Journal of Police Medicine

Winter 2016; Vol. 4, No. 4: 245-254

Original Article

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

Mohammad Akbari Booreng[1]
Mohammadhasan Dalake[2]
AliAkbar Ajam[3]
Majid Akbari[4]

[1]Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Birjand, Birjand, Iran.

[2]Teacher, M.A, Clinical Psychology, Khorasan Jonoobi Education Office, Birjand, Iran.

[3]Assistant Professor, Education, Payam Noor University, Iran.

[4]M.A, Clinical Psychology, Iran.

[*]**Corresponding Author:**
Tel: (+98)
Akbaryborng2003@birjand.ac.ir

ABSTRACT

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 ± 161/8; test: 24/04 ± 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.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, patients undergoingmethadonetreatment, psychological well-being

زمستان ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۴- صفحات ۲۵۴-۲۴۵

مجله طب انتظامی

مقاله تحقیقی

اثربخشی برنامه درسی مبتنی بر درمان شناختی– رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران تحت درمان متادون

تاریخ دریافت: ۹ مهر ۱۳۹۴ **تاریخ اصلاح:** ۲۴ آبان ۱۳۹۴ **تاریخ پذیرش:** ۱۲ آذر ۱۳۹۴

چکیده

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 به‌منظور اثربخشی درمان شناختی – رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع آزمایشی با گروه گواه و کنترل می‌باشد. شرکت‌کنندگان 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 به‌طور 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 روان‌شناختی را تکمیل کردند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان شناختی و رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی (پیش آزمون:۲۷/۶۶ ± ۱۶۱/۸؛ پس‌آزمون: 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 روان‌شناختی معتادان تحت درمان متادون تأثیر مثبت دارد ($p < ۰/۰۱$). در بررسی مؤلفه های بهزیستی روان‌شناختی به تفکیک، نتایج نشان داد که در تمامی مؤلفه‌ها جز مؤلفه رشد فردی بین دو گروه تفاوت معناداری به لحاظ آماری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: درمان شناختی –رفتاری در افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران تحت درمان متادون مؤثر است بنابراین پیشنهاد می‌شود علاوه بر مداخلات دارویی از رویکرد شناختی–رفتاری جهت بهزیستی روان‌شناختی معتادان به‌منظور بهبود و تسریع دوره درمان استفاده شود.

کلید واژه‌ها: درمان شناختی– رفتاری، بیماران تحت درمان متادون، بهزیستی روان‌شناختی .

محمد اکبری بورنگ[1]*
محمد حسن دلاکه[2]
علی اکبر عجم[3]
مجید اکبری[4]

[1]استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه بیرجند، بیرجند، ایران.
[2]کارشناس ارشد، روانشناسی بالینی، دبیر روانشناسی آموزش و پرورش خراسان جنوبی.
[3]استادیار، علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور.
[4]کارشناس ارشد، روانشناسی بالینی.

***نویسنده مسئول:**
محمد اکبری بورنگ
تلفن: (۹۸+)
پست الکترونیک:
Akbaryborng2003@birjand.ac.ir

مقدمه

در حال حاضر اختلال‌های مصرف مواد و پیامدهای ناخوشایند ناشی از آن یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی[1] در سراسر جهان به شمار می‌آید [۱]. امروزه سوءمصرف مواد مخدر با کاهش کیفیت 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 به‌طور مستقیم و غیرمستقیم سبب اختلال در نظم و امنیت جامعه شده و هم از بعد شخصی و هم از بعد اجتماعی تأثیر

5. Public Health,

Journal of Police Medicine
Winter 2016; Vol. 4, No. 4: 245-254

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 مهارت های مقابله ای مناسب، فقدان جرأت ورزی و وضعیت سلامت روانی، همچنین وضعیت خلقی نامناسب اشاره می‌کنند [۴]. بهزیستی روان‌شناختی از عوامل مهم تأثیرگذار بر پیگیری و تسریع روند درمان ترک اعتیاد می باشد. بهزیستی روان شناختی احساسات مثبت و رضایت مندی عمومی از زندگی خود و دیگران است که واجد دو مؤلفه شناختی[1] و هیجانی[2] است. مؤلفه شناختی بیانگر رضایت‌مندی فرد از زندگی و ارزیابی فرد از جنبه های مختلف زندگی و مؤلفه هیجانی ترجمان حضور نسبی عواطف مثبت و عدم حضور هیجان منفی است [۵]. بهزیستی روان شناختی[3] دارای سه مشخصه است: ۱. درونی است. کمپبل[4] می گوید: در درون تجربه فرد جای می گیرد. ۲. اندازه گیری های مثبت را شامل می شود. ۳. اندازه گیری های بهزیستی روان‌شناختی نوعاً، سنجش کلی از تمام جوانب زندگی یک شخص را شامل می شود [۶]. ازجمله عوامل مهم و تأثیرگذار بر بهزیستی روان شناختی معتادان در درمان اعتیاد شیوه های درمانی است. ازجمله روش هایی که برای درمان معتادان به مواد مخدر استفاده می شود و تأثیر آن را بر طول مدت پرهیز، وضعیت روان شناختی، سلامت و بهزیستی روانی بررسی کرده اند، درمان نگه‌دارنده با متادون است [۸-۷].

اثربخشی و کارایی متادون در درمان مصرف هروئین، وضعیت روان پزشکی و سازگاری اجتماعی به طور مکرر در آزمایش های تصادفی تأیید شده است [۹]. درمان با متادون یکی از روش های درمان دارویی می‌باشد که به افراد معتاد در کنترل وابستگی‌شان به مواد مخدر کمک می نماید [۱۰]. درمان به‌طور بین المللی یک (MMT) نگه‌دارنده متادون مداخله مؤثر، ایمن، هزینه اثربخش 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 آ افراد می‌باشد.

در سال‌های اخیر نیز پیشرفت‌های زیادی درزمینه درمان اختلالات مصرف مواد ایجاد شده و گزارش های 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 روان‌شناختی در درمان اختلالات مختلف 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 عمده ای 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 شیوه ای کوتاه مدت و متمرکز بوده که به مصرف کنندگان مواد کمک می کند تا موقعیت هایی را که در آن احتمال سوءمصرف مواد بالا می‌رود را شناسایی و در زمان‌های لازم از این موقعیت ها 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 شناختی شان 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 روان‌شناختی در زنان نابارور [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] نشانه های افسردگی و اضطراب [۲۶] در بیماران دچار سکته قلبی، بررسی و به اثبات رسیده است.

نیک[6] [۲۷] نشان داد که رویکرد شناختی–رفتاری برای حل مشکلات اعتیاد و درماندگی مفید بوده است و می توان از آن در درمان اعتیاد استفاده کرد. فیرو[7] [۲۸] نشان داد که از بین انواع مدل های 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 روان‌شناختی مؤثر است [۲۹]. یافته های مک هاگ، 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.

1. The cognitive component, 2. Emotional, 3. Psychological Well-Being, 5. Campbell, 6. Nik, 7. Fyrv

زمستان ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۴- صفحات ۲۵۴-۲۴۵

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 دوره های 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 به‌منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی– رفتاری بر بهزیستی روان شناختی بیماران تحت درمان متادون در شهرستان زیرکوه انجام شد. این پژوهش آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود.

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

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

به‌منظور گردآوری اطلاعات از فرم اصلاح‌شده ۵۴ سؤالی مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف (RSPWB) استفاده شد. این پرسشنامه ۶ مؤلفه اصلی الگوی بهزیستی روان شناختی را مورد ارزیابی قرار می دهد و بنابراین دارای ۶ زیرمقیاس (پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی 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.

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

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 کرانباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

شیوه ارائه درمان شناختی- رفتاری

در این پژوهش درمان شناختی- رفتاری، موضعی رهنمودی تر و فعال‌تر 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 می‌آمد و در مورد مشکلاتی که بیماران ممکن است قبل از جلسه آینده با آن مواجه شوند، پیش بینی و برنامه ریزی صورت گرفت (جدول ۲). در CBT به روند درمان مذکور قاعده ۲۰/۲۰/۲۰ گفته می‌شود [۳۵].

شکل درمان به‌صورت 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 ازآنجاکه متغیر وابسته دارای ۶ مؤلفه می باشد از مانکوا جهت تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

Journal of Police Medicine
Winter 2016; Vol. 4, No. 4: 245-254

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 بردن انگیزه – معرفی مدل cbt . معرفی تحلیل کار کردی – توافق درباره اهداف درمانی و قرارداد درمانی	برقراری رابطه بیمار – عرضه یابی ماهیت مصرف مواد – فراهم‌سازی منطق برای درمان، تعیین ساختار سایر جلسات – آ غاز 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 به‌عنوان یک تجربه طبیعی کوتاه‌مدت 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 ازطریق 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	روشن‌سازی و اولویت‌بندی اهداف توجه به دو سرگرایی بیمار در مورد ترک شناسایی و مقابله با افکار مرتبط با مواد	کاهش مصرف مواد به سطح قابل‌کنترل 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 یادآوردن 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 روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$) بنابراین درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیر دارد.

به‌منظور 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 هریک از متغیرهای وابسته به تنهایی، با استفاده از آلفای میزان شده بن‌فرونی بررسی شد (جدول ۵).

همان‌گونه که مشاهده می‌گردد جز مؤلفه رشد فردی در بقیه مؤلفه‌ها قبل و بعد از آزمون تفاوت معناداری به لحاظ آماری مشاهده شد.

مجله طب انتظامی
زمستان ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۴- صفحات ۲۵۴-۲۴۵

جدول ۳: آماره‌ای توصیفی مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی

مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی	آزمون	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 ٤: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی کلی

متغیر	مجموع	درجه	میانگین	ضریب f	سطح
وابسته	مجذورات	آزادی	مجذورات		معناداری sig
پیش‌آزمون	۸۳/۶۱۸	۱	۸۳/۶۱۸	۰/۱۳۲	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 روان‌شناختی 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 [۴۲-۳۹]. 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 می گیرد، رویکرد شناختی – رفتاری است.

هم‌چنین نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های مک هاگ، 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 همسو می‌باشد.

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

Journal of Police Medicine
Winter 2016; Vol. 4, No. 4: 245-254

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

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

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

تشکر و قدردانی

محققین از تمامی مشارکت کنندگان در تحقیق سپاسگزاری می‌نمایند.

منابع

1.Daley DC, Marlatt GA & A Douaihy. Relapse prevention In: Lowinson JH, Ruiz, eds. Substance abuse: A comprehensive textbook, 5th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins 2011: 633-647.
2.Becker WC, Sullivan LE, Tetrault JM, Desai RA, Fiellin DA. Non-medical use, abuse and dependence on prescription opioids among US adults: psychiatric, medical and substance use correlates. Drug and alcohol dependence. 2008 Apr 1;94(1):38-47.
3.Jenkins SS. Informing Thrupeptic Tretment and Practice: A study of Recovery Histories of Non-recidivists. Unpublished PhD Dissertation. Canella University. 2009.
4.Farzaneh K, Reza A, Khakpour H, Farzaneh K, Mojtaba M, Khalatbari J. Effect of cognitive-behavioral group therapy on addicts self-confidence and their attitude toward drugs. The Horizon of Medical Sciences. 2013 Feb 15;18(4):185-9 (Persian).
5.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.
6.Hunsley J. Internal dialogue during academic examinations. Cognitive Therapy and Research. 1987 Dec 1;11(6):653-64.
7.Maremmani I, Pani PP, Pacini M, Perugi G. Substance 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.
8.Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Feb 6;2(2).
9.Giacomuzzi SM, Riemer Y, Ertl M, Kemmler G, Rössler H, Hinterhuber H, Kurz M. Buprenorphine versus methadone maintenance treatment in an ambu-

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 effectivness of Cognitive Behavioral Stress Management on Subjective Well-Being in Intertile Women. Journal of Clinical Psycology. 2010 Jan 15;1(4):1-9 (Persian).
21.Akbari J, Agha Mohamadian HR, Ghanbari-HashemAbadiBA. 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 will-being and hope in patients with multiple sclerosis. Journal of Clinical Psychology 2012;4(1):10-19. (Persian)
24.Rezaei F, Kajbaf M, Vkilizarch 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 ENRICHD 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 Therapyon 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-

Journal of Police Medicine
Winter 2016; Vol. 4, No. 4: 245-254

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.

مجله طب انتظامی
زمستان ۱۳۹۴- دوره ۴- شماره ۴- صفحات ۲۵۴-۲۴۵