

## اثربخشی برنامه درسی مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری بر افزایش میزان خودکارآمدی و تاب‌آوری بیماران تحت درمان نگهدارنده متادون

محمد اکبری بورنگ<sup>۱</sup>، محمد حسن دلاکه<sup>۲</sup>، رضا صابری<sup>۳</sup>، بهمن یاسبلاغی<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۶/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۹/۱۷

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه درسی مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و تاب‌آوری در بیماران تحت درمان متادون صورت گرفته است. **روش:** به این منظور، 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 با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه آزمایشی (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفره) بررسی شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه تحت درمان شناختی-رفتاری به سبک کارول قرار گرفتند و گروه کنترل فقط داروی متادون دریافت کردند. پرسش‌نامه‌های خودکارآمدی و تاب‌آوری در هر دو گروه قبل و بعد از درمان مورد استفاده قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی بیماران تحت درمان متادون تأثیر مثبت داشته است ( $p < ۰/۰۵$ ). همچنین نتایج نشان داد درمان شناختی-رفتاری بر تاب‌آوری تأثیر معنادار نداشته است. **نتیجه‌گیری:** نتایج این تحقیق تلویحات کاربردی و بالینی دارد.

**کلید واژه‌ها:** درمان شناختی-رفتاری، بیماران تحت درمان متادون، خودکارآمدی، و تاب‌آوری

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه برنامه درسی، دانشگاه بیرجند، بیرجند، ایران، پست الکترونیک:

Akbarybormg2003@birjand.ac.ir

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، بیرجند، ایران

۳. استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران

۴. استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه اراک، اراک، ایران

## مقدمه

یکی از بارزترین آسیب‌های روان‌شناختی که همه ساله ده‌ها هزار قربانی و صدها میلیارد دلار هزینه و خسارات غیرقابل جبران به افراد و خانواده‌ها و کل جامعه جهانی وارد می‌کند و باعث شکل‌گیری مسائل فردی، خانوادگی و اجتماعی می‌گردد، اعتیاد به مواد مخدر است. بروز یا شیوع و تداوم آن متأثر از تعامل عوامل مختلف ژنتیکی، روانی-اجتماعی و محیطی است که بر روی یکدیگر تأثیر متقابل دارند. این موضوع نشان‌دهنده آن است که پدیده اعتیاد یا سوء مصرف مواد دارای ابعادی چندگانه می‌باشد. بنابراین اگر در مبارزه با اعتیاد تنها یکی از عوامل را مدنظر قرار دهیم و از دیگر عوامل چشم‌پوشی کنیم عوامل دیگر تأثیر عامل مورد نظر را کاهش خواهند داد (وجودی، عبدال پور، بخشی پور و دوسری و عطارد، ۱۳۹۳). دفتر مبارزه با جرم و مواد مخدر سازمان ملل متحد، اخیراً در گزارشی اعلام کرده است ایران دارای بیشترین افراد وابسته به مواد مخدر، در بین کشورهای جهان است. در تأیید این ادعا سازمان بهزیستی کشور نیز اعلام نموده رشد سوء مصرف مواد در کشور سالانه حدود ۸٪ است. در حالی که جمعیت کشور سالانه حدود ۲/۶٪ رشد می‌کند. بنابراین تعداد افراد وابسته به مواد مخدر سالانه بیش از ۳ برابر جمعیت رشد می‌نماید (صرامی، قربانی و مینویی، ۲۰۱۲). مسئله ترک مواد مخدر از جمله مسائلی است که همواره مورد توجه مسئولین و نیز خود مبتلایان به مصرف مواد و خانواده‌های آنها بوده است. ترک جسمانی مواد مخدر چندان مشکل نیست، مشکل عمده در درمان معتادان حتی با دوره‌های پاک‌ی طولانی مدت، میزان بالای عود آنها می‌باشد (دوستیان، شفیع آبادی، کوشه و مساح، ۱۳۹۲). امینی، امینی، افشار و آذر (۱۳۸۲)، میزان بازگشت به مصرف مواد مخدر را ۷۵٪ ذکر کرده‌اند.

از جمله عواملی که می‌تواند بر عود مصرف مواد تأثیر بگذارد، تاب‌آوری و خودکارآمدی<sup>۱</sup> است. تاب‌آوری از راهبردهای بسیار مهم رویکرد ارتقای سلامت است که در سال‌های اخیر، در کانون توجه متخصصان پیشگیری از اعتیاد قرار گرفته است.

تاب آوری به فرایند تحمل تجربه‌های تلخ و ناگوار گفته می‌شود (ماستن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱؛ لوتار و گیچتی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). تاب آوری توانایی مقاومت در برابر استرس و بازگشت به تعادل طبیعی پس از تجربه عوامل استرس‌زا تعریف می‌شود (ورنر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). اصطلاح خودکارآمدی بر نظریه شناختی-اجتماعی بندورا مبتنی است و به باورهای شخص در مورد اینکه چگونه به خوبی می‌تواند در تغییر خود مؤثر باشد اشاره دارد. بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی بندورا، مصرف مواد مخدر ناشی از الگوگیری فرد از افرادی است که انتظارات مثبتی در زمینه مصرف مواد مخدر دارند. به عبارت دیگر، الگوهای موجود در محیط زندگی، فرد را به دلیل مصرف مواد تشویق و تقویت می‌کنند. بسیاری از درمان‌جویان دچار سوء مصرف مواد، الگوهای تفکر خاصی دارند که موجب تداوم اختلال آن‌ها می‌شود و ممکن است مانع ایجاد تغییر شود (بک، رایت، نیومن و لایز<sup>۴</sup>، ۱۹۹۳) این الگوهای تفکر را باورهای مرتبط با انتظاراتها، باورهای مرتبط با اجازه‌ی مصرف و باورهای فرد در زمینه مصرف مواد تشکیل می‌دهند. این باورها شامل افکار و ایده‌هایی درباره لذت طلبی، حل مسئله، برجسته بودن و فرار است که ممکن است در دوره‌ی کودکی فرد شکل گرفته باشد (بک و همکاران، ۱۹۹۳). شواهد نشان می‌دهد خودکارآمدی متغیری است که می‌تواند در پیشگیری از عود نقش داشته باشد (شریعتی، ایزدی‌خواه، مولوی و صالحی، ۱۳۹۲). افرادی که خودکارآمدی بیشتری به منظور ترک سیگار نشان می‌دهند بیشتر احتمال دارد مصرف سیگار را ترک کنند (کری، واتسون، کارپینتر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱) به همین دلیل است که متخصصان پیشنهاد کرده‌اند در رابطه با اعتیاد بر احساسات و عواطف مثبت از قبیل حس احترام به نفس، احساس توانایی و کارایی شخصی تأکید شود. فرض زیربنایی این است که افراد به دلیل احساس اعتماد به نفس پایین و عدم خودکارآمدی به سمت اعتیاد کشیده می‌شوند (شریعتی، ایزدی‌خواه، مولوی، و صالحی، ۱۳۹۲). یکی از رویکردهایی که برای پیشگیری از عود و ترویج روش تغییر رفتار استفاده می‌شود، روش افزایش خودکارآمدی است. خودکارآمدی راهبردی طراحی شده برای افزایش احساس تسلط مراجع و قادر

۱۰۵

105

1. Masten  
2. Luthar & Cicchetti  
3. Werner

4. Beck, Writhing, Newman, & Liese  
5. Gray, Watson, Carpenter

شدن وی برای مواجهه با موفقیت‌های سخت بدون لغزش است. بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند احساس خودکارآمدی در پیشگیری، درمان، جلوگیری از مصرف مجدد مواد و عود آن نقش دارد و درمان شناختی-رفتاری نیز باعث افزایش خودکارآمدی می‌شود (کمرزین، زارع، و بروکی میلان، ۱۳۹۰؛ خلعتبری، قربات شیروودی، شکرگذار، ۱۳۹۰؛ اورکی، ۱۳۸۷؛ و مک هیوگ، هیرون، و آتو، ۲۰۱۰).

درمان شناختی-رفتاری یک برنامه‌ی آموزش روانی-اجتماعی است. فعالیت اصلی این نوع درمان یادگیری مهارت‌های جدید و به کارگیری این مهارت‌ها در جلسات درمان و در منزل به صورت تکلیف خانگی و در شرایط زندگی واقعی است. فنون شناختی، باورهای مرتبط با مواد و افکار خودآیندی را که در کشش‌ها و هوس‌ها نقش دارند، مورد توجه قرار می‌دهند. فنون رفتاری بر اعمال و رفتاری تمرکز دارند که از نظر علی با فرایندهای شناختی در تعامل هستند (بک و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از قربانی، محمدخانی، و صرامی، ۱۳۹۱). در درمان شناختی-رفتاری، درمان‌گر به درمان‌جو کمک می‌کند تا از تجارب خود برای ارزیابی درستی یا نادرستی باورها و عقاید خود استفاده کند. هدف این درمان عبارت است از شناسایی و بازسازی باورهای غیر منطقی و طرحواره‌های مربوط به خود، دیگران و جهان که در ایجاد آشفتگی‌های هیجانی و رفتارهای ناسازگارانه نقش اساسی دارند. همچنین این رویکرد به طور ذاتی، مشارکتی است و خودکارآمدی درمان‌جو را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، 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. 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 خودکارآمدی آنان نیز افزایش خواهد یافت (شریعتی و همکاران، ۱۳۹۲). در سال‌های اخیر این نوع درمان پیشرفت زیادی کرده است و

روش‌هایی ایجاد شده است که به نحو وسیعی در درمان افسردگی، اضطراب، ترس، درد و اعتیاد کارایی دارد.

نیک<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای برای چهار مورد بالینی معتادان مرد، درمان شناختی-رفتاری را مؤثر گزارش کرده است. یافته‌ها به طور آشکار نشان می‌دهند رویکرد شناختی-رفتاری برای حل مشکلات اعتیاد و درماندگی مفید بوده است و می‌توان از آن در درمان اعتیاد استفاده کرد. پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در بهبود اختلالات سوءمصرف مواد (مک هیوگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ کمزین و همکاران، ۱۳۹۰)، کاهش سوءمصرف مواد (احمد خانی‌ها، قرائی‌پور و پناغی، ۱۳۸۵؛ دنیس، لای، فاتیاز، و ایوریاکومی، ۲۰۰۶)، کاهش میزان بازگشت (آشوری و ملازاده، ۱۳۸۷) و بهبود کیفیت زندگی (مومنی، مشتاق بیدختی، و پورشهباز، ۱۳۸۹) می‌باشد. اورکی و مطبوعی (۱۳۸۹) طی پژوهشی با هدف اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری بر بهبود و پیشگیری از سوء-مصرف مواد افیونی به این نتیجه دست یافت درمان شناختی-رفتاری در کاهش میزان بازگشت، افزایش مدت باقی ماندن در درمان، کاهش مصرف مواد و بهبود عملکرد اجتماعی مؤثر است. علوی لنگرودی و نیکزاد مقدم (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش عود اعتیاد به مواد مخدر در دانشجویان پرداختند، یافته‌ها نشان داد درمان شناختی-رفتاری در کاهش میزان عود اعتیاد دانشجویان معنادار مؤثر بوده و توانسته از بازگشت آن‌ها به مصرف مجدد مواد مخدر جلوگیری نماید. مک هیوگ و همکاران (۲۰۱۰)، در پژوهشی به ارائه شواهد حمایتی برای استفاده از درمان شناختی-رفتاری در بهبود اختلالات سوءمصرف مواد پرداختند و بر به کارگیری راهبردهای یادگیری، شناختی، انگیزشی و همچنین مهارت‌های مقابله‌ای به عنوان یک عامل حمایت کننده در سراسر فرآیند درمان و پیشگیری از عود مواد تأکید می‌کنند. قربانی، محمدخانی، و صرامی (۱۳۹۰)، در پژوهشی به مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری مبتنی بر مهارت‌های مقابله‌ای و درمان نگهدارنده با متادون در بهبود عوامل شناختی و رفتاری مرتبط با مصرف مواد و پرهیز از مواد پرداختند. یافته‌ها نشان داد درمان

شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان نگهدارنده با متادون و گروه کنترل به کاهش معنادار باورهای مرتبط با مواد، عقاید وسوسه انگیز و افزایش معنادار خودکارآمدی و تنظیم هیجان افراد مصرف کننده مواد منجر شد. نتایج پژوهش فیرو<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) نیز در مورد میزان بهبودی اعتیاد به مواد مخدر نشان داد از بین انواع مدل‌های مختلف درمان، روش شناختی-رفتاری از بیشترین میزان تأثیر برخوردار بوده است.

با توجه به نقش خودکارآمدی و تاب‌آوری در ترک اعتیاد و تأثیر رویکردهای شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و تاب‌آوری این پژوهش با هدف بررسی تأثیر رویکرد شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان تحت درمان متادون طراحی و اجرا گردید.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش به منظور بررسی اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و تاب‌آوری در بیماران تحت درمان متادون در شهرستان زیرکوه طراحی شد. طرح مورد نظر، طرح شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری در این تحقیق شامل افراد معتادی بود که به مدت حداقل سه ماه برای دریافت داروی نگهدارنده متادون به مراکز ترک اعتیاد شهرستان زیرکوه مراجعه کرده بودند. حجم نمونه آماری این تحقیق تعداد ۶۰ نفر از بیماران تحت درمان ماده نگهدارنده متادون (MMT) بودند که به صورت هدفمند انتخاب شدند. نمونه‌گیری از بین بیماران با توجه به ملاک‌های طول مدت تحت درمان ماده نگهدارنده متادون (حداقل ۳ ماه)، دارا بودن شرایط سنی (۲۰ تا ۵۰ سال) و عدم داشتن بیماری‌های شدید روانی، ۶۰ نفر انتخاب و به دو گروه ۳۰ نفری (آزمایش و گواه) به صورت جایگزین تصادفی قرار داده شدند. مدت درمان شناختی-رفتاری برای گروه آزمایش ۱۲ جلسه در نظر گرفته شد که طبق پروتکل درمانی کارول مورد آموزش قرار گرفتند.

## ابزارها

۱. پرسش نامه خودکارآمدی عمومی شرر: این پرسش نامه توسط شرر و همکاران ساخته شد که دارای ۱۷ گویه است. شرر و مادوکس<sup>۱</sup> (۱۹۸۲) بدون مشخص کردن عوامل و عبارات آن معتقد بودند این مقیاس سه جنبه از رفتار شامل میل به آغازگری رفتار، میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف و متفاوت در رویارویی با موانع را اندازه گیری می کند. شیوه نمره گذاری پرسش نامه خودکارآمدی عمومی به این صورت است که هر ماده از یک تا پنج امتیاز (کاملاً مخالف=۱، تا کاملاً موافق=۵) تعلق می گیرد. گویه های ۳، ۸، ۹، ۱۳، و ۱۵ معکوس نمره گذاری می شوند. نمره بیشتر بیانگر خودکارآمدی بالاتر است. آماره های توصیفی و ضریب آلفا به تفکیک مولفه ها در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱: آماره های توصیفی و ضرائب آلفای کروباخ به تفکیک مولفه ها

مولفه ها	تعداد گویه	تعداد نمونه	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کروباخ
خودکارآمدی کل	۱۶	۳۴۴	۶۲	۸/۷۳	۰/۸۳
عامل اول	۷	۳۴۴	۲۵/۷۹	۴/۴۴	۰/۷۶
عامل دوم	۶	۳۴۴	۲۱/۶۵	۳/۵۸	۰/۶۸
عامل سوم	۳	۳۴۴	۱۱	۲/۰۶	۰/۵۶

۱۰۹

109

سال دهم، شماره ۳۸، تابستان ۱۳۹۵  
Vol. 10, No. 38, Summer 2016

جهت روایی ملاکی، همبستگی نمره این پرسش نامه با نمره ی مقیاس منبع کنترل راتر محاسبه شد که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. همچنین همبستگی نمره این پرسش نامه با نمره ی مسند مهار گذاری درونی راتر ۰/۳۳ به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود.

۲. مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون<sup>۲</sup>: این مقیاس را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی های روان سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت های اولیه، بیماران سرپایی روان پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر، و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه اجرا شده است. تهیه کنندگان این مقیاس بر این باورند که به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیرتاب آور در گروه های بالینی

1. Sherer &amp; Maddux

2. Connor – Davidson Resilience Scale (CD – RISC)

می‌باشد، و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. دارای ۲۵ گویه است که در یک مقیاس لیکرتی صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آن است که این مقیاس دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی می‌باشد. کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب اعتبار حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ گزارش شده است. سؤالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۳، ۲۴، و ۲۵ مولفه‌ی تصور از شایستگی را می‌سنجند. سؤالات ۶، ۷، ۸، ۱۴، ۱۵، ۱۹، و ۲۰ مولفه‌ی اعتماد به غرایز فردی؛ سؤالات ۱، ۲، ۴، ۵، و ۹ مولفه‌ی پذیرش مثبت تغییر؛ سؤالات ۱۳، ۲۱، و ۲۲ مولفه‌ی کنترل؛ و نهایتاً سؤالات ۳، و ۹ مولفه‌ی تأثیر معنوی را می‌سنجند. در ایران این مقیاس توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. او ضریب اعتبار به روش آلفای کرونباخ را ۰/۸۹ گزارش نمود. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر عبارت با نمره کل محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز عبارت ۳، ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس عبارات مقیاس به روش مؤلفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند.

## روند اجرا

بعد از انتخاب ۶۰ نفر بطور هدفمند با توجه به ملاک‌های ورود و خروج؛ بطور تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند و به تصادف در یک گروه (گروه آزمایش) درمان شناختی-رفتاری در ۱۲ جلسه‌ی یک ساعته که به سه قسمت ۲۰ دقیقه‌ای تقسیم می‌شد ارائه شد. ۲۰ دقیقه اول به فهم روشن نگرانی‌های جاری بیماران، سطح عملکرد کلی آن‌ها، میزان مصرف مواد و میل به آن طی هفته گذشته اختصاص داشت و ۲۰ دقیقه دوم به معرفی و بحث درباره یک مهارت خاص اختصاص داشت 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، پیش‌بینی و برنامه‌ریزی صورت می‌گرفت (در



رویکرد شناختی-رفتاری به این روند درمان قاعده ۲۰/۲۰/۲۰ گفته می‌شود (کارول<sup>۱</sup>، ۱۳۸۷). شکل درمان به صورت انفرادی و برای هر بیمار ۱۲ جلسه درمانی (هر هفته یک جلسه) صورت گرفت.

### یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	گروه‌ها	نوع آزمون	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
خودکارآمدی	آزمایش	پیش آزمون	۳۰	۳۲/۳۸	۸/۹۳
		پس آزمون	۳۰	۶۴/۳۶	۱۱/۵۵
گواه	گواه	پیش آزمون	۳۰	۴۱/۴۴	۴/۷۴
		پس آزمون	۳۰	۴۳/۱۰	۹/۳۴
تاب‌آوری	آزمایش	پیش آزمون	۳۰	۴۲/۱۹	۴/۲۶
		پس آزمون	۳۰	۷۷/۴۶	۷/۰۲
گواه	گواه	پیش آزمون	۳۰	۵۶/۰۶	۱۲/۷۵
		پس آزمون	۳۰	۷۱/۳۰	۱۶/۶۸

۱۱۱

111

سال دهم، شماره ۳۸، تابستان ۱۳۹۵  
Vol. 10, No. 38, Summer 2016

به منظور بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی بیماران تحت درمان متادون از تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج تحلیل کواریانس در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی اثربخشی درمان بر خودکارآمدی

منبع	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
پیش آزمون	۱۶۳/۷۱	۱/۴۹۴	۰/۲۸
گروه	۵۷۷۲/۹۷	۵۲/۷۰۰	۰/۰۰۰۵
خطا	۱۰۹/۵۴	-	-

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود درمان شناختی-رفتاری در افزایش نمرات خودکارآمدی مؤثر بوده است ( $F=52/700, P<0/001$ ).

به منظور بررسی تأثیر درمان بر مؤلفه‌های تاب‌آوری از تحلیل مانکوا استفاده شد. نتایج نشان داد بین دو گروه در مؤلفه‌های تاب‌آوری تفاوت وجود دارد ( $F=11/92, P<0/01$ ,  $\eta^2=0/55$ ، اثریلائی). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت

معداری	آماره F	میانگین مجذورات	مؤلفه‌ها
۰/۰۰۰۵	۲۵/۸۵۰	۲۹۳/۳۰	شایستگی فردی
۰/۰۱۸	۵/۹۲۰	۵۹/۴۹	تحمل عاطفه منفی
۰/۰۰۱	۱۱/۶۷۰	۸۶/۰۷	روابط ایمن
۰/۰۰۰۵	۱۹/۹۰۰	۷۳/۸۸	کنترل
۰/۰۰۰۵	۱۹/۵۱۰	۴۴/۳۶	تأثیرات معنوی

همانگونه که مشاهده می‌شود درمان شناختی-رفتاری باعث بهبود در تمامی مؤلفه‌های تاب‌آوری معتادان شده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد درمان شناختی-رفتاری بر افزایش خودکارآمدی در بیماران تحت درمان متادون تأثیر معناداری داشت. این یافته پژوهش با نتایج پژوهش‌های کم‌رین و همکاران (۱۳۹۰)، کارول، بال، مارتینو، نیچ، باباسکیو و رانزاویل<sup>۱</sup> (۲۰۰۹)، جعفری، شهیدی، و عابدین (۱۳۸۸)، خلعتبری و همکاران (۱۳۹۰) و فیشر و اسکات<sup>۲</sup> (۱۹۹۶) همخوانی دارد. و با پژوهش طاووسی و همکاران (۱۳۹۰)، به نقل از دوستیان و همکاران، (۱۳۹۲)، که در پژوهش خود تأثیر افزایش خودکارآمدی بر پیشگیری از مصرف مواد را نشان دادند، لاریمر و پالمر<sup>۳</sup> (۱۹۹۹)، که در پژوهشی نشان دادند برنامه‌های شناختی-رفتاری موجب رشد مهارت‌های مقابله‌ای و افزایش خودکارآمدی در درمان‌جویان می‌شود و به علاوه از بازگشت به مصرف مواد آن‌ها به شکل مؤثری پیشگیری می‌کند؛ هیان، چانگ و لی<sup>۴</sup>

1. Carroll, Ball, Martino, Nich, Babuscio, & Rounsaville  
2. Fisher, Scot

3. Larimer, Palmer  
4. Hyun, Chung, Lee

(۲۰۰۵)، که در پژوهش خود دریافتند درمان شناختی-رفتاری باعث کاهش افسردگی و افزایش چشم‌گیری در خودکارآمدی گروه آزمایش می‌شود؛ تات، مک‌کید، کامپیز، شریور، کرنک<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) که در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که درمان شناختی-رفتاری موجب افزایش خودکارآمدی پرهیز در افراد وابسته به مواد می‌شود؛ دوستیان و همکاران (۱۳۹۲) نیز که در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر افزایش خودکارآمدی در افراد وابسته به مواد افیونی به این نتیجه رسیدند که رویکرد شناختی رفتاری بر افزایش خودکارآمدی در افراد وابسته به مواد افیونی مؤثر است؛ و با نتایج پژوهش‌های ملازاده و آشوری (۱۳۸۸)، خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۷)، مارکوسو فورمیگونی<sup>۲</sup> (۲۰۰۱)؛ نارکینگ، رایت، پارسونز، فری، تمپلین و درسما<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) فیشر و اسکات (۱۹۹۶)؛ ین، وو، ین و کو<sup>۴</sup> (۲۰۰۴) که نشان دادند درمان شناختی-رفتاری در افزایش خودکارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد مؤثر است همسو می‌باشد.

۱۱۳

همچنین، در یک مطالعه فراتحلیلی که به بازبینی مداخلاتی با هدف افزایش خودکارآمدی در زمینه تغییر رفتارهای اعتیادی گروه‌های معتادین پرداخته شده بود، نتایج نشان داد خودکارآمدی می‌تواند با استفاده از روش‌های مداخله‌ای مختلف افزایش یابد که یکی از روش‌های مداخله‌ای، درمان شناختی-رفتاری برای معتادین است و در مطالعات بالینی متعددی به کار رفته و تأثیرات مثبتی بر خودکارآمدی بیماران داشته است (هید، هانکینز، دیل و مارتیو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸؛ فرنچ، روباک، دنیس، گودلی، لیدل و تایمس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳). بنابراین درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی و تاب‌آوری معتادان تحت درمان متادون تأثیر دارد. عوامل متعددی در علت‌شناسی سوءمصرف مواد مؤثر هستند که در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و سپس اعتیاد می‌شوند که می‌توان از خودکارآمدی و تاب‌آوری

113

1. Tate, McQuaid, Cummins, Shriver, & Krenec  
2. Marques, & Formigoni  
3. Naar-king, Wright, Parsons, Frey, Templin, & Ondersma  
4. Yen, Wu, Yen, & Ko

5. Hyde, Hankins, Deale, & Marteau  
6. French, Roebuck, Dennis, Godley, Liddle, & Tims

نام برد. مفهوم خودکارآمدی، بارویکرد «من می‌توانم» در زندگی هم معناست و در واقع، باور «من می‌توانم» پایه مفهوم خودکارآمدی راتشکیل می‌دهد. بنابراین افزایش خودکارآمدی می‌تواند فرد را در برابر فشارهای محیطی مصون نگه دارد (بدر و مودی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ نارکینگ و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین مطالعات نشان داده است که سوءمصرف مواد با تاب‌آوری و سلامت روانی مرتبط است. مارک و برون<sup>۲</sup> (۲۰۰۱)؛ به نقل از بوکner، مزاکاپا، بردسلی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳) در پژوهشی نشان دادند همپوشی قابل توجهی بین تاب‌آوری و پیشگیری از سوءمصرف مواد وجود دارد. بنابراین افزایش خودکارآمدی و تاب‌آوری می‌تواند فرد را در برابر فشارهای محیطی مصون نگه دارد. درمان شناختی-رفتاری اعتیاد باعث می‌شود تا بیمار ضمن برخوردارشدن از تصویری کارآمد و تاب‌آور، مهارت‌های مقابله‌ای لازم را به منظور مدیریت موقعیت‌های خطرناک کسب کند و این باور را داشته باشد که می‌تواند بر مصرف مواد کنترل داشته باشد. رمز موفقیت درمان شناختی-رفتاری این است که این درمان بر شناسایی خطاهای شناختی بیماران و سعی در آگاه کردن آن‌ها تأکید می‌کند. چرا که این روند شناسایی و آگاهی از افکار را به هیچ وجه با دارو درمانی نمی‌توان انجام داد و لازم است روی درمان‌های شناختی-رفتاری تأکید ویژه شود. بنابراین با توجه به نتایج پژوهش استفاده از شیوه شناختی-رفتاری همراه با دوره‌ی درمان پیشنهاد می‌شود.

۱۱۴

114

سال دهم، شماره ۳۸، تابستان ۱۳۹۵  
Vol. 10, No. 38, Summer 2016

### منابع

- احمدخانی‌ها، حمیدرضا؛ قرانی‌پور، منوچهر؛ و پناغی، لیلا (۱۳۸۵). اثربخشی مدیریت وابستگی و درمان شناختی-رفتاری در وابستگی به مواد افیونی. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۲(۱)، ۸-۳.
- امینی، کورش؛ امینی، داریوش؛ افشارمقدم، فاطمه؛ و آذر، ماهیار (۱۳۸۲). بررسی عوامل اجتماعی و محیطی مرتبط با بازگشت مجدد معتادان به مصرف مواد افیونی در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۱۱(۴۵)، ۴۱-۴۷.
- اورکی، محمد؛ و مطبوعی، لیلا (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری بر بهبود و پیشگیری از سوءمصرف مواد افیونی. *مجله پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۲(۶)، ۹۱-۱۰۶.

1. Badr, & Moody  
2. Mark & Brown

3. Buckner, Mezzacappa, & Beardslee

جعفری، مصطفی؛ شهیدی، شهریار؛ و عابدین، علیرضا (۱۳۸۸). اثربخشی درمان‌های فرانظری و شناختی رفتاری بر بهبود خودکارآمدی پرهیز در نوجوانان وابسته به مواد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۷ (۱)، ۱-۱۲.

خدایاری فرد، محمد؛ عابدینی، یاسمین؛ اکبری زردخانه، سعید؛ غباری بناب، باقر؛ سهرابی، فرامرز؛ و یونسی، سید جلال (۱۳۸۷). اثربخشی مداخلات شناختی-رفتاری بر سلامت روان شناختی زندانیان. *مجله علوم رفتاری*، ۲ (۴)، ۲۸۳-۹۰.

دوستیان، یونس؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ کلانتر کوشه، سیدمحمد؛ و مساح، امید (۱۳۹۲). اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر افزایش خودکارآمدی در افراد وابسته به مواد افیونی. *ویژه نامه مطالعات اعتیاد*، ۱۴ (۵)، ۴۸-۳۸.

شریعتی، محمد ابراهیم؛ ایزدی‌خواه، زهرا؛ مولوی، حسین؛ و صالحی، مهرداد (۱۳۹۲). مقایسه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی به شیوه‌ی شناختی-رفتاری با درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر خودکارآمدی افراد معتاد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱ (۴)، ۲۷۹-۸۸.

صرامی، حمید؛ قربانی، مجید؛ تقوی، منصور (۱۳۹۲). بررسی دو دهه تحقیقات شیوع‌شناسی مصرف مواد در بین دانشجویان دانشگاه‌های ایران. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷ (۲۷)، ۳۶-۹.

علوی لنگرودی، سید کاظم؛ نیکزاد مقدم، مریم (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش عود اعتیاد به مواد مخدر در دانشجویان و تأثیر آن بر افزایش انگیزش پیشرفت آنان. *دوماهنامه دانشکده بهداشت یزد*، ۱۴ (۱)، ۱-۱۱.

قربانی، طاهره؛ محمدخانی، شهرام؛ و صرامی، غلامرضا (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری مبتنی بر مهارت‌های مقابله‌ای و درمان نگهدارنده با متادون در بهبود عوامل شناختی و رفتاری مرتبط با مصرف مواد و پرهیز از مصرف مواد افراد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۵ (۱۷)، ۷۳-۵۹.

قربانی، طاهره؛ محمدخانی، شهرام؛ و صرامی، غلامرضا (۱۳۹۱). مقایسه اثربخش گروه‌درمانی شناختی-رفتاری و درمان نگه‌دارنده با متادون در تغییر باورهای مرتبط با مواد و پیشگیری از عود. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶ (۲۲)، ۳۸-۲۲.

کارول، کاتلین ام. (۱۳۸۱). *راهنمای عملی درمان شناختی-رفتاری سوء مصرف مواد (درمان گام به گام)*. مترجمان شهرام محمد خانی، عباس بخشی پور رودسری، انتشارات رشد (رسانه تخصصی).

کمرزین، حمید؛ زارع، حسین؛ و بروکی میلان، حسن (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۶ (۲۲)، ۸۵-۷۵.

ملازاده، جواد؛ و عاشوری، احمد (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری در پیشگیری از عود و بهبود سلامت روانی افراد معتاد. *دانشور رفتار*، ۱۶(۳۴)، ۱-۱۲.

مؤمنی، فرشته؛ مشتاق بیددختی، نهاله؛ و پورشهباز، عباس (۱۳۸۹). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش میزان اشتیاق و بهبود نشانه‌های افسردگی و اضطراب درمعتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. *مجله اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۳)، ۹-۸۳.

وجودی، بابک؛ عبدل‌پور، قاسم؛ بخشی‌پور رودسری، عباس؛ و عطارد، نسترن (۱۳۹۳). پیش‌بینی آمادگی به اعتیاد براساس سبک‌های هویت، فرزندپروری و راهبردهای مقابله‌ای در دانش‌آموزان دوره متوسطه. *مجله طب انتظامی*، ۳(۲)، ۳۳-۱۲۳.

- Badr, H.E.; Moody, P.M. (2005). Self-Efficacy: A predictor for smoking Cessation Contemplators in Kuwaiti Adults. *International journal of behavioral medicine*, 12(4), 273-7.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York, NY: W.H. Freeman.
- Beck, A.T.; Writhing, F.D.; Newman, C.F.; & Liese; B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance*. New York, NY, Guilford Press.
- Buckner, J.C.; Mezzacappa, E.; & Beardslee, W.R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development & Psychopathology*, 15(1), 139-62.
- Connor, K.M.; Davidson, J.R.T. (2003). *Development of a New Resilience Scale (CD-RISC)*.
- Carroll, K. M.; Ball, S.A.; Martino, S.; Nich, C.; Babuscio, T.A.; & Rounsaville, B.J. (2009). Enduring effects of a computer-assisted training program for cognitive behavioral therapy: A six-month follow-up of CBT4CBT. *Drug and Alcohol Dependence*, 100, 178-81.
- Denis, C.; Lavie, E.; Fatseas, M.; & Auriacombe, M. (2006). *Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings*. Cochrane Database of Systematic Reviews, the Cochrane Collaboration, Published by John Wiley & Sons, Ltd.
- Fierro, M. (2009). *Recovering From Substans Abuse: Support Grops For Gay And Lesbian Adults: A Grant Proposal*. Unpublished Thesis for Master of Science. California State University.
- Fisher, M; Scot, S.R. (1996). Effectiveness Study If Two group models with Substans Abusing mentally ill (multi challenged) consumers. *Gournal of Alcoholl & Drug Education*, 52, 25-38.
- French, M.T.; Roebuck, M.C.; Dennis, M.L.; Godley, S.H.; Liddle, H.A.; Tims, F.M. (2003). Outpatient marijuana treatment for adolescents. *Economic evaluation of a multisite field experiment*. *Evolution Review*; 27(4), 421-59.
- Gray, K.M; Larowe, S.D.; Watson, N.L.; Carpenter, M.J. (2011). Increased self efficacy to quality and perceived control over withdrawal symptoms predict smoking cessation following nicotine dependence treatment. *Journal of Addictive Behaviors*, 36, 144-7.
- Hyun, M.S.; Chung, H.C.; Lee, Y.J. (2005) the Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy on the Self-Esteem, Depression, and Self-Efficacy of Runaway Adolescents in a Shelter in South Korea. *Applied Nursing Research*, 18(3), 160-6.

- Hyde, J.; Hankins, M.; Deale, A.; Marteau, T.M. (2008). Interventions to increase self-efficacy in the context of addiction behaviours: a systematic literature review. *Journal of Health Psychology, 13*(5), 607-23.
- Luthar, S.S.; & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Development and psychopathology, 12*, 857-85.
- Larimer, M.E.; & Palmer, R.S. (1999). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol research and Health, 23*(2), 151-60.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: resilience process in development. *American psychologist, 56*, 227-38.
- Marques, A.C.; Formigoni, M.L. (2001). Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction, 96*, 835-46.
- McHugh, R.K.; Hearon, B.A.; Otto, M.W. (2010). *Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. The Psychiatric Clinics of North America., 33*(3), 511-25.
- Naar-king, S.; Wright, K.; Parsons, J.T.; Frey, M.; Templin, T.; & Ondersma, S. (2006). Tran theoretical Model and substance use in HIV-positive youth. *AIDS Care, 18*(7), 839-45.
- Nik, J. (2006). Cognitive behavioural therapy for the homeless population: a case series pilot study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 34*, 107-11.
- Sherer, M.; & Maddux, J.E. (1982). The self-Efficacy Scale: construction and validation. *Psychological Reports, 51*, 663-71.
- Tate, S.R.; Wu, J.; McQuaid, J.R.; Cummins, K.; Shriver, C.; Krenek, M.; Brown, S.A. (2008). Comorbidity of Substance Dependence and Depression: Role of Life Stress and Self-Efficacy in Sustaining Abstinence. *Psychology of Addictive Behaviors; 22*(1), 47-57.
- Werner, E.E. (2004). Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery. *Pediatrics, 114*(2), 492.
- Yen, C.F.; Wu, H.Y.; Yen, J.Y.; KO, C.H. (2004). Effects of brief cognitive behavioral interventions on confidence to resist the urges to use heroin and methamphetamine in relapse-related situations. *Journal of Nervous & Mental Disease, 192*(11), 788-91.