

The effectiveness of group cognitive behavioral therapy on continence: in addicts who reoffered to Tehran centers residence of addiction treatment

Zeynab Akbari¹

1-MA of general Psychology, Allame Tabatabaei University .Tehran, Iran (Corresponding Author). ORCID: 0000-0003-2676-671X E-mail:zakbarisardehlaghi@gmail.com

Received: 28/01/2019

Accepted: 27/04/2019

Abstract

Introduction: One of the most important strategies for treatment and preventing recurrence of addiction is group cognitive behavioral psychotherapy.

Aim: The purpose of this study was assess the effectiveness of group cognitive behavioral therapy on continence in addicts Who recruited to Tehran centers Residence of Addiction Treatment.

Method: This was a semi experimental study using pre –test and post- test with control Group and follow-up. In order to conduct the experiment, among all addiction treatment centers in Tehran, the sound of kindness center was selected purposefully and twenty addicts who reoffered to this center were selected and assigned in two group randomly: experimental group (n=10) and control group(n=10). All the participants were evaluated via the Continence questionnaire. Group cognitive behavioral therapy was performed in 8 sessions for experimental group and control group did not receive any treatment. The statistical method of MANOVA was used to analyze the data.

Results: Data analyze revealed that average of scores post-test and follow-test continence increased in experimental group and did not change in control group. This increase in experimental group in the post-test and follow-test was meaningful from statistically vision. ($p<0.5$).

Conclusion: conclusions demonstrated the effectiveness of group cognitive behavioral therapy on continence in addicts Who Reoffered to Tehran centers Residence of Addiction Treatment.

Keywords: Group cognitive- behavioral therapy, Continence, Addiction

How to cite this article : Akbari Z. The Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy on Continence: in Addicts Who Reoffered to Tehran centers Residence of Addiction Treatment. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2019; 6 (2): 74-85.
URL :<http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-490-fa.pdf>

اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر خویشتن داری سوءمصرف کنندگان مواد مخدر مراجعه کننده به مراکز اقامتی ترک اعتیاد (کمپ‌های) شهر تهران

زینب اکبری^۱

۱. کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: zakbarisardehlaghi@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۲/۰۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۱/۰۸

چکیده

مقدمه: یکی از مهم ترین راهکارهای پیشگیری و درمان اعتیاد گروه درمانی شناختی رفتاری است.

هدف: هدف از این تحقیق بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر خویشتن داری سوءمصرف کنندگان مواد مخدر (معتادان) مراجعه کننده به مراکز اقامتی ترک اعتیاد (کمپ های) شهر تهران بود.

روش: این تحقیق، یک پژوهش شبه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. برای اجرای این پژوهش، از میان تمام کمپ های ترک اعتیاد شهر تهران، مرکز نوای مهر و محبت به صورت هدفمند انتخاب، و از میان مراجعه کنندگان به این مرکز تعداد ۲۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شده و هم چنین به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. هر دو گروه پرسشنامه خویشتن داری را تکمیل نمودند. گروه آزمایش، در گروه درمانی شناختی- رفتاری (طی ۸ جلسه) شرکت کرد و گروه کنترل هیچ گونه درمانی دریافت نکرد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس (MANOVA) استفاده شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش افزایش یافت، در حالی که در گروه کنترل این نمرات تغییر چندانی نداشت، که این افزایش در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری از نظر آماری معنادار بود ($p < 0.05$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته ها می توان گفت گروه درمانی شناختی- رفتاری بر خویشتن داری سوءمصرف کنندگان مواد مخدر موثر است.

کلیدواژه ها: گروه درمانی شناختی- رفتاری، خویشتن داری، اعتیاد

مقدمه

بدون تردید، مقابله با معضل اعتیاد و ابعاد مختلف این پدیده ی ویرانگر، یکی از دغدغه های مهم و اصلی امروز کشور ایران است. اعتیاد^۱ بلای خانمان سوزی است که تبعات آن سایر افراد جامعه را تهدید میکند. این پدیده، یکی از پیچیده ترین و بغرنج ترین آسیب های اجتماعی است. اعتیاد به مواد، تغییر دهنده ی افکار، هیجان و رفتار و یکی از بارزترین آسیبهای روانی- اجتماعی است که به راحتی میتواند اساس زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی یک کشور را از بین ببرد (گلی و همکاران^۲، ۲۰۱۲). اعتیاد یک خواسته ی قوی و همیشگی است که کنترل را به طور قابل توجهی کاهش میدهد و منجر به آسیب قابل توجه می شود (والتر و پیکارد^۳، ۱۹۹۷). سوء مصرف مواد از جمله رفتارهایی است که کاملاً تحت کنترل اراده ی فرد نبوده و افراد در آن با عامل کنترل مواجه هستند. زیرا در این رفتار عوامل داخلی و خارجی متعددی می توانند موثر واقع شوند، لذا وجود سازه ای مانند خویشتن داری که از جمله سازه های کار آمد در کنترل رفتار است، می تواند به فرد در مدیریت رفتار خود کمک کند.

خویشتن داری^۴ حالت روحی و صفتی است که باعث توانایی شخص و برتری فرد بر دیگران می شود به طوری که بر اثر این حس به آن چه در زندگی مطلوب و پسندیده است می توان دست یافت و از هر چه ناپسند است دوری کرد. (دوربیل^۵، ۱۹۱۶؛ به نقل از کاظمی^۶، ۲۰۱۰). یافته های پژوهش ها نشان داده است افرادی که

خویشتن داری بیشتری دارند، در همه حوزه ها موفق تر از افرادی هستند که تکانشی و بدون خودمهارگری عمل می کنند (نوری^۷، ۲۰۰۸؛ به نقل از کاظمی و همکاران^۸، ۲۰۱۱). خویشتن داری مستلزم مدیریت و مهار احساسات است و افراد خویشتن دار از ثبات هیجانی بیشتری برخوردار خواهند بود و این امر کارایی آنان را در حیطه های گوناگون افزایش می دهد (گلמן^۹، ۱۹۹۶؛ به نقل از منظری و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۲).

به اعتقاد گاتفردسون^{۱۱} و هیرشی^{۱۲} خویشتن داری کم به دلیل تربیت اجتماعی ناقص و غیرموثر پدید آمده است. اراده، اعتماد به نفس و رشد عاطفی، عوامل عاطفی موثر بر خویشتن داری تلقی می شود (صنعتی زاده، ۲۰۱۰). گلמן معتقد است که زندگی جمعی و اخلاقی ما به خویشتن داری، غمخواری و مهارت های مربوط به هوش عاطفی منوط است.

در حیطه ی اعتیاد و سوء مصرف مواد، محققان بر نیاز به مدلی که از آسیب های جدی اعتیاد و پیامدهای آن پیشگیری کند، تاکید کرده اند. بدیهی است این مدل باید چند وجهی بوده و ابعاد فیزیکی، روان شناختی، روابط اجتماعی و محیطی را مدنظر قرار دهد (بروگلی و همکاران^{۱۳}، ۲۰۰۳؛ مورالزف مانیروک^{۱۴} و، ۲۰۰۷؛ وارسرمن و همکاران^{۱۵}، ۲۰۰۶؛ میلر و میلر^{۱۶}، ۲۰۰۹؛ به نقل از مومنی و همکاران^{۱۷}، ۲۰۱۳).

7. Noori

8. Kazemi, Mahdi nrzhad, Jamali

9. Golman

10. Manzari, Rajai pour, Abedi

11. Gotferdson

12. Hireschi

13. Brogly, Mercier, Braneau, Palepu & Franco

14. Morales-Manrique

15. Varsserman, Sorensen, Delucchi, Masson & Hall

16. Miller

17. Momeni, Moshtagh, Poor shahbaz

1. addiction

2. Goli, Emami pour, Javanmard

3. Valter & Pickard

4. continence

5. Dorbell

6. Kazemi

است (سوارز و همکاران^{۲۵}، ۲۰۱۳). روش رفتار درمانی شناختی- رفتاری یک رویکرد روانی آموزشی است و یک روش روان درمانی کوتاه مدت محسوب می شود که حداقل در هشت جلسه و حداکثر در بیست جلسه ی ۴۵ دقیقه ای این خدمات به درمانجویان ارائه میشود (نریمانی^{۲۶}، ۲۰۰۱).

نیک^{۲۷} (۲۰۰۶) در مطالعه ای برای چهار مورد بالینی معتادان مرد درمان شناختی-رفتاری را موثر گزارش کرده است. او نتیجه گیری می کند که یافته ها به طور آشکار نشان می دهند که رویکرد شناختی رفتاری برای حل مشکلات اعتیاد و درماندگی مفید بوده است و می توان از آن در درمان اعتیاد استفاده کرد. نتایج پژوهش فیرو^{۲۸} (۲۰۰۹) نیز در مورد میزان بهبودی اعتیاد به مواد مخدر نشان داد که از بین انواع مدل های مختلف درمان، درمان شناختی رفتاری از بیشترین میزان تاثیر برخوردار بوده است (کمرزین و همکاران^{۲۹}، ۲۰۱۱).

همچنین محققان مختلف (آنتون^{۳۰} و همکاران، ۲۰۰۵؛ مارلات^{۳۱} و همکاران، ۲۰۰۴؛ بیکر^{۳۲} و همکاران، ۲۰۰۴؛ سوسان^{۳۳}، ۲۰۰۸؛ رعدی^{۳۴}، ۲۰۰۵؛ گودرزی^{۳۵}، ۲۰۰۶ و عرب^{۳۶}، ۱۹۹۸) تاثیر درمانی درمان شناختی-رفتاری را در درمان انواع اعتیاد مورد تاکید قرار داده اند (تاجری و همکاران^{۳۷}، ۲۰۱۱).

یکی از الگوهای مداخله ای روان شناختی برجسته در درمان اعتیاد و پیشگیری از عود در سال های اخیر، الگوی درمانی شناختی-رفتاری است، که بر کمک به بیمار برای کسب مهارت های مقابله ای لازم به منظور مدیریت موقعیت های خطر ساز و درمان اختلالات روان شناختی همراه، تمرکز دارد. در مورد تاثیر و کارایی شناختی-رفتاری در درمان اختلال های مصرف مواد، ارزشیابی های زیادی صورت گرفته که نتایج آن ها نشان دهنده ی کارایی این رویکرد درمانی است (میلر و همکاران^{۱۸}، ۲۰۰۳؛ به نقل از گلپایگانی و خادمی اشکذری^{۱۹}، ۲۰۱۲).

امروزه گروه درمانی^{۲۰} به عنوان درمان انتخابی اختلالات وابستگی به مواد دارای توان بالقوه برای حمایت و مواجهه ی بیمار با اختلال و به چالش کشیدن بینش اعضا پیرامون مسائل فردی و شخصیتی است (قربانی و همکاران^{۲۱}، ۲۰۱۲). اگرچه درمان شناختی اصولا به صورت یک درمان فردی توسعه داده شده است، رویکردی است که به صورت گروهی هم قابل کاربرد است. گروه درمانی شناختی- رفتاری (GCBT)^{۲۲} می تواند به عنوان درمانی تعریف شود که علاوه بر تکنیک های مشترک درمان شناختی- رفتاری^{۲۳} برای تغییر اختلال ها، ناسازگاری ها، و بدکارکردی عقاید، ادراکها، رفتارها و نگرش ها، از شیوه ی گروهی پویا استفاده میکند (هاگن^{۲۴}، ۲۰۰۸). گروه درمانی شناختی- رفتاری که مستقیما از نوع فردی آن نشأت گرفته است، جانشین خوبی برای درمان انواع مختلفی از بیماری های روانی

²⁵. Suarze, Karmago & Pizinato

²⁶. Narimani

²⁷. Nick

²⁸. Fierro

²⁹. Kamarzin, Zarea, Brokimillan

³⁰. Anton

³¹. Marlat

³². Biker

³³. Sosan

³⁴. Read

³⁵. Gudarzi

³⁶. Arab

³⁷. Tajeri, Ahadi, Jomehri

¹⁸. Miller, Willbourne & Hettema

¹⁹. Golpayegani, Khademi ashzari

²⁰. Group therapy

²¹. Ghorbani, Mohamad khani, Sarami

²². Group Cognitive Behavioral Therapy

²³. cognitive behavioral therapy

²⁴. Hagen

ترک اعتیاد شهر تهران یکی از آنها به صورت قضاوتی انتخاب شد، با توجه به اینکه بهتر است تعداد افراد هر گروه در پژوهش آزمایشی حداقل بین هشت تا دوازده نفر باشد (محمی الدین و همکاران^{۳۸}، ۲۰۱۳)، از بین معتادان مراجعه کننده به آن مرکز، پس از یکسان سازی آنها (بر حسب نوع ماده ی مصرفی، سن، تحصیلات، مدت اقامت در کمپ و...) ۲۴ نفر به صورت تصادفی انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش گمارده شدند (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه کنترل).

در طی دوره ی جلسات دو نفر از اعضای گروه کنترل و دو نفر از اعضای گروه آزمایش ریزش داشتند که از هر گروه ده نفر باقی ماند.

در این پژوهش از هر دو گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) پیش آزمون و پس آزمون گرفته شد، و پس از دو ماه از گروه آزمایش پیگیری به عمل آمد. در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از پرسشنامه ای به شرح زیر استفاده شد.

پرسشنامه خویشتن داری: به منظور سنجش خویشتن داری افراد معتاد از پرسشنامه خویشتن داری (وین برگر و شوارتز، ۱۹۹۰؛ ترجمه کرمی و درودی) استفاده شد. این پرسشنامه که دارای ۳۰ سوال است خویشتن داری و مولفه های آن: سرکوب پرخاشگری، ملاحظه ی دیگران، کنترل تمایلات و مسئولیت پذیری را اندازه گیری میکند. (وین برگر و شوارتز، ۱۹۹۰؛ ترجمه کرمی و درودی)

افراد شرکت کننده در این پژوهش سوء مصرف کنندگان مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز اقامتی ترک اعتیاد نوای مهر و محبت بودند که از لحاظ سن، مدت زمان

با توجه به گفته های بالا اعتیاد معضلی است که بسیاری از افراد هر جامعه را اسیر خود نموده و ابعاد مختلف زندگی آنها را تحت تاثیر خود قرار داده است. از جمله این ابعاد که موضوع این تحقیق بوده خویشتن داری افراد گرفتار در چنگال اعتیاد است. همانطور که گفته شد این افراد از نظر خویشتن داری در سطح پایینی قرار دارند و این تحقیق درصدد یافتن روشی برای ارتقا این بُعد از زندگی آنها می باشد. مسئله ی اصلی در این پژوهش این است که آیا گروه درمانی شناختی- رفتاری بر خویشتن داری افراد سوء مصرف کننده مواد مخدر موثر است و این درمان سبب بهبود خویشتن داری این افراد می شود؟

روش

این پژوهش به صورت شبه آزمایشی و از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام شد. قبل از اجرای متغیر مستقل، آزمودنی ها در هر گروه به وسیله پیش آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. به این صورت که بیست و چهار نفر از سوء مصرف کنندگان ساکن مرکز اقامتی (کمپ) نوای مهر و محبت به صورت تصادفی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. هر دو گروه به پرسشنامه خویشتن داری به عنوان پیش آزمون پاسخ دادند. سپس گروه آزمایش، هشت جلسه ی ۶۰ دقیقه ای، در گروه درمانی شناختی رفتاری شرکت کردند. پس از اتمام جلسات از اعضای هر دو گروه پس آزمون گرفته شد و بعد از دو ماه نیز از گروه آزمایش پیگیری به عمل آمد.

جامعه آماری پژوهش تمام سوء مصرف کنندگان مواد مخدر مراجعه کننده به مراکز اقامتی (کمپ های) ترک اعتیاد شهر تهران در سال ۱۳۹۳ می باشد. روش نمونه گیری تصادفی است. به این ترتیب که بین مراکز اقامتی

³⁸. Moheyedine, Sadeghi, Cheraghi, zarea

اعتیاد، ماده ی افیونی مصرفی و... یکسان سازی شدند (هر دو گروه در محدوده ی سنی ۲۵ تا ۴۰ قرار داشتند، تحصیلات آنها شامل گستره ی زیر دیپلم تا لیسانس بود، همگی مرد بودند، حداقل به مدت شش ماه ساکن کمپ بودند، مدت مصرف آنها بین یک تا شش سال بود و مواد مصرفی آنها تریاک و بود). پس از یکسان سازی، به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفته، پرسشنامه ی خویشتن داری وین برگر و شوارتز بر روی آنها اجرا شد، بر روی گروه کنترل هیچگونه درمانی صورت نگرفته و بر روی گروه آزمایشی درمان گروهی شناختی- رفتاری در هشت جلسه ی متوالی (هر هفته، یک جلسه یک ساعته) صورت گرفت. پس از اتمام درمان، دو ماه بعد پیگیری از طریق پرسشنامه ی خویشتن داری انجام پذیرفت، و گروه آزمایش این پرسشنامه را تکمیل نمودند.

جلسات گروه درمانی در جدول شماره ۱ آمده است:

جدول ۱ شرح جلسات درمان

جلسه ی اول	اجرای پیش آزمون، بحث و بررسی اهمیت و هدف گروه درمانی، مشخص کردن زمان و مکان برگزاری و طول مدت جلسات، معرفی و آشنا سازی اعضا با یکدیگر و رهبر گروه، مطرح کردن قوانین و مقررات گروهی، حضور و شرکت فعال در جلسات گروهی. استفاده از پیام های کلامی و غیر کلامی، انعکاس و سوالات اکتشافی. از مراجعین خواسته شد شرح مختصری از داستان مشکل خود (کمبود اعتماد به نفس- عزت نفس، باورهای غیرمنطقی خود) و تاریخچه زندگیشان را بیان کنند.
جلسه ی دوم	معرفی مدل شناختی- رفتاری (CBT)، فراهم کردن منطقی برای تکالیف خانگی، بالا بردن انگیزه (امیدواری)، تقویت انگیزه و تعهد بیمار نسبت به ترک مصرف مواد. تک تک اعضا یک مورد از تفکرات غیرمنطقی خود را که یادداشت کرده بودند، قرائت کرده و آن را تجزیه و تحلیل کردند و اعضای دیگر هم اظهار نظر نمودند.
جلسه ی سوم	بررسی تکالیف، بررسی و توجه به دوسوگرایی بیمار در رابطه با ترک مصرف مواد. شناسایی و مقابله با افکار مرتبط با مواد، شناسایی نشانه ها و برانگیزاننده های میل به مواد، شناسایی عرضه کنندگان مواد (مقابله با دوستان و اعضای خانواده)، آشنایی با نقش الگوهای ارتباطی در زندگی فردی و اجتماعی. وجود قواعد و نقش قواعد ارتباطی مورد بحث قرار گرفت. فیدبک های اعضا در مورد شغل، زندگی، بی ارزشی و بی کفایتی است. مشاور: تصور کنید شما فاقد این موارد هستید و تا حدودی احساس حقارت کنید. باز نوازی غیر ارادی تصمیمات دورانی که اعضا مشکل دار بودند.
جلسه چهارم	آموزش مهارتهای امتناع از مواد، ایفای نقش در جلسه ی درمان، مرور تفاوت بین پاسخ دهی انفعالی، پرخاشگرانه و جرأت ورزانه، بحث در مورد مسئولیت پذیری، یادگیری و تمرین مهارت های امتناع از مواد، شناسایی نقاط ضعف و قوت ارتباطی اعضای گروه. اعضا کتاب ها، بروشورهای مطالعه شده در مورد مواد مخدر را بررسی نمودند. اعضای گروه تفکرات غیر منطقی خود را که باعث اضطراب و تغییر در خلق و خوی آنان شده برای دیگر اعضا توضیح می دهند.
جلسه ی پنجم	بررسی تفکرات غیر منطقی سطح توقع از دیگران، بحث در مورد شیوه های ارتباطی اعضا، تمرین عملی در گروه (کار با مدل ABCD)، تمرین مهارت های ارتباطی. اعضا احساسات خود را در برابر عدم تایید ابراز کنند. بیان احساسات مثبت، تفکرات منطقی. بحث گروهی در مورد تغییرات، پیشرفت ها و موانع و مشکلات احتمالی و تکالیف حول تصمیم گیری.
جلسه ی ششم	بحث در مورد تفکرات غیرمنطقی بی مسئولیتی هیجانی، تمرین ایفای نقش ها (تمرین عملی در گروه)، تمرین روی تصمیم گیری های سالم، پیش بینی موقعیت های خطر آفرین. ارائه ی گزارش تکلیف خانگی، در این جلسه ایفای نقش، ناکامی ها و اثرات آن بر رفتار کنونی فرد بررسی و تجزیه و تحلیل می شود.
جلسه هفتم	تدوین یک برنامه ی مقابله ای، بحث در مورد درماندگی در برابر تغییر. تفسیر علائم و شناسایی اغتشاش های فکری توسط اعضای گروه.

جلسه هشتم

مرور دوباره برنامه و اهداف درمان، ارائه بازخورد در مورد پیشرفت درمان، دریافت بازخورد از اعضای گروه در مورد جنبه های موفق و ناموفق درمان، ارزیابی و پیگیری برنامه جلسات گروه درمانی پس از اتمام کار. کاربردی نمودن آموخته های درمان شناختی رفتاری و اجرای آن ها در محیط خانواده و اجتماع. رسیدن به خودرهبری، تغییر تفکرات غیر منطقی به سوی باورهای منطقی و مثبت اندیشی اعضای گروه.

در هشت جلسه ی ذکر شده، مباحثی از درمان گروهی شناختی-رفتاری مطرح شد و با اعضای گروه بحث و تبادل نظرهایی درباره ی مطالب ارائه شده انجام شد. به اعضای گروه تکالیف خانگی داده شد و برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS و بخاطر این که این پژوهش دارای گروه کنترل با پیش آزمون و پس آزمون و آزمون پیگیری بود از شاخص آماری کوواریانس استفاده شد.

یافته ها

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر خویشتن داری سوء مصرف کنندگان مراجعه کننده به کمپ های ترک اعتیاد شهر تهران صورت گرفت که درمان شناختی رفتاری به عنوان متغیر

مستقل و خویشتن داری به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. بدین منظور ۲۰ نفر از معنادان در حال ترک یکی از کمپ های شهر تهران (نوی مهر و محبت) به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب و پس از احراز شرایط لازم و همسازی، در دو گروه ۱۰ نفری آزمایش و کنترل قرار داده شده و در ۳ مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بعد از دو ماه از نظر متغیرهای وابسته مورد سنجش قرار گرفتند به منظور تجزیه و تحلیل داده های پژوهش، از روش های آماری در دو سطح توصیفی و استنباطی استفاده شد.

ویژگی های جمعیت شناختی معنادان در حال ترک که در پژوهش حاضر شرکت داشتند در جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۲ ویژگی های جمعیت شناختی بیماران

گروه ها	تعداد	میانگین	جنسیت	وضعیت تأهل		تحصیلات		وضعیت شغل	
				مجرد	متاهل	زیر دیپلم	دیپلم و بالاتر	شاغل	بیکار
آزمایش	۱۰	۳۴/۲۵	۱۰	-	۴	۶	۸	۲	۲
کنترل	۱۰	۳۳/۶۰	۱۰	-	۵	۵	۹	۱	۳

اعضای دو گروه از نظر ویژگی های جمعیت شناختی باهم تناسب داشتند و همانطور که در جدول ارائه شد، اکثرا زیر دیپلم و بیکار بودند. میانگین و انحراف معیار نمرات

خویشتن داری معنادان در جدول ۳ به تفکیک گروه ها و مراحل نشان داده شده است.

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات خویشتن داری

خویشتن داری	سرکوب پر خاشگری	پیش آزمون	۱۷/۳۰	۱/۷۰	۱۷/۸۰	۲/۵۳
		پس آزمون	۲۳/۷۰	۲/۱۱	۱۷/۸۰	۲/۹۰
		پیگیری	۲۳/۳۰	۲/۱۶	-	-
	ملاحظه دیگران	پیش آزمون	۱۹/۴۰	۲/۳۲	۱۹/۳۰	۲/۵۸
		پس آزمون	۲۴/۳۰	۲/۴۰	۱۹/۲۰	۲/۷۸
		پیگیری	۲۴/۱۰	۲/۲۳	-	-
	کنترل تمایلات	پیش آزمون	۱۶/۶۰	۲/۲۷	۱۶/۰۰	۲/۱۱
		پس آزمون	۲۵/۲۰	۲/۸۲	۱۶/۳۰	۲/۳۶
		پیگیری	۲۵/۱۰	۲/۴۲	-	-
	مسئولیت پذیری	پیش آزمون	۱۸/۹۰	۲/۷۲	۱۹/۰۰	۳/۱۲
		پس آزمون	۲۵/۵۰	۲/۷۶	۱۹/۰۰	۳/۴۰
		پیگیری	۲۵/۵۰	۲/۹۵	-	-
	نمره کلی	پیش آزمون	۷۲/۲۰	۸/۴۰	۷۲/۱۰	۱۰/۱۸
		پس آزمون	۹۸/۷۰	۹/۳۰	۷۲/۴۰	۱۱/۳۰
		پیگیری	۹۸/۰۰	۹/۱۰	-	-

مراحل است. جهت تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر خویشتن داری سوء مصرف کنندگان مواد مراجعه کننده به مراکز اقامتی ترک اعتیاد از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد و خلاصه ای از نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بین دو گروه در رابطه با فرضیه ی پژوهش در جداول زیر گزارش شده است.

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می شود، میانگین خویشتن داری در گروه آزمایش در هر یک از مراحل پیش آزمون، پس آزمون به ترتیب برابر با ۷۲/۲۰، ۹۸/۷۰ است که نشان دهنده افزایش قابل ملاحظه نمرات بین مراحل است. در حالی که میانگین همین مقیاس در گروه کنترل در مرحله پیش آزمون برابر با ۷۲/۱۰ و در پس آزمون برابر با ۷۲/۴۰ است که حاکی از عدم تفاوت بین

جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پس آزمون و پیگیری متغیر خویشتن داری

متغیر	مراحل	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	فراوانی	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
خویشتن داری	پس آزمون	پیش آزمون	۱۷۴۸/۸۰	۱	۱۷۴۸/۸۰	۱۶۵/۴۴	۰/۰۰۰	۰/۹۱	۱/۰۰
		گروه	۳۴۳۰/۶۲	۱	۳۴۳۰/۶۲	۳۲۴/۵۵	۰/۰۰۰	۰/۹۵	۱/۰۰
	پیگیری	پیش آزمون	۱۵۵۴/۹۳	۱	۱۵۵۴/۹۳	۲۳۳/۵۷	۰/۰۰۰	۰/۹۳	۱/۰۰
		گروه	۳۲۷۶/۸۱	۱	۳۲۷۶/۸۱	۴۹۲/۲۳	۰/۰۰۰	۰/۹۶	۱/۰۰

مواد مخدر مراجعه کننده به مراکز اقامتی (کمپ‌های) ترک اعتیاد شهر تهران انجام گرفت. بدین منظور و براساس اهداف تحقیق، فرضیه‌هایی تدوین و آزمون شد و داده‌های مربوط به آن در جداول مربوط و در قالب جداول مربوط ارائه شد.

نتیجه‌گیری

شواهد پژوهشی اثربخشی چند نوع درمان رفتاری از جمله درمان شناختی- رفتاری (کارول^{۳۹} و همکاران، ۱۹۹۸)، مصاحبه‌ی انگیزشی (اسکات^{۴۰} و همکاران، ۲۰۰۱) و رویکردهای تقویت اجتماعی (هاینز^{۴۱} و همکاران، ۱۹۹۳؛ پرستون^{۴۲} و همکاران، ۲۰۰۱) را تایید نموده‌اند (کوئیمسیدز و همکاران^{۴۳}، ترجمه‌ی محمدخانی و عابدی^{۴۴}، ۲۰۱۳). درمانهای شناختی- رفتاری به صورت موفقیت آمیزی در درمان اعتیاد استفاده شده است (رینج و مارلات^{۴۵}، ۲۰۰۸). محققین بسیاری از جمله نالیووف^{۴۶} (۲۰۰۱)، بویس^{۴۷} و همکاران (۲۰۰۳) و لاکتر^{۴۸} و همکاران (۲۰۰۵) اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را به عنوان یکی از راه‌های قابل بحث در کاهش نشانگان و درمان اختلالات روانی توأم تایید کرده‌اند (لطفی کاشانی و همکاران^{۴۹}، ۲۰۱۲).

در گروه درمانی شناختی- رفتاری تغییر باورهای غیر منطقی آموزش داده می‌شود و رفتارهای مطلوب نیز تقویت می‌شود. خود تنظیمی برای کنترل افکار و

نتایج جدول ۴ تحلیل کوواریانس فوق نشان می‌دهد که گروه درمانی شناختی رفتاری در افزایش خویشتن داری معتادان در حال ترک معنادار ($F=324/55$ ، $P<0/001$) و میزان این تأثیر ۹۵ درصد می‌باشد. بنابراین، این فرضیه مورد تأیید قرار می‌گیرد. همچنین نتایج جدول تحلیل کوواریانس نمرات پیگیری حاکی از این است که گروه درمانی شناختی رفتاری در افزایش خویشتن داری معتادان ($F=492/23$ ، $P<0/001$) بعد از دو ماه ماندگار بوده و میزان تأثیر آن ۹۶ درصد می‌باشد.

بحث

اعتیاد روح و جسم افراد را تسخیر می‌کند، بر مغز آنها اثرات سوء می‌گذارد، بدترین آسیب‌ها را به اجتماع وارد می‌کند، کانون خانواده‌ها را از هم می‌پاشد، به اقتصاد جامعه خسارت وارد می‌کند و... از این رو لازم به نظر می‌رسد در این زمینه و در راستای پیشگیری و درمان این بیماری صعب‌العلاج چاره‌ای اندیشید و گامی برداشت. گام‌هایی که هرچند کوچک‌اند اما شاید در این راه مثمر ثمر باشند. بیماری اعتیاد که آن را می‌شود به معنای واقعی کلمه یک بیماری صعب‌العلاج نامید تمام پیکره‌ی روحی و جسمی قربانی‌اش را تحت تأثیر قرار داده و متلاشی می‌کند و بند بند وجود او را نشانه می‌گیرد، به حدی که کیفیت زندگی بیمار، قدرت تصمیم‌گیری، مسئولیت‌پذیری، خود مختاری، خویشتن داری و بسیاری از ویژگی‌های روحی او تحت الشعاع قرار می‌گیرد، و همین فراگیر بودن این بیماری انجام اقدامات پژوهشی (اعم از حیطه‌ی پیشگیری و درمان) را ضروری می‌سازد. پژوهش حاضر به منظور بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر خویشتن داری سوء مصرف کنندگان

³⁹.Karrol

⁴⁰.Skat

⁴¹.Haynz

⁴².Pereston

⁴³.Koimsids, Rinoldez, Dromound, Tarir

⁴⁴.Mohamadkhani, Abedi

⁴⁵.Rinch & Marlat

⁴⁶.Naliboof

⁴⁷.Bois

⁴⁸.Lakner

⁴⁹.Lotfi kashani, Behzadi, Yari

احساسات به افراد آموزش داده شده و برای تغییر عقاید کنترل بیش از حد خود، آموزش برنامه ریزی روزانه کوتاه مدت و قابل دسترسی ارایه می شود. تغییر باورهای غیر منطقی و تبدیل آنها به باورهای منطقی منجر به پیامدهای عاطفی و رفتاری منطقی در فرد شده و به حفظ سلامت روان فرد کمک میکند. به این ترتیب در گروه درمانی شناختی رفتاری درک فرد از خود، حس کفایت و مهارت های مسأله گشایی، کسب استقلال، مهارت های مقابله با موقعیتهای خطر آفرین و فشار روانی و بسیاری از مهارت ها برای بهبود وضعیت روانی مطلوب آموزش داده می شود. به نظرمیرسد رویکرد شناختی-رفتاری از لحاظ نظری و عملی در زمینه عقاید مثبت و تدابیر کنترل در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد و روابط فردی و اجتماعی آنها تأثیر عمیق داشت. این نتیجه با نتایج پژوهشهای پور شریفی و همکاران (۲۰۱۱) و صولتی دهکردی و همکاران (۲۰۱۱) در مورد کاربرد رویکرد شناختی-رفتاری همسو است.

این نتایج با یافته های به دست آمده از تحقیق های سایر پژوهشگران (گلستانی، ۲۰۰۸؛ دباغی، ۲۰۰۶؛ گودرزی، ۲۰۰۸) همسو است. این تحقیقات نشان داده اند که دارو درمانی به تنهایی قادر به درمان کامل وابستگی افراد به مواد نبوده و مداخلات روانشناختی بخش مهمی از درمان افراد وابسته به مواد است. به عبارتی، میزان بازگشت نزد افرادی که این آموزشها را دریافت کرده بودند نسبت به گروه گواه کاهش معناداری داشت. این یافته نشانگر اثربخش بودن مداخله های روان درمانی مبتنی بر آموزه های شناختی - رفتاری و افزایش احساس

خودکارآمدی در درمانجویان است (مردپور و همکاران، ۲۰۱۴).

گروه درمانی شناختی- رفتاری خویشتن داری سوء مصرف کنندگان مواد مراجعه کننده به مراکز اقامتی ترک اعتیاد را افزایش می دهد، که تایید این فرضیه همسو با پژوهش های زیر است: فیلمور^{۵۰} و همکاران (۲۰۰۹)، گرنت^{۵۱} و همکاران (۲۰۰۷)، جعفری و همکاران^{۵۲} (۲۰۰۹)، کمرزین و همکاران (۲۰۱۱)، شریعتی و همکاران^{۵۳} (۲۰۱۳).

فرضیه ی این پژوهش تایید شد. گروه آزمایش که در جلسات گروه درمانی شناختی رفتاری شرکت کردند نسبت به گروه کنترل که در این جلسات شرکت نکردند، از نظر خویشتن داری و ابعاد آن بهبودی معناداری را هم در پس آزمون و هم در پیگیری نشان دادند.

گروه درمانی شناختی- رفتاری نفوذ خود را بر نگرش، فکر، احساس و رفتار افراد اعمال می کند و با بهبود توانایی فرد در زمینه هایی مانند: شناسایی افکار غیرمنطقی مرتبط با مواد، شناسایی نشانه ها و برانگیزاننده های میل به مواد، آموزش مهارتهای امتناع از مواد، ایفای نقش در جلسه ی درمان، یادگیری پاسخهای جرات ورزانه و... توانایی فرد را بر خودکنترلی افزایش داده و وی را در برابر وسوسه ها مقاوم کرده و خویشتن داری را افزایش می دهد. بنابراین با استناد به این پژوهش می توان گفت یکی از راه های بهبود خویشتن داری در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر گروه درمانی شناختی رفتاری است و از این درمان می توان در مراکز اقامتی ترک اعتیاد،

⁵⁰. Filmoor

⁵¹. Grant

⁵². Jafari, Shahidi, Abedin

⁵³. Shariati, Izadi khah, Molavi, Salehi

provocative stimuli among Clean persons referring to addiction treatment centers in East Azarbaijan province. Master's Degree in Educational Psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Faculty of Psychology and Social Sciences.

Golpaygani, F; Khademi Azhezari, M. (2012). The relationship between commitment to school, attitudes toward drugs and its consumption among students. Quarterly journal of drug addiction. 6 (22).

Hagen R. (2008). Group and individual based cognitive behavioral therapy for server psychiatric disorders. Thesis for the degree philosophiae doctor, Norwegian University of Science and Technology Management Department of Psychology.

Haidarzagadan, A; Kazemi, Y; Sanaatizadeh, F. (2010). Investigating the relationship between continence creativity and leadership styles of educational managers. Master's Thesis in Educational Management, Sistan Baluchistan University.

I L Lemos, C N Abreu, E B Sougey. (2014). Internet and video game addictions: a cognitive behavioral approach. Dependencia de Internet e de jogos eletronicos: um enfoque cognitivo-comportamental. 68, 402-411.

Jafari, M; Shahidi, Sh; Abedin, A (2002). Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Trans-theoretical Model on Improving abstinence self-efficacy in substance dependent Adolescents. Journal of Research in Behavioral Sciences 7, (1).

Kamarzin, H; Zare, H; Brooki Milan; H. (2011). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on self-efficacy and the improvement of addiction symptoms in drug-dependent patients. (6) (22).

Kazemi, Y; Mehdinezhad, V; Jamali, R. (2011). The Relationship between Emotional Intelligence, continence and Organizational Commitment of Managers. Management and Development Process, 78

Keshavarz, M; Ghamarani, A; Bagherian, M; Rezaei, AM. (2014). The Role of Preceding the

کلینیک های درمان دارویی اعتیاد، گروه های معتادان گمنام و... استفاده کرد.

پیشنهاد می شود در تحقیق های آینده نمونه ی بزرگتر انتخاب شود و تاثیر جنسیت بر این درمان نیز مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

از آقای دکتر فرامرز سهرابی و آقای دکتر احمد برجعلی اعضای هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبائی، و آقای احمد چراغی زارع آبادی سرپرست مرکز اقامتی ترک اعتیاد نوای مهر و محبت به علت همکاری در انجام این پژوهش سپاسگزاری می شود.

References

Ameli, T; Abolma'ali, Kh; Mirzaei, B. (2012). Comparison of conflict resolution and quality of life of opiate addicts with substance abuse addicts, Quarterly Journal of Research on Addiction, 6 (24), 68-55.

Bernard P Range, G Alan Marlatt (2008). cognitive behavioral therapy for alcohol and drug use disorders. Rev Bras Psiquater. 30(2), 588-595.

D L Scker, RG Brown. (2005). Cognitive behavioral therapy (CBT) for carer of patients with parkinsons disease: a preliminary randomized controlled trial. J Neurosourg Psychiat. 76, 491-494. Journal of Behavioral Sciences Research, 12 (1), 153-144.

Dastjani Farahani, A; Rahmani, M A; Tizdast, T. (2013). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Unreasonable Beliefs and Quality of Life in Amphetamine-Affiliated Patients. Quarterly Journal of Research on Addiction. 7 (28).

Goli, S; Emamipor, S; Javanmard, Gh. (2012). The effect of life skills training on the reduction of temptation and bias in attention to opioid

- Spiritual Orientation of Addicts and their Psychosocial Survival in the Treatment of Addiction, *Journal of Behavioral Sciences Research*, 12 (1), 144-153.
- Lotfi Kashani, F; Behzadi, S; Yari, M. (2012). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on quality of life and anxiety in irritable bowel patients. *Journal of Medical Science Islamic Azad University*, 22 (4), 306-301.
- Manzari, F; Rajaepour, S; Abedi, A. (2012). Investigating the relationship between continence and psychological empowerment among managers, deputies and teachers of Farid city, Master's thesis of educational management, Isfahan University, Faculty of Psychology and Educational Sciences.
- Mardpor, A; Najafi, M; Amiri, F. (2014). The effectiveness of the prevention of recurrence based on mindfulness in preventing recurrence, self-control and self-control in opiate dependent people. *Quarterly Journal of Research on Addiction*, 8 (32).
- Mohammad Khani, Sh; Sarrami, Gh. (2012). Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral group therapy and methadone maintenance therapy in changing the beliefs associated with the substance and anticipating recurrence. *Quarterly Journal of Research on Addiction*, 6 (22).
- Momeni, F; Mushtaq, N; Pour Shahbaz, A. (2013). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on improving the quality of life of opiate addicts under methadone maintenance treatment. *Quarterly Journal of Research on Addiction*, 7 (27).
- Narimani, M; Habibi, Y; Rajabi, S. (2012). Comparison of emotional intelligence and quality of life in addicted and non-addicted men. *Quarterly Journal of Research on Addiction*, 5 (19), 38-21.
- Pim C, Filip S, Ernst B, Steven D Hollon Gerhard Andersson. (2010). Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression. meta-analytic study of publication bias. *The British journal of Psychiatry*, 196, 173-178
- Quimicides, Ch; Reynolds, M; Drummond, Ch; Tarier, N. Cognitive Behavioral Addiction. Translation of Mohammadkhani, Abedi (2012). Tehran. Danzheh.
- Shariati, M E; Izadikhah, Z; Molavi, H; Salehi, M. (2013). Comparison of the effectiveness of Cognitive-behavioral therapy group with treatment based on improving quality of life on self-efficacy of addicted people. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 11 (4), 288-279.
- Soares T, Camargo J, Pizzinato A. (2013). Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapies for Panic Disorder. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, 1, 50-82.
- Tabatabaee Chahar, M; Ebrahimi sani, E; Mortazavi, H. (2012). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Psychotherapy on Changing of Irrational Beliefs in Male Addicts. *North Khorasan University of Medical Sciences*, 4 (2), 430-419.
- Tajery, B; Ahadi, H; Jomehri, F. (2011). The study of the effect of cognitive-behavioral therapy on avoidance, temptation, relapse and change in attitude of glass addicts. *Quarterly Journal of Clinical Psychology*, 2 (7).
- Walter SA, pickard H. (1997). What is addiction? Forthcoming in the oxford handbook of philosophy of psychiatry(oup) B.Fulford, R.Gipps, J.Sadler, eds.
- Wehmeyer M, Schwarts M (1998). The Relationship Between Self-Determination and Quality of Life For Adult With Mental Retardation. *Educational and Training in Mental Retardation and developo Mental*, 33(1), 3-12.
- Zadhoosh, S; Taher Neshat Dost, H; Kalantari, M; Rasoulzadeh Tabatabaiei, S K. (2011). Comparison of the Efficacy of Cognitive-Behavioral Group Therapy with Religious Advice and Classic Cognitive-Behavioral Group Therapy on the Quality of Marital Relationship of Women. *Quarterly Journal of Family Research*, 7 (25). 55-68.