه و کنترل می‌باشد. شرکت کنندگان در این پژوهش عبارت بودند از ۶۰ نفر از بیماران تحت درمان متادون که در دو مرکز ترک اعتیاد خصوصی شهرستان زیرکوه و مرکز گذری کاهش آسیب توکل زیرکوه پرونده داشتند، آزمودنی‌ها به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی ۳۰ نفره و کنترل ۳۰ نفره قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه تحت درمان شناختی - رفتاری به سبک کارول قرار گرفت و گروه کنترل فقط داروی متادون دریافت کرد. همه آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله پرسشنامه بهزیستی روان شناختی را تکمیل کردند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان شناختی و رفتاری بر بهزیستی روان شناختی (پیش آزمون: ۲۷/۶۶ ± ۱۶۱/۸؛ پس آزمون: ۲۴/۰۴ ± ۲۰۲/۷۱) بیماران تحت درمان متادون تأثیر مثبت داشته است (p < ۰/۰۵). نتایج تحلیل مانکوا نشان داد که دوره درمانی شناختی - رفتاری بر مؤلفه‌های بهزیستی روان شناختی معتادان تحت درمان متادون تأثیر مثبت دارد (p < ۰/۰۱). در بررسی مؤلفه‌های بهزیستی روان شناختی به تفکیک، نتایج نشان داد که در تمامی مؤلفه‌ها جز مؤلفه رشد فردی بین دو گروه تفاوت معناداری به لحاظ آماری مشاهده شد.

**نتیجه گیری:** درمان شناختی - رفتاری در افزایش بهزیستی روان شناختی بیماران تحت درمان متادون مؤثر است بنابراین پیشنهاد می‌شود علاوه بر مداخلات دارویی از رویکرد شناختی - رفتاری جهت بهزیستی روان شناختی معتادان به منظور بهبود و تسریع دوره درمان استفاده شود.

**کلید واژه‌ها:** درمان شناختی - رفتاری، بیماران تحت درمان متادون، بهزیستی روان شناختی.

<sup>۱</sup> استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه بیرجند، بیرجند، ایران.  
<sup>۲</sup> کارشناس ارشد، روانشناسی بالینی، دبیر روانشناسی آموزش و پرورش خراسان جنوبی.  
<sup>۳</sup> استادیار، علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور.  
<sup>۴</sup> کارشناس ارشد، روانشناسی بالینی.

#### \*نویسنده مسئول:

محمد اکبری بورنگ

تلفن: (+۹۸)

پست الکترونیک:

Akbarborng2003@birjand.ac.ir

#### مقدمه

زندگی، افزایش میزان مرگ و میر، تقلیل در ارزش‌های اجتماعی و اخلاقی و افزایش رفتارهای مجرمانه یکی از مهم‌ترین موضوعات مرتبط با سلامت قرار گرفته است [۲]. اختلال مصرف مواد یکی از عواملی است که به طور مستقیم و غیرمستقیم سبب اختلال در نظم و امنیت جامعه شده و هم از بعد شخصی و هم از بعد اجتماعی تأثیر

در حال حاضر اختلال‌های مصرف مواد و پیامدهای ناخوشایند ناشی از آن یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی<sup>۱</sup> در سراسر جهان به شمار می‌آید [۱]. امروزه سوءمصرف مواد مخدر با کاهش کیفیت

اعتیادی در جمعیت‌های مختلف ارائه شده است. فراتحلیل ایروین و همکاران [۱۲]؛ کارول و همکاران [۱۳]؛ کادن [۱۴] و میلر و همکاران [۱۵] نشان داده‌اند که مداخلات شناختی - رفتاری نقش مؤثری در کاهش مصرف و میزان اشتیاق تجربه‌شده بیمار داشته و سه‌م عمده‌ای در بهبود نشانگان روانی و کاهش میزان عود در بازگشت به مصرف مواد داشته است.

اساس درمان شناختی رفتاری این است که افکار خودآیند، علت رفتارهای غیرانطباقی هستند، افراد باید رفتارهای جدید تفکر را بیاموزند و بتوانند در طرح مراقبت از خود شرکت نمایند. درمان شناختی - رفتاری شیوه‌ای کوتاه مدت و متمرکز بوده که به مصرف‌کنندگان مواد کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی را که در آن احتمال سوءمصرف مواد بالا می‌رود را شناسایی و در زمان‌های لازم از این موقعیت‌ها دوری کرده و در نهایت به شیوه مؤثری با طیف مشکلات و رفتاری مسئله‌دار مرتبط با مواد مقابله کنند [۱۶]. فرض اساسی در درمان‌های شناختی رفتاری در رابطه با اعتیاد این است که ناتوانی در رویارویی با عوامل استرس‌زا و نداشتن راهبردهای کنار آمدن مؤثر، پایه گسترش و روی آوردن به مواد است [۱۷]. به نظر درمانگران شناختی رفتاری اگر افراد تحت آموزش صحیح قرار گیرند و خطاهای شناختی‌شان را تشخیص داده و اصلاح کنند، زندگی پرثمر و مناسبی خواهند داشت [۱۹ و ۱۸].

اثربخش بودن روش درمانی شناختی - رفتاری بر افزایش بهزیستی ذهنی و روان شناختی در زنان ناباور [۲۰]؛ کاهش اضطراب و علائم تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی [۲۱]؛ ارتقای حالات عاطفی [۲۲]؛ بهزیستی ذهنی و امید [۲۳]؛ در مبتلایان به ام‌اس؛ افزایش سلامت عمومی در مبتلایان به آسم [۲۴] و کاهش پیامدهای پزشکی [۲۵] نشانه‌های افسردگی و اضطراب [۲۶] در بیماران دچار سکنه قلبی، بررسی و به اثبات رسیده است.

نیک<sup>۶</sup> [۲۷] نشان داد که رویکرد شناختی-رفتاری برای حل مشکلات اعتیاد و درماندگی مفید بوده است و می‌توان از آن در درمان اعتیاد استفاده کرد. فیرو<sup>۷</sup> [۲۸] نشان داد که از بین انواع مدل‌های مختلف درمان اعتیاد، روش شناختی-رفتاری از بیشترین میزان تأثیر برخوردار بوده است. ارگیولی نشان داد که کارآمدی تکنیک‌های رفتاری - شناختی در افزایش میزان شادی افراد افسرده و هم‌چنین خانواده‌ها و افزایش بهزیستی روان شناختی مؤثر است [۲۹]. یافته‌های مک‌هاگ، هیرون و اوتو [۳۰]، سوگارمن، نیک و کارول [۳۱]، اوسیلا، هپنر، مانوز و واتکینز [۳۲] و دریسن و هولن [۳۳] که نشان دادند رویکرد شناختی رفتاری در درمان اعتیاد باعث بهبود علائم خلقی، اضطرابی و افسردگی شده و باعث بهبود افزایش تحمل، ارتباط با دیگران، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی می‌گردد.

عمیقی بر حوزه‌های حقوقی، اجتماعی، زیستی و مالی در جهان به جا گذاشته است. علاوه بر میلیون‌ها نفر که در جهان از این عارضه اجتماعی رنج می‌برند، آثار و تبعات آن، روی زندگی میلیون‌ها نفر دیگر نیز به‌طور غیرمستقیم تأثیر می‌گذارد [۳].

محققان در بررسی علل شروع اعتیاد و عود آن پس از درمان به عوامل مختلفی همچون تنیدگی و فقدان مهارت‌های مقابله‌ای مناسب، فقدان جرأت‌ورزی و وضعیت سلامت روانی، همچنین وضعیت خلقی نامناسب اشاره می‌کنند [۴]. بهزیستی روان شناختی از عوامل مهم تأثیرگذار بر پیگیری و تسریع روند درمان ترک اعتیاد می‌باشد. بهزیستی روان شناختی احساسات مثبت و رضایت‌مندی عمومی از زندگی خود و دیگران است که واجد دو مؤلفه شناختی<sup>۱</sup> و هیجانی<sup>۲</sup> است. مؤلفه شناختی بیانگر رضایت‌مندی فرد از زندگی و ارزیابی فرد از جنبه‌های مختلف زندگی و مؤلفه هیجانی ترجمان حضور نسبی عواطف مثبت و عدم حضور هیجان منفی است [۵]. بهزیستی روان شناختی<sup>۳</sup> دارای سه مشخصه است: ۱. درونی است. کمپبل<sup>۴</sup> می‌گوید: در درون تجربه فرد جای می‌گیرد. ۲. اندازه‌گیری‌های مثبت را شامل می‌شود. ۳. اندازه‌گیری‌های بهزیستی روان شناختی نوعاً سنجش کلی از تمام جوانب زندگی یک شخص را شامل می‌شود [۶]. ازجمله عوامل مهم و تأثیرگذار بر بهزیستی روان شناختی معتادان در درمان اعتیاد شیوه‌های درمانی است. ازجمله روش‌هایی که برای درمان معتادان به مواد مخدر استفاده می‌شود و تأثیر آن را بر طول مدت پرهیز، وضعیت روان شناختی، سلامت و بهزیستی روانی بررسی کرده‌اند، درمان نگه‌دارنده با متادون است [۷-۸].

اثربخشی و کارایی متادون در درمان مصرف‌هروئین، وضعیت روان پزشکی و سازگاری اجتماعی به‌طور مکرر در آزمایش‌های تصادفی تأیید شده است [۹]. درمان با متادون یکی از روش‌های درمان دارویی می‌باشد که به افراد معتاد در کنترل وابستگی‌شان به مواد مخدر کمک می‌نماید [۱۰]. درمان به‌طور بین‌المللی یک (MMT) نگه‌دارنده متادون مداخله مؤثر، ایمن، هزینه‌اثربخش برای افراد وابسته به مواد مخدر شناخته شده است [۱۱]. اعتقاد بر این است که داروی متادون هم مشکلات مربوط به ترک را از بین برده و هم دارای تأثیر مثبت بر جنبه‌های مختلف جسمی و روانی افراد می‌باشد.

در سال‌های اخیر نیز پیشرفت‌های زیادی در زمینه درمان اختلالات مصرف مواد ایجاد شده و گزارش‌های مختلف اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و برتری آن در مقایسه با عدم درمان، درمان دارویی به‌تنهایی یا درمان‌های غیراختصاصی و نیز اثربخشی حداقل برابر آن با سایر مداخلات روان شناختی در درمان اختلالات مختلف

هدفمند، رشد فردی) است. آزمودنی باید در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (۱ = کاملاً مخالفم تا ۶ = کاملاً موافقم)، مشخص سازد که تا چه حد با هر یک از عبارات موافق یا مخالف است. لیندفورس، برنتسون و لندبرگ آلفای کرونباخ مؤلفه پذیرش خود (۰/۸۵)، روابط مثبت با دیگران (۰/۸۳)، خودمختاری (۰/۷۹)، تسلط بر محیط (۰/۸۱)، زندگی هدفمند (۰/۸۲) و رشد فردی را (۰/۸۲) گزارش کرده‌اند.

همبستگی مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی با تعدادی از ابزارهای سنجش بهزیستی حاکی از روایی این پرسشنامه بود [۳۴]. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد. شیوه ارائه درمان شناختی- رفتاری

در این پژوهش درمان شناختی- رفتاری، موضعی رهنمودی تر و فعال تر دارد. به‌طورمعمول هر جلسه ۶۰ دقیقه طول کشیده و به سه قسمت ۲۰ دقیقه‌ای تقسیم شده است. ۲۰ دقیقه اول به فهم روشن نگرانی‌های جاری بیماران، سطح عملکرد کلی آن‌ها، میزان مصرف مواد و میل به آن طی هفته گذشته اختصاص دارد و ۲۰ دقیقه دوم به معرفی و بحث درباره یک مهارت خاص اختصاص دارد و ۲۰ دقیقه پایانی با بیمار روی تکالیف عملی هفته آینده توافق به عمل می‌آید و در مورد مشکلاتی که بیماران ممکن است قبل از جلسه آینده با آن مواجه شوند، پیش‌بینی و برنامه‌ریزی صورت گرفت (جدول ۲). در CBT به روند درمان مذکور قاعده ۲۰/۲۰/۲۰ گفته می‌شود [۳۵].

شکل درمان به صورت انفرادی و برای هر بیمار ۱۲ جلسه درمانی (هر هفته یک جلسه) صورت گرفته است.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این تحقیق تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی انجام گرفت. بدین صورت که ابتدا با استفاده از آمار توصیفی به توصیف نتایج حاصله از جامعه آماری پرداخته شد. در آمار توصیفی از جدول توزیع فراوانی، درصد، نمودار، و میانگین استفاده شد (جدول ۳). تحلیل و آزمون فرضیات نیز با کمک آمار استنباطی انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها با توجه به اینکه این پژوهش از نوع طرح دوگروهی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بوده از تحلیل کوواریانس و از آنجاکه متغیر وابسته دارای ۶ مؤلفه می‌باشد از مانکوا جهت تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

توجه به جوانب روان‌شناختی در درمان اختلالات مصرف مواد نقش مهمی در کاهش عود آن، ریزش بیماران از درمان و افزایش سطح تحمل برای ترک دارد. بنابراین بررسی تأثیر دوره‌های شناختی- رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی معتادان تحت درمان متادون بسیار مهم می‌نماید. این پژوهش با هدف پاسخ به این سؤال پژوهش که آیا درمان شناختی- رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران تحت درمان متادون مؤثر است؟ طراحی و اجرا گردید.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران تحت درمان متادون در شهرستان زیرکوه انجام شد. این پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود.

جامعه آماری در این پژوهش شامل افراد معتادی بود که حداقل مدت سه ماه داروی نکه دارنده متادون در مراکز ترک اعتیاد شهرستان زیرکوه دریافت کرده بودند.

حجم نمونه در این پژوهش، ۶۰ نفر از بیماران تحت درمان ماده نکه دارنده متادون (MMT) می‌باشند که با توجه به ملاک‌های طول مدت تحت درمان ماده نکه دارنده متادون (حداقل ۳ ماه)، دارا بودن شرایط سنی (۲۰ تا ۵۰ سال) هم‌تا شده و به صورت انتساب تصادفی در دو گروه آزمایش (۳۰ نفره) و کنترل (۳۰ نفره) قرار گرفتند.

به منظور گردآوری اطلاعات از فرم اصلاح شده ۵۴ سؤالی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (RSPWB) استفاده شد. این پرسشنامه ۶ مؤلفه اصلی الگوی بهزیستی روان‌شناختی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و بنابراین دارای ۶ زیرمقیاس (پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی

جدول ۱: نمونه‌ای از گویه‌های مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف

| ردیف | گویه‌ها   |
|------|---|
| ۱    | من با افراد و اجتماع پیرامونم انطباق خیلی خوبی ندارم                        |
| ۲    | به‌طورکلی من نسبت به خودم احساس اطمینان و حس مثبتی دارم                     |
| ۳    | زمانی که به داستان زندگی‌ام نگاه می‌کنم، از آنچه از کار در آمده، خشنود هستم |
| ۴    | من با افراد و اجتماع پیرامونم انطباق خیلی خوبی ندارم                        |
| ۵    | بیشتر مردم من را به‌عنوان فردی دوست‌داشتنی و مهربان می‌بینند                |
| ۶    | به‌طورکلی، احساس می‌کنم در مورد موقعیت زندگی‌ام، مسئول هستم                 |

## جدول ۲: خلاصه چهار جلسه درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری

| جلسه  | موضوع جلسه                                      | اهداف جلسه   | تکالیف جلسه  | مداخلات اساسی  |
|-------|---|--|--|--|
| اول   | معرفی درمان شناختی رفتاری                       | گرفتن تاریخچه و برقراری رابطه، بالا .cbt بردن انگیزه - معرفی مدل معرفی تحلیل کار کردی - توافق درباره اهداف درمانی و قرارداد درمانی | برقراری رابطه بیمار - عرضه یابی ماهیت مصرف مواد - فراهم سازی منطق برای درمان، تعیین ساختار سایر جلسات - آغاز کردن آموزش مهارت‌ها | گرفتن تاریخچه و برقراری رابطه - بالا بردن انگیزه بیمار - توافق درباره اهداف درمان - تعیین قواعد اساسی درمان  |
| دوم   | بخش اول مقابله با میل مصرف                      | درک میل - توصیف میل  | درک تجربه بیمار از میل به مصرف مواد انتقال ماهیت میل به عنوان یک تجربه طبیعی کوتاه مدت و گذرا                                    | درک میل - توصیف میل - مقابله با میل از طریق راهبردهای توجه برگردانی - صحبت کردن درباره میل - مدارا با میل - به خاطر آوردن پیامدهای منفی مصرف مواد - استفاده از خود گویشی   |
| سوم   | بخش دوم مقابله با میل به مصرف                   | شناسایی برانگیز آن‌ها اجتناب از نشانه‌ها مقابله با میل   | های شناسایی نشانه‌ها و بر انگیزان میل به مصرف از طریق راهبردهای اساسی آموزش و تمرین فنون و کنترل میل به مصرف                     | ثبت تاریخ و زمان میل به مواد ثبت موقعیت، افکار و احساسات بیمار نسبت به میل ثبت شدت میل در مقیاس ۱-۱۰۰ ثبت طول مدت میل بر حسب دقیقه گزارش بیمار از نحوه مقابله با میل   |
| چهارم | تقویت انگیزه و تعهد بیمار نسبت به ترک مصرف مواد | روشن سازی و اولویت بندی اهداف توجه به دو سرگرایی بیمار در مورد ترک شناسایی و مقابله با افکار مرتبط با مواد                         | کاهش مصرف مواد به سطح قابل کنترل ترک مصرف مواد سازی اهداف درمان بازبینی و روشن پذیرش و توجه به دوسوگرایی بیمار در مورد ترک مواد  | آمادگی بیمار برای تغییر - نگرش فعلی بیمار نسبت به ترک مواد - شناسایی و مقابله با افکار مرتبط با مواد از طریق راهبردهای فکر کردن و به یاد آوردن پایان آخرین دوره سرخوش - مبارزه با افکار خود به خاطر آوردن پیامدهای منفی مصرف مواد توجه برگردانی - صحبت کردن درباره افکار |

## یافته‌ها

## نتایج آمار استنباطی

به منظور بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روان شناختی بیماران تحت درمان متادون از تحلیل کوواریانس استفاده شد (جدول ۴).

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که بین دو گروه کنترل و آزمایش برحسب بهزیستی روان شناختی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0.05$ ) بنابراین درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روان شناختی تأثیر دارد.

به منظور بررسی تأثیر دوره درمانی شناختی-رفتاری در مؤلفه های بهزیستی روان شناختی در معتادان تحت درمان متادون از تحلیل مانکوا استفاده شد.

نتایج تحلیل مانکوا در مؤلفه های بهزیستی روان شناختی بعد از آزمایش تفاوت معناداری را به لحاظ آماری بین دو گروه نشان داد.  $F_{6,47}=12.80, P<0.01; Pillai's Trace=0.62$  تحلیل هر یک از متغیرهای وابسته به تنهایی، با استفاده از آلفای میزان شده بن فرونی بررسی شد (جدول ۵).

همان گونه که مشاهده می گردد جز مؤلفه رشد فردی در بقیه مؤلفه ها قبل و بعد از آزمون تفاوت معناداری به لحاظ آماری مشاهده شد.

جدول ۳: آمارهای توصیفی مؤلفه‌های بهزیستی روان شناختی

| مؤلفه‌های بهزیستی روان شناختی |           | گروه آزمایش |                  | گروه کنترل |                  |
|-------------------------------|-----------|-------------|------------------|------------|------------------|
|                               |           | میانگین     | انحراف استاندارد | میانگین    | انحراف استاندارد |
| پذیرش خود                     | پیش‌آزمون | ۱۸/۵۸       | ۲/۳۷             | ۲۶/۳۷      | ۲/۳۹             |
|                               | پس‌آزمون  | ۳۲/۸۰       | ۷/۲۳             | ۲۷/۹۶      | ۳/۷۳             |
| روابط مثبت با دیگران          | پیش‌آزمون | ۱۹/۰۳       | ۳/۱۵             | ۲۸/۸۲      | ۳/۰۵             |
|                               | پس‌آزمون  | ۳۵/۹۶       | ۶/۸۴             | ۳۲/۶۸      | ۳/۸۴             |
| خودمختاری                     | پیش‌آزمون | ۳۴/۵۱       | ۱/۲۰             | ۳۲/۳۱      | ۳                |
|                               | پس‌آزمون  | ۳۶/۰۹       | ۱۲/۴۲            | ۳۳/۹۳      | ۴/۰۳             |
| تسلط بر محیط                  | پیش‌آزمون | ۱۹/۸۳       | ۳/۴۳             | ۲۸/۵۱      | ۴/۲۱             |
|                               | پس‌آزمون  | ۳۹/۸۷       | ۴/۹۴             | ۳۲/۳۱      | ۴/۰۸             |
| هدفمندی در زندگی              | پیش‌آزمون | ۲۸/۴۸       | ۱/۹۹             | ۳۱/۸۹      | ۲/۸۳             |
|                               | پس‌آزمون  | ۳۱/۶۱       | ۷/۰۲             | ۳۰/۱۷      | ۳/۷۵             |
| رشد فردی                      | پیش‌آزمون | ۲۳/۳۵       | ۴/۳۰             | ۳۳/۱۰      | ۱۱/۸۶            |
|                               | پس‌آزمون  | ۳۸/۱۹       | ۵/۹۵             | ۳۳         | ۵/۷۴             |

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر بهزیستی روان شناختی کلی

| متغیر     | مجموع      | درجه  | میانگین  | ضریب f       | سطح  |
|-----------|------------|-------|----------|--------------|------|
| وابسته    | مجذورات    | آزادی | مجذورات  | معناداری sig |      |
| پیش‌آزمون | ۸۳/۶۱۸     | ۱     | ۸۳/۶۱۸   | ۰/۷۱۸        |      |
| گروه      | ۲۷۱۹/۴۹۷   | ۱     | ۲۷۱۹/۴۹۷ | ۴/۲۹۳        | ۰/۰۴ |
| خطا       | ۹۶۷۰/۹۳۹   | ۵۷    | ۴۶۴/۴۷۱  |              |      |
| جمع کل    | ۳۴۲۰۴۷/۰۰۰ | ۶۰    |          |              |      |

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد، درمان شناختی- رفتاری بر بهزیستی روان شناختی بیماران تحت درمان متادون مؤثر واقع شده است. این یافته پژوهش با یافته تابع بردبار که اثربخشی این روش درمانی را در سوءمصرف مواد مؤثر نشان داد [۳۶]، نتایج فراتحلیل ایروین و همکاران؛ کارول و همکاران؛ کادن؛ سیلوا و سرا که در پژوهش خود نشان دادند، مداخلات شناختی - رفتاری نقش مؤثری در کاهش مصرف و میزان اشتیاق تجربه شده بیمار داشته و سهم عمده‌ای در بهبود نشانگان روانی و کاهش میزان عود در بازگشت به مصرف مواد داشته است [۳۷]، پلز و همکاران اثربخشی معنادار درمان شناختی رفتاری را در مقایسه با دارو گزارش کردند [۳۸] و یافته‌های سایر پژوهشگران در خصوص اثربخشی رویکرد شناختی-رفتاری در درمان اعتیاد همسو می‌باشد [۳۹-۴۲]. اثربخش بودن روش درمانی شناختی - رفتاری بر افزایش بهزیستی ذهنی و روان شناختی در زنان نابارور [۲۰ و ۲]، بهزیستی ذهنی و امید [۲۳] در مبتلایان به

اماس بررسی و به اثبات رسیده است. کری و همکارانش [۴۳] نیز بیان داشتند امروزه یکی از پرکاربردترین رویکردهایی که توسط گروه درمانگران در درمان اعتیاد مورداستفاده قرار می‌گیرد، رویکرد شناختی - رفتاری است.

هم‌چنین نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های مک‌هاگ، هیرون و اوتو [۳۰]، سوگارمن، نیک و کارول [۳۱]، اوسیلا، هپنر، مانوز و واتکینز [۳۲] و دریس و هولن [۳۳] که نشان دادند رویکرد شناختی رفتاری در درمان اعتیاد باعث بهبود علائم خلقی، اضطرابی و افسردگی شده و باعث بهبود افزایش تحمل، ارتباط با دیگران، کیفیت زندگی و رضایت از زندگی می‌گردد همسو می‌باشد.

این یافته پژوهش را این‌گونه می‌توان تبیین نمود که اگر در ارتباط با اعتیاد رویکردی زیستی داشته باشیم انتقال دهنده‌های عصبی موردتوجه قرار گرفته و مداخلات دارویی بسیار مهم می‌نماید از طرفی توجه به عوامل روانی اجتماعی برای افزایش انگیزه بیمار برای ادامه و حفظ درمان و تأکید بر حمایت‌های روان شناختی

**جدول ۵:** تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر دوره‌های آموزشی شناختی رفتاری به تفکیک مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه

| Sig    | F     | میانگین مجذور | درجه آزادی | مجموع مربعات | متغیر وابسته    |
|--------|-------|---------------|------------|--------------|-----------------|
| <۰/۰۰۱ | ۵۳/۲۵ | ۳۰۴/۹۶        | ۱          | ۳۰۴/۹۶       | گروه پذیرش خود  |
| <۰/۰۰۱ | ۵۳/۶۵ | ۵۳۳/۵۸        | ۱          | ۵۳۳/۵۸       | روابط مثبت      |
| ۰/۰۱۲  | ۶/۷۷  | ۳۵/۸۰         | ۱          | ۳۵/۸۰        | خودمختاری       |
| <۰/۰۰۱ | ۲۷/۵۹ | ۴۳۱/۵۵        | ۱          | ۴۳۱/۵۵       | تسلط بر محیط    |
| ۰/۰۰۱  | ۱۲/۹۶ | ۸۰/۴۲         | ۱          | ۸۰/۴۲        | زندگی هدفمند    |
| ۰/۱۱۸  | ۲/۵۲  | ۲۰۰/۶۴        | ۱          | ۲۰۰/۶۴       | رشد فردی        |
|        |       | ۵/۷۲          | ۵۲         | ۲۹۷/۷۵       | خطا پذیرش خود   |
|        |       | ۹/۴۹          | ۵۲         | ۵۱۷/۰۹       | روابط مثبت      |
|        |       | ۵/۲۸          | ۵۲         | ۲۷۴/۰۷       | خودمختاری       |
|        |       | ۱۵/۶۳         | ۵۲         | ۸۱۳/۰۹       | تسلط بر محیط    |
|        |       | ۶/۲۰          | ۵۲         | ۳۲۲/۶۸       | زندگی هدفمند    |
|        |       | ۷۹/۳۶         | ۵۲         | ۴۱۲۷/۰۸      | رشد فردی        |
|        |       |               | ۶۰         | ۳۱۲۱۳/۰۰     | مجموع پذیرش خود |
|        |       |               | ۶۰         | ۳۵۸۹۰/۰۰     | روابط مثبت      |
|        |       |               | ۶۰         | ۶۷۵۰۳/۰۰     | خودمختاری       |
|        |       |               | ۶۰         | ۳۶۶۳۶/۰۰     | تسلط بر محیط    |
|        |       |               | ۶۰         | ۵۵۰۰۰/۰۰     | زندگی هدفمند    |
|        |       |               | ۶۰         | ۵۳۱۸۶/۰۰     | رشد فردی        |

- Jenkins SS. Informing Thrupeptic Tretment and Prac-tice: A study of Recovery Histories of Non-recidivists. Unpublished PhD Dissertation. Canella University. 2009.
- Farzaneh K, Reza A, Khakpour H, Farzaneh K, Mo-jtaba M, Khalatbari J. Effect of cognitive-behavioral group therapy on addicts self-confidence and their attitude toward drugs. The Horizon of Medical Sci-ences. 2013 Feb 15;18(4):185-9 (Persian).
- Mckee SA, Hinson RE, Wall AM, Spriel P. Alcohol outcome expectancies and coping styles as predictors of alcohol use in young adults. Addictive behaviors. 1998 Feb 28;23(1):17-22.
- Hunsley J. Internal dialogue during academic exami-nations. Cognitive Therapy and Research. 1987 Dec 1;11(6):653-64.
- Maremmani I, Pani PP, Pacini M, Perugi G. Sub-stance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. Journal of substance abuse treatment. 2007 Jul 31;33(1):91-8.
- Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Bupren-orphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Data-base Syst Rev. 2014 Feb 6;2(2).
- Giacomuzzi SM, Riemer Y, Ertl M, Kemmler G, Rössler H, Hinterhuber H, Kurz M. Buprenorphine versus methadone maintenance treatment in an ambu-

می‌تواند بسیار مؤثر باشد. ترکیب دارودرمانی با رویکرد شناختی رفتاری می‌تواند روند درمان را بهبود بخشد. بنابراین نتایج این تحقیق در خصوص بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران تحت درمان متادون با رویکرد شناختی رفتاری در مقایسه با درمان صرف مبتنی بر متادون منطقی می‌نماید. بنابراین می‌توان گفت، درمان شناختی- رفتاری با تمرکز بر روی باورهای تعیین کننده فرد و افزایش باورهای منطقی او به حفظ سلامت روان فرد کمک می‌کند [۴۴].

### تشکر و قدردانی

محققین از تمامی مشارکت کنندگان در تحقیق سپاسگزاری می‌نمایند.

### منابع

- Daley DC, Marlatt GA & A Douaihy. Relapse pre-vention In: Lowinson JH, Ruiz, eds. Substance abuse: A comprehensive textbook, 5th ed. Philadel-phia: Lippincott, Williams & Wilkins 2011: 633-647.
- Becker WC, Sullivan LE, Tetrault JM, Desai RA, Fiellin DA. Non-medical use, abuse and dependence on prescription opioids among US adults: psychiat-ric, medical and substance use correlates. Drug and alcohol dependence. 2008 Apr 1;94(1):38-47.

- lant setting: a health-related quality of life assessment. *Addiction*. 2003 May 1;98(5):693-702
10. Erdelyan M, Young C. Methadone maintenance treatment: A community planning guide. Centre for Addiction and Mental Health; 2009.
  11. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention: position paper. WHO, 2004.
  12. Irvin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang MC. Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1999 Aug;67(4):563
  13. Carroll KM, Ball SA, Nich C, O'Connor PG, Eagan DA, Frankforter TL, Triffleman EG, Shi J, Rounsaville BJ. Targeting behavioral therapies to enhance naltrexone treatment of opioid dependence: efficacy of contingency management and significant other involvement. *Archives of General psychiatry*. 2001 Aug 1;58(8):755-61.
  14. Kadden RM. Cognitive-behavior therapy for substance dependence: Coping skills training. Unpublished work. 2002. ci2i.research.va.gov
  15. Miller WR, Sorensen JL, Selzer JA, Brigham GS. Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions. *Journal of substance abuse treatment*. 2006 Jul 31;31(1):25-39.
  16. Lau MA, McMain SF. Integrating mindfulness meditation with cognitive and behavioural therapies: The challenge of combining acceptance-and change-based strategies. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2005 Nov 1;50(13):863-869.
  17. ShafiAbadi A, Hosseini B. Persian translation of Carey G's [Case Studies in Counseling and Psychotherapy]. Tehran. Jungle Publication. 2009. (Persian)
  18. Doostian Y, Shafie'abadi A, Kooshe K, Mohammad S, Massah O. Effectiveness of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model on Increasing Self-efficacy in Opiate-dependents. *Journal of Rehabilitation*. 2014 Feb 15;14(5):38-48.
  19. Miller WR, Wilbourne PL, Hettema JE. What works? A summary of alcohol treatment outcome research. *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*. 2003;3:13-63.
  20. Choobforush Zadeh A, Kalantari M, Molavi H. The effectiveness of Cognitive Behavioral Stress Management on Subjective Well-Being in Intertile Women. *Journal of Clinical Psychology*. 2010 Jan 15;1(4):1-9 (Persian).
  21. Akbari J, Agha Mohamadian HR, Ghanbari-HashemAbadi BA. Effect of cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy on anxiety and impulsivity symptoms in men with borderline personality disorder. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2009;10(4):317-323
  22. Hazhir F, Ahadi H, Poorshahbaz A, Rezaei M. The effectiveness of cognitive- behavior therapy on illness representations of multiple-sclerosis and improving their emotional states. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2010;15 (6):415-26. (Persian)
  23. AghaBagheri H, Mohammadkhani P, Omrani S, Farahmand V. The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy group on the increase of subjective well-being and hope in patients with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychology* 2012;4(1):10-19. (Persian)
  24. Rezaei F, Kajbaf M, Vakilzarch N, Dehghani F. [Effectiveness of cognitive behavioral stress management therapy in general health of asthmatic patients. *Knowledge and Health*. 2011; 6 (3): 9-15. (Persian)
  25. Saab PG, Bang H, Williams RB, Powell LH, Schneiderman N, Thoresence C, et al. The impact of cognitive behavioral group training on event-free survival in patients with myocardial infarction: The ENRICH experience. *Journal of psychosomatic research*. 2009 Jul 31;67(1):45-56.
  26. Shujahuddini F, Kazemi M, Ali Poor A, Oraki M. Effectiveness of cognitive behavioral therapy on symptoms of depression and anxiety in patients with myocardial infarction. *Journal of Evidence-Based Care*. 2012; 2(4): 29-42. (Persian)
  27. Maguire J. Cognitive behavioural therapy for the homeless population: a case series pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2006;34:107-111
  28. Fierro M. Recovering from substance abuse: Support groups for gay and lesbian adults: A grant proposal. Unpublished MSc Thesis. California State University, Long Beach; 2009.
  29. 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.
  30. McHugh RK, Hearon BA, Otto MW. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 2010 Sep 30;33 (3):511-25.
  31. Sugarman DE, Nich C, Carroll KM. Coping strategy use following computerized cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2010 Dec;24(4):689-695.
  32. 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 Dec 31;37(4):412-20.
  33. Driessen E, Hollon SD. Motivational interviewing from a cognitive behavioral perspective. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2011 Feb 28;18(1):70-3.
  34. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-



- being scales. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008 Aug 15;14(2):146-5 (Persian).
35. Shariati ME, Izadikhah Z, Molavi H, Salehi M. Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral group therapy and quality of life therapy on self efficacy among addicts. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2013; 11(4): 279-288. (Persian)
36. Bordbar F. Meta-analysis of Effectiveness of CBT Treatment on Addiction and General Health of Addicted. *Journal of Methods and psychological models*. 2013; 4(14):1-12. (Persian).
37. Miller WR, Sorensen JL, Selzer JA, Brigham GS. Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions. *Journal of substance abuse treatment*. 2006 Jul 31;31(1):25-39.
38. Peles E, Schreiber S, Naumovsky Y, Adelson M. Depression in methadone maintenance treatment patients: rate and risk factors. *Journal of affective disorders*. 2007 Apr 30;99(1):213-20.
39. Dabaghi P. The study of efficiency of group's cognitive therapy based on mindfulness and spiritual scheme activation in the prevention of opiate abuse relapse. *Journal of psychiatry and clinical psychology*. 2007;4:366-75.
40. Bakhshipoor A, Mohammadkhani SH. Persian translation of Catlin CM's [The practical guidelines of cognitive-behavioral treatment for drug abuse]. Tehran. Espandehonar publication. 2002.
41. Irvin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang MC. Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1999 Aug;67(4):563.
42. McCrady BS, Ziedonis D. American Psychiatric Association practice guideline for substance use disorders. *Behavior Therapy*. 2001 Dec 31;32(2):309-36.
43. Curry JF, Wells KC, Lochman JE, Craighead WE, Nagy PD. Group and family cognitive behavior therapy for adolescent depression and substance abuse: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2001 Nov 30;8(4):367-76.
44. Goldstein RZ, Volkow ND. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*. 2002 Oct 1;159(10):1642-52.

