

مقایسه‌ی اثر بخشی گروه درمانی به شیوه‌ی شناختی- رفتاری با درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خودکارآمدی افراد معتاد

محمدابراهیم شریعتی^۱، زهرا ایزدی خواه^۲، حسین مولوی^۳، مهرداد صالحی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش‌های موجود در حوزه اعتیاد عموماً معطوف به بررسی و اتخاذ تدابیری است برای ترک! نه کیفیت زندگی فرد قربانی اعتیاد. به همین خاطر در این پژوهش ضمن آموزش افراد معتاد در جهت افزایش یا بهبود کیفیت زندگی، اصلاح و رشد آموزه‌های شناختی- رفتاری، تأثیر این پیشرفت‌ها بر عامل مهمی همچون خودکارآمدی مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها: پژوهش از نوع نیمه تجربی همراه با گروه آزمایش و کنترل، با پیگیری (۴۵ روزه) می‌باشد. جهت تعیین حجم نمونه ابتدا به شیوه تصادفی دو درمانگاه ترک اعتیاد (رهابخش و فردای روشن) در سال ۱۳۹۰، انتخاب شده‌اند. ۳۶ نفر از افراد متقاضی شرکت در پژوهش به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (گروه درمانی به شیوه‌ی شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی) و کنترل تقسیم شده‌اند. در پایان جلسات از هر سه گروه پس آزمون و پیگیری ۴۵ روزه، به عمل آمد. به دلیل کنترل متغیرهای مداخله‌گر علاوه بر استفاده از آمار توصیفی از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش، بیانگر آن است که درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی توانسته‌اند در مرحله‌ی پس آزمون به طور معنی‌داری نمرات خودکارآمدی معتادان را نسبت به گروه کنترل افزایش دهد؛ البته نکته قابل ذکر اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خودکارآمدی معتادان در مرحله پیگیری بود ($P=0/001$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش اهمیت استفاده از تکنیک‌های افزایش خودکارآمدی را مشخص و نشان داد هنگامی که این تکنیک‌ها را به طور سازمان یافته در حوزه‌های مهم زندگی به کار ببریم؛ تأثیر بهتری خواهیم گرفت.

واژه‌های کلیدی: گروه درمانی به شیوه‌ی شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، خودکارآمدی، افراد معتاد

ارجاع: شریعتی محمد ابراهیم، ایزدی خواه زهرا، مولوی حسین، صالحی مهرداد. مقایسه‌ی اثر بخشی گروه درمانی به شیوه‌ی شناختی- رفتاری

با درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خودکارآمدی افراد معتاد. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۲؛ ۱۱(۴): ۲۷۹-۲۸۸

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۶/۲۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۵/۳۰

E-mail: psy_mshariati@yahoo.com

۱- کارشناس ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم و تحقیقات فارس، استان فارس، ایران (نویسنده مسؤول)

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۴- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

اعتیاد و سوء مصرف مواد یکی از بارزترین آسیب‌های روانی-اجتماعی است که به راحتی می‌تواند بنیان زندگی فردی، خانوادگی و فرهنگی یک کشور را سست و پویایی‌های انسانی آن را به مخاطره اندازد (۱). بر اساس گزارش سالانه سازمان ملل متحد، تعداد مصرف‌کنندگان مواد موجود بین جمعیت ۴۴-۱۵ ساله‌ی سراسر دنیا، ۲۰۰ میلیون نفر یا به عبارتی ۵ درصد کل جمعیت عمومی، گزارش شده است که از این میزان حدود ۱۶ میلیون نفر یا به عبارتی ۴ درصد جمعیت مصرف‌کننده مواد افیونی هستند (۲). همچنین باید اذعان کرد که در ایران مواد افیونی بیشترین مواد مصرفی می‌باشد (۳).

در سراسر دنیا میلیاردها دلار صرف خرید و مصرف مواد مخدر می‌شود اما بیشتر از این مقدار هزینه، صرف مبارزه با این پدیده شوم و درمان آن می‌شود. افراد معتاد به علل مختلف هیچ‌گونه کارآمدی برای خود و جامعه ندارند (۴). از طرفی اعتیاد به صورت مستقیم و غیر مستقیم از طریق وابسته نمودن فرد به مصرف مواد مخدر، تنزل بنیادهای اخلاقی را در پی دارد که از جمله این پیامدها افزایش جرم، جنایت و خشونت می‌باشد؛ همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که مقدار زیادی از وقت دادگاه‌ها به این افراد اختصاص داده می‌شود. بررسی‌ها در ایران نشان داده است که در هر ماه صد نفر به خاطر مصرف مواد جان خود را از دست داده و سی و پنج درصد از افرادی که تقاضای طلاق داده‌اند به خاطر اعتیاد همسرانشان بوده است (۵).

بنابراین با توجه به علل ذکر شده ساده‌اندیشی است اگر تصور کنیم مبارزه با این سرطان اجتماعی بدون تسلط علمی بر همه‌ی جوانب پدیده اعتیاد امکان‌پذیر است. موادی که خواص داروشناختی آنها عالی‌ترین تظاهرات زیستی انسان را شامل می‌شود و به احساسات، تفکر، اراده و روابط اجتماعی او می‌تازد توجه جامع‌تر و عمیق‌تری را می‌طلبد (۶).

در ادبیات پژوهشی عنوان شده از جمله عواملی که می‌تواند به صورت بالقوه بین کسانی که نسبت به عود آسیب‌پذیر هستند تمایز قابل شود؛ خودکارآمدی (Self-efficacy) است. خودکارآمدی به عبارتی متغیری است که شواهد نشان می‌دهد

در پیشگیری از عود نقش داشته باشد (۷). در یک بررسی، مشخص شده کسانی که خودکارآمدی بیشتری به منظور ترک سیگار نشان می‌دهند به طور معنی‌دارتری بیشتر احتمال دارد که سیگار را ترک کنند (۸). به همین خاطر است که متخصصان پیشنهاد کرده‌اند در رابطه با اعتیاد روی احساسات و عواطف مثبتی از قبیل حس احترام به نفس، احساس توانایی و کارایی شخصی تأکید شود؛ فرض حاکم این است که اعتیاد به علت نوعی احساس اعتماد به نفس پایین و عدم خودکارآمدی شخصی است (۹).

اصطلاح خودکارآمدی بر نظریه‌ی شناختی- اجتماعی Bandura مبتنی است و به باور شخص در مورد این که چگونه به خوبی می‌تواند در تغییر مؤثر باشد؛ دلالت دارد (۱۰). در دیدگاه شناختی- رفتاری رفتار آدمی نه تنها در کنترل عوامل بیرونی و محیطی نیست؛ بلکه فرایندهای شناختی نقش تعیین‌کننده‌ای در رفتار دارند. فرایندهای شناختی به عنوان بخشی از آسیب‌شناسی روانی موجب انتظارات و ادراکات نادرستی می‌گردند که فرد از کارآمدی خود دارد و این انتظارات می‌توانند به اضطراب و اجتناب‌های دفاعی از موقعیت‌های تهدیدکننده منجر شوند. راه دیگری که Bandura خودکارآمدی را شرح داده بر حسب ادراک ما از درجه‌ی کنترلی است که بر زندگی خود داریم. افراد می‌کوشند بر رویدادهایی که زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ اعمال کنترل نمایند. با اعمال نفوذ در موقعیت‌هایی که آنان می‌توانند مقداری کنترل داشته باشند؛ بهتر می‌توانند آینده‌ی مطلوب را تحقق بخشیده و از نتایج نامطلوب ممانعت به عمل آورند (۱۰). بنابراین چنانچه خودکارآمدی افراد کاهش یابد؛ احتمال افزایش اعتیاد در این افراد بیشتر خواهد بود.

یکی از درمان‌هایی که در طی سه دهه گذشته توجه زیادی را به خود جلب کرده است؛ درمان شناختی- رفتاری می‌باشد. دلیل این جلب توجه عبارت است از: ۱- داشتن شواهد و مدارک تجربی در مورد اثر بخشی این درمان ۲- کوتاه مدت بودن و استفاده از آن به صورت گروهی ۳- استفاده از این درمان برای انواع مشکلات روان‌شناختی ۴- مستقیم و عملگرا بودن این رویکرد در روان درمانی (۱۱).

راه توسعه و رشد توانمندی‌های هر فرد شکل می‌گیرد. ۳- بسیاری از مردم به دنبال یک زندگی کامل هستند به همین دلیل در جستجوی متخصصانی هستند که آنها را برای رسیدن به این هدف، یاری رسانند (۱۵).

درمان مبتنی بر کیفیت زندگی رویکرد جدیدی در روان‌شناسی است که از تلفیق نظریه‌های شناختی- رفتاری چون Beck، نظریه‌های فعالیت مثل نظریه Csikszentmihalyi و روان‌شناسان مثبت‌نگری چون Silgman شکل گرفته است و گروه‌های هدف آن علاوه بر انواع اختلالات مطرح شده در راهنمای آماری و تشخیصی- ویراست تجدید نظر شده چهارم (DSM-IV-TR)، افراد معمولی و سالمی (مانند: بازنشسته‌ها، سالمندان، زنان خانه‌دار و...) هستند که می‌خواهند زندگی سالمتر و شاداب‌تری داشته باشند (۱۵). همچنین این دیدگاه بر این فرض استوار است که مراجعانی که شادمانی خود را به حداکثر می‌رسانند فواید بی‌شماری به دست می‌آورند؛ چرا که شادمانی و رضایتمندی از زندگی باعث افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی بالاتر در فرد می‌شود (۱۶). این احتمال وجود دارد که مسائل شخصی، از طریق اشتغال ذهنی، انزوا و قضاوت مختل به کاهش مهارت و عملکرد ضعیف منجر شود و آمادگی فرد را برای مراقبت از خویش کاهش دهد و در آنها تحریف‌های شناختی ایجاد کند (۱۵). البته درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، چیزی بیش از شادمانی یا غم را در بر می‌گیرد اما دنبال کردن شادمانی یک مفهوم هدایت‌کننده در این درمان است (۱۷).

درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، به دنبال ایجاد بهزیستی ذهنی (شادمانی) و رضایت از زندگی با ایجاد تحول در ۱۶ حوزه‌ی زندگی است. این تحول، با ایجاد تغییر در ۵ مفهوم اصلی زندگی که به طور خلاصه مدل پنج راهه CASIO نامیده می‌شود صورت می‌گیرد. این پنج مفهوم، عبارتند از: ۱- شرایط زندگی (Circumstances) ۲- نگرش‌ها (Attitudes) ۳- معیارهایی که ما برای خودمان تعریف کرده‌ایم (Standards of Fulfillment) ۴- امور مهم (Importance) ۵- رضایت کلی از زندگی (Overall Satisfaction). از طرفی پژوهش‌ها در رابطه با درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی خصوصاً نشان

رویکرد شناختی- رفتاری برای درک اختلال مصرف مواد، مبتنی بر نظریه‌ی یادگیری اجتماعی است. براساس نظریه یادگیری اجتماعی، اختلال مصرف مواد در وهله‌ی اول به واسطه تعامل بین عوامل زمینه‌ساز زیست‌شناختی که موجب داشتن یک تجربه مثبت از مصرف ماده مخدر خاصی می‌شود، قابلیت دسترسی به آن ماده مخدر برای اولین بار، و عوامل مربوط به شرطی‌سازی و الگوگیری که موجب یادگیری چگونگی مصرف ماده مخدر و پی بردن به آثار آن می‌شود، شکل می‌گیرد و توسعه می‌یابد (۱۲). در مجموع می‌توانیم بگوییم هدف این درمان عبارت است از شناسایی و بازسازی باورهای غیر منطقی و طرح‌واره‌های مربوط به خود، دیگران و جهان که در ایجاد آشفته‌گی‌های هیجانی و رفتارهای ناسازگارانه نقش اساسی دارند (۱۳). همچنین این رویکرد به طور ذاتی، محترمانه و مشارکتی است و خودکارآمدی درمان‌جو را افزایش می‌دهد (۱۲). علاوه براین، تقویت مهارت‌های مقابله‌ای و آموزش مهارت‌های درون‌فردی و مهارت‌های بین‌فردی و تقویت کنترل عواطف دردناک از قبیل اضطراب و خشم، تکالیف اساسی در این درمان هستند (۱۴). در این دیدگاه آشنایی مراجعان با مهارت‌های حل مسئله به آنها کمک می‌کند تا به همه‌ی جوانب موقعیت‌ها فکر کنند و در نظر داشته باشند که مراحل منجر به پاسخ‌دهی آنها، بیشتر مبتنی بر غرایز، احساسات و هیجانات آنها می‌باشد. هنگامی که مراجعان موفقیت در حل مسئله را تجربه کنند خودکارآمدیشان افزایش خواهد یافت (۶).

از طرفی در سال ۲۰۰۶، Frisch با هدف اصلاح کیفیت زندگی برای اولین بار درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (QOLT یا Quality of Life Therapy) را معرفی کرد و بر بهبود بخشیدن کیفیت زندگی به عنوان هدف اصلی تمام برنامه‌های درمانی تأکید کرد و اصلاح آن را به چند دلیل برای افراد مهم و ضروری دانست: ۱- مردم می‌خواهند که زندگیشان پاداش‌دهنده و سودمند باشد و فقط به دنبال غلبه بر مشکلات نباشند. ۲- بعضی اوقات در حل کردن مشکلات نیازی به توجه بر خود مشکل نیست بلکه باید به توانمندی‌های هر فرد جدا از مشکل وی توجه کرد زیرا بخش عمده‌ای از حل هر مشکل از

روشن و رها بخش)، انتخاب و از بین معتادان هر مرکز، تعداد ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند تا به پرسشنامه‌ی خودکارآمدی پاسخ دهند و در ادامه از آنها خواسته شد تا در جلسه توجیهی و مصاحبه‌ی اولیه جهت دارا نبودن اختلال پزشکی نامربوط در مصرف مواد در محور I و II شرکت کنند. ۳۶ نفر از شرکت‌کنندگان موافقت کردند در گروه درمانی شرکت کنند؛ و سپس به صورت تصادفی این افراد در دو گروه آزمایش (گروه درمانی به شیوه شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی) و کنترل تقسیم شده‌اند. سپس افراد گروه آزمایش (درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی) مداخله درمانی را به ترتیب در ۱۳ و ۱۱ جلسه (۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای) به صورت گروهی دریافت کردند و گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان جلسات از هر سه گروه پس آزمون و پیگیری ۴۵ روزه، به عمل آمد. ابزار گردآوری اطلاعات عبارت است از:

۱- پرسشنامه‌ی خودکارآمدی: برای سنجش این متغیر از پرسش‌نامه‌ی خودکارآمدی Scheerer و همکاران (به نقل از وقری) (۱۹)، استفاده شده است. آزمون خودکارآمدی توسط Scheerer و همکاران با هدف تهیه‌ی ابزاری تحقیقات بعدی و مشخص کردن سطوح متفاوت خودکارآمدی عمومی افراد جامعه ساخته شده است. اعتبار این مقیاس در پژوهش براتی با استفاده از روش محاسبه همبستگی بین مقیاس خودکارآمدی و مقیاس کنترل درونی- بیرونی، ۷۹٪ به دست آمده است (۱۹)، و ضریب پایایی این مقیاس در پژوهش احدی و همکاران (۲۰)، با استفاده از آلفای کرونباخ، ۸۱٪ محاسبه شده است که نشان از اعتبار و پایایی خوب این مقیاس می‌باشد. برای تحلیل داده‌ها در این پژوهش از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، حداقل، حداکثر و رسم نمودار) و آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است.

در این پژوهش از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، حداقل، حداکثر و رسم نمودار) و آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس چند متغیره (به خاطر کنترل اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون) استفاده شده است.

می‌دهند که مراجعین به علت این‌که در بر آورده ساختن معیارهای عملکرد و موفقیت خودشان در حیطه‌های ارزشمند زندگی مثل کار، تحصیل، روابط عاشقانه، دوستی‌ها، عملکرد اخلاقی یا توانایی کنترل علایم اختلال روانی مثل افسردگی، اضطراب و اعتیاد احساس شکست و ناتوانی می‌کنند؛ دچار احترام به خویشتن کم یا به عبارتی خودکارآمدی پایین می‌شوند (۱۸) و احتمالاً به طرف مصرف مواد کشیده می‌شوند. راه‌های موفقیت برای کسب احترام به خویشتن و افزایش خودکارآمدی در این دیدگاه استفاده از تکنیک‌های بازسازی شناختی مثل دروغ‌سنج و ثبت روزانه استرس، همچنین تمرین موهبت‌ها/ دستاوردها/ استعدادها و ثبت موفقیت دو ابزار دیگری هستند که می‌تواند خودکارآمدی افراد را افزایش دهند. به هر حال با توجه به مطالب عنوان شده در زمینه‌ی تاثیر خودکارآمدی روی معتادان، فرضیه پژوهش به این صورت مورد بررسی قرار می‌گیرد: آیا بین میزان اثر بخشی گروه درمانی به شیوه‌ی شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و عدم درمان بر نمرات خودکارآمدی معتادان در مرحله‌ی پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، در گروه پژوهش‌های نیمه تجربی قرار می‌گیرد. طرح تحقیق آن به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و کنترل) و شامل سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (۴۵ روزه) است. متغیر مستقل، گروه درمانی به شیوه‌ی شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی (QOLT یا Quality of Life Therapy) است که فقط در گروه آزمایش اجرا می‌شود و تاثیر آن بر نمرات پس آزمون و پیگیری افراد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، مورد مقایسه قرار می‌گیرد. متغیر وابسته نمرات خودکارآمدی معتادان است. جامعه‌ی آماری در این پژوهش عبارت است از کلیه معتادان وابسته به تریاک، هروئین و مورفین شهر اصفهان که به مرکز درمانی فردای روشن واقع در خیابان آتشگاه و مرکز درمانی رها بخش واقع در خیابان شمس آبادی در سال ۱۳۹۰ مراجعه کرده‌اند. جهت تعیین حجم نمونه ابتدا به شیوه تصادفی دو درمانگاه ترک اعتیاد (درمانگاه فردای

یافته‌ها

میانگین سنی گروه مورد مطالعه برابر با ۳۰/۸ سال، میانگین مدت زمان اعتیاد گروه برابر با ۵/۶ سال و میزان تحصیلات گروه بین سیکل تا فوق لیسانس با فراوانی بیشتر دیپلم می‌باشد. در

جدول شماره ۱ میزان تحصیلات، سن و مدت زمان اعتیاد شرکت کنندگان در پژوهش شرکت کنندگان در پژوهش ارائه شده است. همچنین در جدول شماره ۲ میانگین‌های مورد مطالعه در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه برای متغیر خودکارآمدی ارائه شده است.

جدول ۱. میزان تحصیلات، سن و مدت زمان اعتیاد شرکت کنندگان در پژوهش

متغیر جمعیت شناختی		سیکل	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس
تحصیلات	آزمایش (درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی)	۳	۵	۲	۲	۰
	آزمایش (درمان شناختی-رفتاری)	۲	۶	۳	۰	۱
	کنترل	۳	۵	۲	۱	۱
متغیر جمعیت شناختی		۲۱-۳۰ ساله	۳۱-۴۰ ساله	۴۱-۵۰ ساله		
میزان سن	آزمایش (درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی)	۵	۶	۱		
	آزمایش (درمان شناختی-رفتاری)	۶	۴	۲		
	کنترل	۴	۴	۴		
متغیر جمعیت شناختی		یک الی چهار سال	پنج الی هشت سال	بالای نه سال		
مدت زمان اعتیاد	آزمایش (درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی)	۵	۴	۳		
	آزمایش (درمان شناختی-رفتاری)	۴	۶	۲		
	کنترل	۶	۳	۳		

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری خودکارآمدی در سه گروه

پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری		گروه
تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۱۲	۴۶/۸۳	۱۲	۶۴/۷۵	۸/۶	۶۷/۵۸	آزمایش (درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی)
۱۲	۴۰/۰۸	۱۳/۹۶	۵۵/۷۵	۱۳/۹۷	۵۵	آزمایش (درمان شناختی-رفتاری)
۱۲	۳۹/۷۵	۱۴/۰۵	۴۰	۱۳/۸۷	۴۰/۲۵	کنترل

از طرفی همان‌طوری که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که گروه درمانی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، حداقل در یکی از مراحل پس‌آزمون و پیگیری میانگین گروه آزمایشی را نسبت به گروه کنترل افزایش داده است ($F = ۹/۱۲۷$, $P = ۰/۰۰۱$). برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از تحلیل مانکوا، در جدول

۳ نشان داده شده است که میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۳۷۱ درصد می‌باشد. یعنی ۳۷ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات خودکارآمدی مربوط به تأثیر عضویت گروهی می‌باشد. توان آماری نزدیک به یک نمایانگر کفایت حجم نمونه است. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره نمرات پس‌آزمون و پیگیری نمرات خودکارآمدی در سه گروه آزمایشی و کنترل در

مشاهده می‌شود. بدین معنی که در افزایش خودکارآمدی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در مرحله پیگیری مؤثرتر از درمان گروهی شناختی- رفتاری بوده است

جدول ۴ نشان داده شد. همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می‌گردد بین گروه‌های آزمایش با گروه کنترل از نظر افزایش خودکارآمدی بین معتادان تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود. ولی بین دو گروه آزمایشی صرفاً در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری

جدول ۳. نتایج تحلیل MANCOVA بر روی میانگین نمرات خودکارآمدی

نام آزمودن	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	معنی داری (P)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون لاندای ویلکز	۰/۳۹۶	۹/۱۲۷	۴/۰۰۰	۶۲/۰۰۰	**۰/۰۰۱	۰/۳۷۱	۰/۹۹۹

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره تاثیر عضویت گروهی بر میزان خودکارآمدی سه گروه

متغیرها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنا داری (P)	میزان تاثیر	توان آماری
پیش آزمون	۱	۱۰۶۱/۲۸۶	۱۳/۹۱۹	**۰/۰۰۱	۰/۳۰۳	۰/۹۵۱
پیگیری	۱	۴۳۴/۸۲۰	۳/۱۱۸	۰/۰۸۷	۰/۰۸۹	۰/۴۰۲
پس آزمون	۲	۱۷۲۴/۶۷۵	۲۲/۶۲۰	**۰/۰۰۱	۰/۵۸۶	۱
عضویت گروهی	۲	۱۷۱۳/۶۸۷	۱۲/۲۸۷	**۰/۰۰۱	۰/۴۳۴	۰/۹۹۲

جدول ۵. نتایج مقایسه‌های زوجی تحلیل کوواریانس چند متغیره تاثیر عضویت گروهی بر میزان نمرات خودکارآمدی سه گروه

متغیرها	گروه (۱)	گروه (۲)	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	معنی داری	میزان تاثیر	توان آماری
آزمون خودکارآمدی	آزمایش (درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی)	آزمایش (درمان شناختی- رفتاری)	۷/۲۵۱	۴/۹۳۲	۰/۱۵۱	۰/۵۷۰	۰/۹۹۹
	آزمایش (درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی)	کنترل	۲۳/۷۴۴	۴/۹۴۳	**۰/۰۰۱		
	آزمایش (درمان شناختی- رفتاری)	کنترل	۱۶/۴۹۳	۴/۸۲۲	**۰/۰۰۲	۰/۳۵۴	۰/۸۹۸
	آزمایش (درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی)	آزمایش (درمان شناختی- رفتاری)	۹/۷۲۱	۳/۶۴۶	*۰/۰۱۲	۰/۷۲۲	۱
پیگیری خودکارآمدی	آزمایش (درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی)	آزمایش (درمان شناختی- رفتاری)	۲۴/۳۳	۳/۶۵۵	**۰/۰۰۱		
	آزمایش (درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی)	کنترل	۱۴/۶۰۹	۳/۵۶۵	**۰/۰۰۱	۰/۴۲۸	۰/۹۶۵
	آزمایش (درمان شناختی- رفتاری)	کنترل					
	آزمایش (درمان شناختی- رفتاری)	آزمایش (درمان شناختی- رفتاری)					

برای بهبود خودکارآمدی معتادان مفید و مؤثر است. گروه‌های آزمایشی که هر یک نوعی مداخله دریافت کرده بودند؛ در مقایسه با گروه کنترل که در لیست انتظار بود و مداخله‌ای دریافت نکرد؛ در متغیر وابسته که شامل خودکارآمدی بود؛ بهبودی معنی‌داری را

بحث و نتیجه‌گیری

به طور خلاصه، نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو مداخله، درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی

در مرحله‌ی پس آزمون و پیگیری نشان دادند. همچنین تفاوت‌های معنی‌داری در اثر بخشی دو مدل درمانی بر متغیر مورد مطالعه در مرحله‌ی پیگیری دیده شد که بر اساس آن‌ها می‌توان گفت: مداخله‌ی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی عملکرد بهتری را نسبت به درمان شناختی-رفتاری داشت. با توجه به نتایج به دست آمده، تشریح فرضیه و سؤال پژوهش حاضر به شرح ذیل می‌باشد: فرض بر این بود که بین اثربخشی دو گروه آزمایش بر نمرات خودکارآمدی معنادار در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که بعد از انجام مداخله و پیگیری ۴۵ روزه، تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایشی و کنترل، در متغیر خودکارآمدی به وجود آمده بود. این یافته بدین معنی است که مداخلات شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی برای بهبود خودکارآمدی معنادار مؤثر هستند. این یافته‌ها همسو با نتایج مطالعات Washington, Goldberg و همکاران، Yen-Cheng, Digestra و همکاران، Winkleyby (۲۱)، Burleson & Kamminer (۲۲)، Hyan, Chung & Lee (۲۳)، Susan (۲۴)، Carrol و همکاران (۲۵)، kealey و همکاران (۲۶)، جعفری، شهیدی و عابدین (۲۷)، قربانی (۲۸) و کمرزین، زارع و Bruki Milan (۲۹) می‌باشد که نتیجه گرفتند درمان شناختی-رفتاری می‌تواند برای بهبود خودکارآمدی معنادار مناسب باشد. برای تبیین اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری می‌توان گفت که یادگیری رفتارهای جدید و مناسب برای مقابله با اعتیاد، احساس تسلط و توانمندی را در افراد به وجود می‌آورد. همچنین به نظر می‌رسد اکتساب و کاربرد مهارت‌های مقابله‌ای شناختی-رفتاری جدید باور به خودکارآمدی را در افراد معنادار بالا برده است. از طرفی در این دیدگاه آشنایی مراجعان با مهارت‌های حل مسئله به آن‌ها کمک می‌کند تا به همه‌ی جوانب موقعیت‌ها فکر کنند و در نظر داشته باشند که مراحل منجر به پاسخ‌دهی آن‌ها، بیشتر مبتنی بر غرایز، احساسات و هیجانات آن‌ها می‌باشد. هنگامی که مراجعان، موفقیت در حل مسئله را تجربه کنند خودکارآمدیشان افزایش می‌یابد. اما در خصوص درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، پژوهشی که

مستقیماً همسو با یافته‌های پژوهشگر باشد فقط می‌توان به پژوهش Grant و همکاران (۳۰) اشاره کرد؛ از طرفی به علت استفاده این درمان از تکنیک‌های شناختی-رفتاری ما می‌توانیم به پژوهش فوق نیز اشاره کنیم. همانگونه که قبلاً عنوان شد؛ مطالعه‌ی پیگیری ۴۵ روزه نشان داد که گروه دریافت کننده‌ی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی عملکرد بهتری را نسبت به درمان شناختی-رفتاری در طول مرحله‌ی پیگیری داشتند. این نتیجه را می‌توان چنین تبیین کرد که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، یکی از رویکردهای متعدد روان‌شناسی مثبت به منظور افزایش شادی و بهبود کیفیت زندگی است. در این درمان، به مراجعین، نظریه‌ها، انگاره‌ها و مهارت‌هایی آموخته می‌شود که به آن‌ها کمک کند؛ نیازها، اهداف و آرزوهای مربوط به حیطه‌ی ارزشمندی زندگی خود را تعیین، پیگیری و برآورده سازند. بر خلاف بقیه درمانگران و رویکردهای درمانی که تنها روی مشکلات، تأکید دارند، این درمان، روی یادگیری، کمک کردن و خلاقیت تأکید دارد. این رویکرد درمانی به درمان‌جویان آموزش می‌دهد که شادی نیز یک انتخاب است. مداخله‌ها در این روش، تنها بر خود فرد، تمرکز ندارد بلکه در کمک به درمان‌جویان جهت تحول پیدا کردن، به وسیله یادگیری، همدردی و محبت ورزیدن، تمرکز می‌کند. این رویکرد بر نیاز درمان‌جویان، جهت تمرکز کردن و رسیدن به ارزش‌هایشان تأکید دارد.

تجارب که توسط این درمان بنا شده است در مدل پنج راهه ترکیب شده است. این مدل شالوده و پایه اصلی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی را تشکیل می‌دهد. از طرفی پژوهش‌ها در رابطه با درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی خصوصاً نشان می‌دهد که مراجعین به علت این که در برآورده ساختن معیارهای عملکرد و موفقیت خودشان در حیطه‌ی ارزشمند زندگی مثل کار، تحصیل، روابط عاشقانه، دوستی‌ها، عملکرد اخلاقی یا توانایی کنترل علایم اختلال روانی مثل افسردگی، اضطراب و اعتیاد احساس شکست و ناتوانی می‌کنند؛ دچار احترام به خوشتن کم یا به عبارتی خودکارآمدی پایین می‌شوند. راه‌های موفقیت برای کسب احترام به خوشتن و افزایش خودکارآمدی در این دیدگاه استفاده از تکنیک‌های بازسازی شناختی مثل دروغ

و تمرینات رفتاری در هر جلسه، ارایه شود، و بسیاری از مطالب کم اهمیت که در آن حوزه، مشخص شده بود؛ حذف شود. در پایان پیشنهاد می‌شود با توجه به اثر بخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خودکارآمدی معتادان، علاوه بر درمان شناختی- رفتاری که در درمانگاه‌های ترک اعتیاد انجام می‌شود از این بسته‌ی درمانی به عنوان روشی که می‌تواند کیفیت زندگی این افراد را بهبود بخشد؛ استفاده شود. همچنین یکی از حوزه‌های در حال رشد روان‌درمانی‌های جدید، خصوصاً در حوزه‌ی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، تأکید بر معنویت و ارزش‌های فردی است که مطالعه روی ظرفیت‌های بالقوه درمانی در فرهنگ مردم ایران، همچون ظرفیت‌های معنوی، مذهبی و وجود مفاهیمی مانند امید، بخشش و سایر سازه‌های روان‌شناسی مثبت در آداب و رسوم جامعه ایران را می‌رساند که می‌توان سبک‌های درمانی جدید را بر اساس اصول علمی و درمانی و در فضای فرهنگی بومی جامعه ایران طراحی کرد.

سنج و ثبت روزانه استرس، همچنین تمرین موهبت‌ها/ دستاوردها/ استعدادها و ثبت موفقیت دو ابزار دیگری هستند که می‌تواند خودکارآمدی افراد را افزایش دهند. احتمالاً استفاده از همین تکنیک‌ها توانسته خودکارآمدی معتادان را در مرحله پس‌آزمون افزایش داده و اثربخشی خود را در مرحله‌ی پیگیری نیز حفظ کند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش این است که نتایج فقط در مورد معتادان مرد شهر اصفهان قابل تعمیم است لذا تعمیم نتایج آن به سایر شهرها و همچنین معتادان زن باید با احتیاط صورت گیرد. دوره‌ی زمانی کوتاه مرحله‌ی پیگیری (۴۵ روزه) یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. همچنین به دلیل اینکه حوزه‌ی روان‌شناسی مثبت و روان‌درمانی‌های مثبت و خصوصاً درمان‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، به تازگی در تلاش‌های بالینی و پژوهشی کشور، مورد توجه قرار گرفته است. پیشینه‌ی چندانی که امکان مقایسه آن با نتایج پژوهش حاضر فراهم آورد به دست نیامد. از طرفی با توجه به گسترده بودن محتوای هر حوزه از ۱۲ حوزه‌ی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی طراحی تکالیف تمرینات رفتاری متعدد، کمبود وقت و متفاوت بودن انتظارات اعضای گروه، سعی شد تا حد امکان، مطالب به صورت خلاصه‌ای جامع، همراه با مهم‌ترین تکالیف

References

1. Velasquez M, Maurer GG, Crouch C, Diclemente CC. Group Treatment for Substance Abuse. Trans. Nurani Poor R, Ghorbani M. Tehran: Ravan Press; 2007. [In Persian].
2. UNDOCD. World Drug Report. New York: United nations publication; 2005.
3. Mokri A, Brief overview of the status of drug in Iran. Archives of Iranian Medicine 2002; 5(3): 184-90.
4. Burleson JA, Kamminer Y. Self efficacy as a protective treatment out come in adolescent substance use disorders. Journal of Addictive behavior 2005; 3(9): 175-79.
5. Momtazi S. Family and Addiction. Tehran: Mahdis Press; 2003. [In Persian].
6. Velasquez M, Maurer GG, Crouch C, Diclemente CC. Group Treatment for Substance Abuse. Trans. Ziaaudini H, Hosseini M, Nocani M, Tofani KH. Arjmand Press; 2009. [In Persian].
7. Diclemente CC. Addiction and Change. New york: The Guilford Press; 2003.
8. Gray KM, Larowe SD, Watson NL, Carpenter MJ. Increased self efficacy to quality and perceived control over withdrawal symptoms predict smoking cessation following nicotine dependence treatment. Journal of Addictive Behaviors 2011; 36:144-47.
9. Mahyar A, Jazaeri M. Addiction: Prevention and Treatment. Tehran: Peycan Press; 2007. [In Persian].
10. Bandura A. Perceived self- efficacy in cognitive development and functioning. Education Psychology 1993; 28 (2): 117- 48.
11. O'Donohue W, Fisher J E. Cognitive Behavior Therapy. New Jersey: Wiley & Sons Press; 2008.

12. Bailing PJ, Mac Cab RA, Antoni MM. Cognitive Behavioral Group Therapy. Trans. Khodayari Fard M, Abedini y. Tehran: Tehran University Press; 2009. [In Persian].
13. Christner RW, Stewart JL, Freeman A. Handbook of cognitive behavior group therapy with Children and Adolescents. New York: Routledge Press; 2007.
14. Carrol KM. Gognitive– Behavior theraphy of Drug Abuse. Trans. Bakhshi Poor A, Mohammad Khani SH. Tehran: Sepande Honar Press; 2001. [In Persian].
15. Frisch M B. Quality or Life Therapy. Trans. Khamse A. Tehran: Arjmand Press; 2011. [In Persian].
16. Frisch M B. Quality or Life Therapy. The John Wiley & Sons Press; 2006.
17. Diener E, Glatzer W, Moum T, Sprangers M G, Vogel J, Veenhoven R. Approaches to improving the quality of life. New York: Springer Press; 2010.
18. Frisch MB. Use of the quality of life inventory in problem assessment and treatment planning for cognitive therapy of depression. In: Freeman A, Dattilio F, Editors. Eomprehensive Casebook of Cognitive Therapy. New York: Plenum Press; 1992: 27-52.
19. Vaghri A. Examine the relationship between self-efficacy and coping style crisis in young couples Tehran university students in academic year 2000-2001. [Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiyat Moalem University; 2001. [In Persian]
20. Ahadi B, Narimani M, Abulghasemi A, Asiaei M. The relationship between emotional intelligence and life satisfaction in attribution style and self-employed women. [Thesis]. Journal of Educational Studies and Psychology 2007; 10(1). [In Persian].
21. Figlie N, Dunn J, Bazan JL, Laranjeira R. The Stages of Change Scale Among Brazilian Alcohol Dependents. Addictive Disorders & Treatments 2005; 4(4): 5-161.
22. Burleson JA, Kamminer Y. Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. Addict Behav. 30(9):1751-64.
23. Hyan MS, Chung HL, Lee YJ. The effect of cognitive – behavior group therapy on the self – esteem, depression and self – efficacy of run away adolescents in a shelter in south korea. Applying Nurse Research 2005; 18 (3): 160-66.
24. Susan R. Comorbidity of substance dependence and depression: Role of life stress and self – efficacy in sustaining abstinence. Psychology of Addiction Behavior 2008; 22 (1): 47-57.
25. Carrol KM, Ball SA, Martino S, Nich C, Babuscio TA, Rounsaville BJ. Enduring effect of a computer- assisted training program for cognitive behavioral therapy: A six month follow-up of CBT4CBT. Drug and Alcohol Dependence 2009; 100: 178-81.
26. Kearly KA, Ludman EJ, Marek PM, Mann SL, Bracker JB, Peterson AV. Design and implementation of an effective telephone counseling intervention for adolescent smoking cessation. Journal of the National Cancer Institute 2009; 101(20): 1393-405.
27. Jafari M. Comparing the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Trans-theoretical Model of improving abstinence self-efficacy in substance dependent adolescents. [Thesis]. Tehran, Iran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 2008. [In Persian].
28. Ghorbani T. Effectiveness of group cognitive - behavioral therapy (CBT) is based on learning skills and methadone maintenance therapy (MMT) in changing drug-related beliefs, opinions tempting, self-efficacy, emotional regulation, and a return to substance use prevention. [Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiyat Moalem University; 2010. [In Persian].
29. Kamarzarin H, Zare H, Bruki Milan H. Effectiveness of cognitive - behavioral therapy to increase efficacy and improve symptoms associated with drug addiction. [Thesis]. Journal of Addiction Studies 2012; 6(22): 75-85. [In Persian].
30. Padash Z. Comparison of the Effectiveness of Quality of Life Therapy on Marital Satisfaction of Spouses in Isfahan City. [Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University; 2010. [In Persian].

Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral group therapy and quality of life therapy on self efficacy among addicts

Mohammad Ebrahim Shariati¹, Zahra Izadikhah², Hosein Molavi³, Mehrdad Salehi⁴

Original Article

Abstract

Aim and Background: Existing researches in the field of addiction generally focus on strategies for withdrawal not on the addicted victims quality of life. Therefore, in this study, the addicted people is educated to enhance or improve the quality of life, Reform and develop the teaching of cognitive-behavioral therapy, The impact of these developments on important factors such as self-efficacy has been studied.

Methods and Materials: The research is of the type semi-experimental with experimental and control groups, with follow-up (45 days). To determine the number of the sample, at first, two clinics for addiction withdrawal (Fardaye Roshan Clinic and Rahabakhsh Clinic) in the year 1390 were selected. 36 people applying for participation in the study were randomly assigned to two groups (Cognitive Behavioral Group Therapy and Quality of Life Therapy) and control assigned. Finally, at the end of sessions, posttest and 45-day follow-up were administrated on the group. For the reason of controlling intervention variable, multivariate analysis of covariance has been use in addition to descriptive statistics

Findings: The results of the research indicate that CBT and the treatment based on the improvement of life quality could significantly increase the addicts, scores of Self efficacy in post test compared to the control group ($P < 0.5$). The point to be mentioned is the better functioning of the treatment based on the improvement of quality of life therapy compared to CBT in the addicts, follow-up stage of self efficacy.

Conclusions: The findings highlighted the importance of using techniques and demonstrated the increased self efficacy of this technique to work, we organized the important area of life, the effect will be better

Keywords: Cognitive Behavioral Group Therapy, Quality of Life Therapy, Self Efficacy, Addicts.

Citation: 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**

J Res Behave Sci 2013; 11(4):279-288

Received: 17.12.2012

Accepted: 02.10.2013

1- Clinical Psychology, The University of Fars Sciences and Researches , Fars, Iran (Corresponding Author) E-mail: psy_mshariati@yahoo.com

2- Assistant Professor, Psychology, School of Educating Sciences , Isfahan University, Isfahan, Iran

3- Professor, Psychology, School of Educating Sciences Isfahan University, Isfahan, Iran

4- Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran