

مقاله

پژوهشی

Research

Article

اثربخشی گروه‌درمانی فعال‌ساز رفتاری بر انعطاف‌پذیری کنشی و باورهای فراشناختی بیماران وابسته به مواد افیونی

زهرا دشت بزرگی^۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۳/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۵/۰۲

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی گروه‌درمانی فعال‌ساز رفتاری بر انعطاف‌پذیری کنشی و باورهای فراشناختی بیماران وابسته به مواد افیونی بود. **روش:** این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل می‌باشد. جامعه پژوهش شامل تمام بیماران سرپایی مرد در حال ترک اعتیاد شهر اهواز در سال ۱۳۹۵ بود که از میان آن‌ها نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به طور تصادفی قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری کنشی کانور و دیویدسون و باورهای فراشناختی ولز و همکاران. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی با درمان فعال‌ساز رفتاری تحت درمان قرار گرفتند. پس از پایان برنامه درمانی از هر دو گروه پس‌آزمون و پس از یک ماه پیگیری انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد، گروه‌درمانی فعال‌ساز رفتاری باعث افزایش انعطاف‌پذیری کنشی و کاهش باورهای فراشناختی کنترل‌ناپذیری، باورهای مثبت درباره شناخت، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی در بیماران وابسته به مواد افیونی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. یافته‌ها بعد از یک ماه نیز پایدار بودند. **نتیجه‌گیری:** مداخله‌ی فعال‌ساز رفتاری، می‌تواند درمانی مناسب برای کاهش مشکلات شناختی افراد وابسته به مواد افیونی باشد.

کلیدواژه‌ها: گروه‌درمانی فعال‌ساز رفتاری، انعطاف‌پذیری کنشی، باورهای فراشناختی، بیماران وابسته به

مواد افیونی

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران، پست الکترونیکی:

zahradb2000@yahoo.com

مقدمه

وابستگی به مواد افیونی یک بیماری مزمنی است که توأم با اختلالات انگیزشی شدید و از دست دادن تسلط رفتاری است و منجر به ویرانی شخصیت می‌شود. میلیون‌ها انسان از این اختلال رنج می‌برند که اغلب با دیگر بیماری‌های روانی ظهور یافته و هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی گوناگونی را بر جامعه تحمیل می‌کند (دالاس^۱، ۲۰۱۳). وابستگی به مواد افیونی به مجموعه‌ای از نشانه‌های فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی اطلاق می‌شود که روی هم رفته نشان‌دهنده تداوم مصرف داروهای افیونی با وجود مشکلات شدید ناشی از مصرف آن‌هاست (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

پژوهش‌ها نشان داده معتادین انعطاف‌پذیری پایینی در برابر تنش‌ها و رویدادهای ناگوار دارند (اندرسون^۲، ۲۰۱۵). انعطاف‌پذیری به قابلیت تطابق انسان در مواجهه با بلا یا فشارهای جانکاه، غلبه یافتن و حتی تقویت شدن به وسیله آن کمک می‌نماید. این خصیصه با توانایی درونی شخص و مهارت‌های اجتماعی و تعامل با محیط حمایت می‌شود، توسعه می‌یابد و به عنوان ویژگی مثبت مطرح می‌شود (دیئر^۳، ۲۰۱۳). انعطاف‌پذیری کنشی از جمله ابعاد شناختی بسیار مهم برای افراد در حال ترک می‌باشد (اسکریج^۴، ۲۰۱۴). شناسایی و افزایش این سازه، بینشی امیدوارکننده در ترک ایجاد می‌کند.

از طرف دیگر، در این افراد به دلیل سبک تفکر و ناسازگاری، باورهای فراشناختی پیش‌بینی‌کننده تجربه احساسات منفی، مانند اضطراب و افسردگی می‌شوند و همچنین باورهای فراشناختی مثبت و منفی ممکن است سبب تداوم نگرانی شوند (پورنامداریان، بیرشک و اصغرنژاد، ۱۳۹۱).

جی یونگ^۵ (۲۰۱۴) طی تحقیقی بر روی افراد وابسته به مواد نشان داد که، افراد وابسته به مواد دارای باورهای فراشناختی بالاتری نسبت به افراد بهنجار هستند. باورهای فراشناختی، از عوامل مؤثر در وضعیت سلامت روانی هستند و می‌توان با تغییر فراشناخت‌هایی که شیوه‌های ناسازگارانه تفکرات منفی را زیاد می‌کند و یا باعث افزایش

1. Dallas
2. Anderson
3. Diener

4. Scragg
5. Giyung

باورهای منفی عمومی می‌شوند، وضعیت سلامت روانی را به مخاطره انداخت. باورهای فراشناختی، باورهایی هستند که به کنترل ناپذیری، اهمیت و خطرناک بودن افکار و تجربه‌های شناختی مربوط می‌شوند (زمان‌زاده، ۱۳۹۲). از طرف دیگر افراد وابسته به مواد افیونی در باورهای خود دچار تزلزل و اختلال هستند. باورهای فراشناختی منفی در مورد غیرقابل کنترل بودن، به طور معناداری پیش‌بینی کننده افسردگی، استرس و اضطراب افراد وابسته به سوء مصرف مواد می‌باشند (یلماز، جنکوز و ولز، ۲۰۱۴). همچنین باورهای فراشناختی مثبت نگرانی و منفی ارتباط مستقیمی با استعداد افراد در برابر نگرانی آسیب‌شناختی دارد (کارت رایت، هالتون، ۲۰۱۱). همچنین محمدی‌فر، کافی انارکی و نجفی (۱۳۹۳) نشان دادند دو خرده‌مقیاس کنترل ناپذیری و خطر افکار و اطمینان شناختی، قادر به پیش‌بینی تغییرات رفتار سوء مصرف مواد بودند.

نشخوار فکری یکی از مشکلات افرادی است که باورهای فراشناختی منفی دارند. نشخوار ذهنی یا فکری به عنوان اشتغال دائمی به یک اندیشه یا موضوع و تفکر درباره آن شناخته می‌شود و طبقه‌ای از افکار آگاهانه است که حول یک محور مشخص می‌گردد. این افکار تکرار می‌شوند. این افکار غیرارادی وارد آگاهی می‌شوند و توجه و اهداف را منحرف می‌سازند و باورهای افراد را مخدوش می‌سازند (همامکی، ۲۰۱۳). برای کاهش چنین باورهای منفی و افزایش انعطاف‌پذیری معتادین، درمان‌های غیر دارویی می‌تواند تاثیرات شگرفی بر میزان مشکلات‌شان داشته باشد (فرطوسی، طالبی، کرمی، ۱۳۹۲).

یکی از روش‌های درمانی موج سوم رویکرد گروه درمانی به شیوه فعال‌سازی رفتاری^۴ است که تمرکز بر رفتارها و فعالیت‌ها می‌باشد (دیمیجیان، بررا، مارتل، مانوز و لوینشان، ۲۰۱۱). درمان فعال‌ساز رفتاری تمرکز خاصی روی اختلالات خلقی و دیگر اختلالات دارد و اغلب فعالیت‌های فرد اعم از مرتبط و نامرتب با بیماری، تغییر سبک زندگی و پیامدهای بیماری را مورد توجه قرار می‌دهد (کانتر، بوش و راش، ۲۰۰۵؛ ترجمه میرزایی و فریدونی، ۱۳۹۱). در این نوع درمان به بیمار کمک می‌شود تا بتواند در اولین

1. Yelma, Gencoze, & Wells
2. Cartwright & Hatton
3. Hamamci

4. behavioral activation therapy
5. Dimidjian, Brrera, Martell, Munoz,
& Lewinshon

وهله بهبود یابد و بیمار را از نظر رفتاری و اجتماعی فعال می‌کند و از طریق افزایش تعامل سازنده با افراد سالم و کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، فشارهای روانی، باورهای منفی و کاهش روحیه، بیمار را برای درگیر کردن کامل با فرایند درمان در یک دوره طولانی مدت به منظور حفظ بهبودی آماده کند (داو و لوکستون، ۲۰۱۴). هدف شناخت در این نوع درمان ارتباط بین اقدامات و پیامدهای هیجانی و همچنین، جایگزینی نظام‌مند الگوهای رفتاری ناکارآمد با الگوهای رفتاری سازگارانه است. افزون بر این‌ها در این نوع درمان به کیفیت و بهبود کارکرد اجتماعی توجه می‌شود (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۱۳). در کل این درمان نوعی رفتار درمانی است که تکنیک‌های عینی و راحتی برای اجرا را ارائه می‌دهد و به علت کوتاه مدت بودن طول دوره درمان مقرون به صرفه است (کانتر^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). پژوهش‌های زیادی به بررسی اثربخشی این درمان پرداخته‌اند نتایج حاکی از این است که این درمان می‌تواند در تغییر برخی ویژگی‌های رفتاری افراد معتاد مؤثر باشد.

نتایج پژوهش خلف بیگی (۱۳۹۱) در زمینه تاثیر گروه‌درمانی فعال‌سازی رفتاری بر ادراک استرس و اضطراب افراد مبتلا به سوء‌مصرف مواد نشان داد، گروه‌درمانی فعال‌سازی رفتاری باعث کاهش ادراک استرس و اضطراب افراد مبتلا به سوء‌مصرف مواد می‌گردد. همچنین ریاضی (۱۳۹۱) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که، درمان فعال‌سازی رفتاری بر روی افراد گروه آزمایش سبب کاهش استرس و افزایش تاب‌آوری بیماران وابسته به مواد افیونی می‌شود. نتایج میلز و اندر^۲ (۲۰۱۵) نشان داد که گروه‌درمانی فعال‌ساز رفتاری باعث کاهش باورهای فراشناختی باور مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی افراد وابسته به سوء‌مصرف مواد می‌گردد. اندرسون^۳ (۲۰۱۵) نیز در پژوهشی خود به این نتیجه رسید که گروه‌درمانی فعال‌سازی رفتاری در افراد سوء‌مصرف‌کننده مواد باعث افزایش انعطاف‌پذیری کنشی و کیفیت زندگی آنان و کاهش استرس ادراک شده در این افراد

1. Kanter
 2. Miles & Ander

3. Anderson

می شود. جان^۱ (۲۰۱۴) نشان داد گروه درمانی فعال سازی رفتاری باعث کاهش سطح استرس و اضطراب در معتادان وابسته به مواد افیونی می شود. راسل (۲۰۱۳) در پژوهشی نشان داد گروه درمانی فعال سازی رفتاری باعث کاهش باور مثبت درباره نگرانی، کنترل ناپذیری، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی افراد وابسته به مواد افیونی می شود. همچنین گروه درمانی فعال سازی رفتاری بر کاهش باورهای فراشناختی افراد وابسته به مواد افیونی تاثیر دارد و نهایتاً تحقیق پاتریک (۲۰۱۲) نشان داد گروه درمانی بر پایه مدل فعال سازی رفتاری در کاهش نشخوار ذهنی و پاسخ های نشخواری از باورهای فراشناختی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد موثر است. در پایان باید گفت، با فراهم نمودن پروتکل های درمانی مناسب با وضعیت بیماران وابسته به مواد افیونی می توان بر سازه های شناختی این افراد تاثیر مثبت گذاشت.

با توجه به آنچه بیان شد در افراد وابسته به مواد افیونی مشکلات جسمانی، اجتماعی- روانی و اقتصادی فراوانی ادراک می شود، که بر انعطاف پذیری کنشی و نوع باورها اثرات منفی می گذارد و می توان با ارائه رویکرد درمانی مناسب در جهت اختلالات شناختی افراد وابسته به مواد افیونی تلاش ورزید. در پژوهش حاضر این مسئله مدنظر است که آیا گروه درمانی به روش فعال ساز رفتاری بر انعطاف پذیری کنشی و باورهای فراشناختی معتادین وابسته به مواد افیونی اثربخش است؟

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه گیری

این پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون و با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش تمامی معتادان مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد بیماران سرپایی وابسته به سازمان بهزیستی شهر اهواز در سال ۱۳۹۵ بودند. در این پژوهش ۳۰ نفر از معتادین وابسته به مواد افیونی در مرحله نگهداری با روش نمونه گیری غیر تصادفی و در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مساوی جایگزین شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل امضای رضایت نامه شرکت در پژوهش، داشتن سن ۲۰ تا ۴۵ سال با حداقل تحصیلات

پایان دوره راهنمایی، وجود معیارهای تشخیصی وابستگی به مواد افیونی بر پایه معیارهای نسخه پنجم راهنمای عملی و تشخیصی اختلالات روانی، عدم دریافت روش‌های درمانی غیردارویی دیگر و عدم رخداد تنش‌زا مانند طلاق یا مرگ عزیزان در شش ماه گذشته و معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از یک جلسه و تکمیل پرسش‌نامه‌ها به صورت ناقص بود. پس از بیان هدف پژوهش برای اعضای نمونه، رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش دریافت شد.

ابزار

۱- پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری کنشی: این پرسش‌نامه توسط کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) ساخته شد و دارای ۲۵ گویه است که در یک مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. ضریب اعتبار از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و روایی همگرایی پرسش‌نامه از طریق همبسته نمودن آن با مقیاس سرسختی روان‌شناختی اهواز (۰/۶۴) نشان داده شده است (حسینی، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه باورهای فراشناخت: این پرسش‌نامه، یک ابزار ۳۰ گویه‌ای خود گزارشی است و توسط ولز و همکاران (۲۰۰۴) تهیه شده که باورهای افراد درباره تفکرشان را می‌سنجد. پاسخ‌ها در این مقیاس بر پایه چهار درجه‌ای لیکرت: ۱= موافق نیستم تا ۴= خیلی زیاد موافقم محاسبه می‌شود. دارای پنج خرده‌مقیاس باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهایی درباره کنترل‌ناپذیری و خطر افکار، باورهایی درباره اطمینان شناختی، باورهایی درباره نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی است. در پژوهش زمان‌زاده (۱۳۹۲) اعتبار با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌های باورهای مثبت درباره نگرانی، کنترل‌ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۷۴، ۰/۷۲، ۰/۷۱ و ۰/۷۷ به دست آمد (زمان‌زاده، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر اعتبار با روش آلفای کرونباخ برای باورهای مثبت درباره نگرانی ۰/۷۸، کنترل‌ناپذیری و خطر ۰/۸۱، اطمینان شناختی ۰/۸۳، نیاز به کنترل افکار ۰/۸۰ و خودآگاهی شناختی ۰/۷۹ به دست آمد.

روند اجرا

پس از مراجعه به مرکز ترک اعتیاد و نگهداری افراد مراجعه کننده معتادین وابسته به مواد، لیست معتادین وابسته به مواد افیونی مراجعه کننده تهیه شد. بعد از مشاوره با روان شناس مرکز، و با توجه به مصاحبه تخصصی توسط روان پزشک و روان شناس مرکز، معتادین وابسته به مواد افیونی که در مرحله نگهداری بودند، شناسایی شدند. سپس به صورت انفرادی با آنها مصاحبه به عمل آمد و ۳۰ نفر که داوطلب حضور در جلسات و روند پژوهش بودند انتخاب شدند. در گام بعدی از میان نمونه پژوهش به طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه، گماشته شدند. قبل از اجرای مداخله درمانی در گروه‌های آزمایش و گواه، پیش‌آزمون انعطاف‌پذیری کشتی و باورهای فراشناختی اجرا شد. برنامه گروه‌درمانی فعال‌سازی رفتاری بر اساس مدل فعال‌ساز رفتاری گروهی (کانتر، بوش و راش، ۲۰۰۵؛ ترجمه میرزایی و فریدونی، ۱۳۹۱) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش صورت پذیرفت. برنامه درمانی، هر هفته دو جلسه برگزار شد. پس از پایان جلسات پس‌آزمونی در پایان مداخله بر روی هر دو گروه اجرا شد و یک ماه بعد آزمون پیگیری صورت پذیرفت. ضمن اینکه با هماهنگی‌هایی که با گروه گواه شد، قرار شد تا جلسات گروه‌درمانی فعال‌سازی رفتاری برای افراد وابسته به مواد افیونی گروه گواه پس از مشخص شدن نتایج اثربخشی در زمان مناسب برگزار شود. سپس نتایج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در این تحقیق شرح جلسات مداخله گروه‌درمانی فعال‌ساز رفتاری بر اساس مدل فعال‌ساز رفتاری گروهی (کانتر، بوش و راش، ۲۰۰۵؛ ترجمه میرزایی و فریدونی، ۱۳۹۱) به صورت جدول ۱ انجام شد.

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات گروه‌درمانی فعال‌ساز رفتاری

(کانتر، بوش و راش، ۲۰۰۵؛ ترجمه میرزایی و فریدونی، ۱۳۹۱)

جلسه	محتوا
اول	اجرای پیش‌آزمون و برقراری رابطه درمانی با معتادین و آموزش قراردادهای رفتاری به شکل نوشته یا توافق کلامی بین درمان‌گر و بیماران و بررسی موانع رسیدن به این اهداف.
دوم	آموزش و تمرکز بر فعال‌سازی رفتار بر تعامل فرد با محیط و آموزش راهبردهای مناسب: تمرکز بر تعامل بین فرد و محیط با تغییر رفتارهای آشکار اجرا شد. راهبردهای فعال‌سازی رفتاری بر اصول خاموشی، شکل‌دهی، حذف، مرور ذهنی، حواس‌پرتی دوره‌ای، آموزش مهارت‌های رویه‌ای و تفکر نظاره‌ای مبتنی بود.
سوم	آموزش روانی در مورد فرایندهای شفابخش گروهی: توجه‌هایی در مورد زمینه کلی بیماری، انتخاب روش‌های درمانی مناسب، وضعیت فرد، موضوعات انگیزشی در خصوص تعامل با افراد دیگر (خانواده و پرسنل درمان) و استفاده از تجارب دیگران برگزار شد.
چهارم	تمرکز بر جنبه‌های استرس، اضطراب بیماری و استفاده از تقویت کلامی مثبت از طریق امید‌درمانی و استفاده از تقویت مثبت کلامی از طریق بیان جملات مثبت به همدیگر و امیدبخش بر پیشرفت‌های کوچک بیمار بود.
پنجم	تمرکز بر انعطاف‌پذیری و تغییر حالات خلقی و روانی از طریق استفاده از تمثیل در جریان آموزش روانی. توضیح فرایندهایی چون آموزش تاب‌آوری، بهبود تحمل، و پذیرش حالات روانی به صورت تمثیل و گفتگوی گروهی.
ششم	تمرکز بر باورهای شناختی و قضاوت‌های شناختی و کنترل آن‌ها و مدیریت استرس بیماران. شیوه زندگی و استرس و افکار منفی افراد مورد شناسایی قرار گرفت. شخصیت و کنترل استرس، سازگاری با استرس و پیش‌بینی، شناسایی و پیشگیری از پیامدهای منفی و نگرش‌های غیرمنطقی و فراشناختی بررسی شد.
هفتم	آموزش در خصوص اجزای روانی و اجتماعی وضعیت موجود، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و بازسازی رفتاری. آموزش مهارت قاطعیت و درمان؛ و دسترسی و استفاده بهینه از روان‌شناس و مددکاران بررسی شد.
هشتم	جمع‌بندی از جلسات صورت پذیرفت از اعضای گروه نظر خواهی شد و در آخر راه‌کارهای پیگیرانه ارائه شد و پس‌آزمون صورت پذیرفت.

یافته ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای انعطاف‌پذیری کنشی و باورهای فراشناختی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای انعطاف‌پذیری کنشی و باورهای فراشناختی به تفکیک گروه‌ها و

نوع آزمون

متغیرها	گروه آزمایش		گروه گواه	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
	میانگین (انحراف - استاندارد)	میانگین (انحراف - استاندارد)	میانگین (انحراف - استاندارد)	میانگین (انحراف - استاندارد)
انعطاف‌پذیری کنشی	۶/۳۱)۹۸/۱۸	۶/۸۶)۱۱۴/۹۵	۵/۷۵)۹۷/۴۰	۶/۲۹)۹۷/۶۰
باورهای مثبت درباره نگرانی	۶/۷۱)۲۴/۶۱	۵/۳۲)۱۹/۸۱	۶/۵۱)۲۳/۸۹	۷/۰۶)۲۳/۳۴
باور درباره کنترل ناپذیری	۷/۳۲)۲۰/۹۴	۶/۲)۱۷/۸۷	۶/۵۱)۲۱/۹۳	۶/۸۶)۲۲/۰۴
اطمینان شناختی کم	۶/۳۷)۱۹/۷۷	۵/۴۲)۱۸/۱۲	۷/۵۱)۱۹/۱۱	۷/۲۷)۱۹/۴۱
نیاز به کنترل افکار	۶/۷۷)۱۸/۸۷	۵/۸۱)۱۱۷/۴۳	۵/۵۱)۱۹/۸۳	۵/۷۳)۱۹/۹۲
وقوف شناختی	۵/۳۷)۲۱/۲۴	۷/۲۹)۲۰/۶۷	۵/۵۱)۲۲/۳۸	۷/۵۹)۲۲/۸۳

۲۹۰
 295

برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. یکی از مفروضه‌های تحلیل کواریانس چند متغیری، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کواریانس می‌باشد. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این مفروضه داشت ($P > 0/05$, $F = 0/82$, $M = 20/25$ باکس). مفروضه‌ی دیگر این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون نشان داد در انعطاف‌پذیری کنشی ($P > 0/05$, $F = 0/01$) و باورهای فراشناختی ($P > 0/05$, $F = 1/80$) مفروضه همگنی واریانس‌های خطا برقرار است. مفروضه مهم دیگر همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل انعطاف‌پذیری کنشی و متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس‌آزمون ($P > 0/05$, $F = 1/19$) و باورهای فراشناختی و متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس‌آزمون ($P > 0/05$, $F = 1/45$) مورد بررسی قرار گرفت؛ نتایج حکایت از برقراری این مفروضه داشت. برای تعیین توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج حکایت از

سال دوازدهم، شماره ۴۷، پاییز ۱۳۹۷
 Vol. 12, No. 47, Autumn 2018

نرمال بودن توزیع داشت. بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی مداخله بر باورهای فراشناختی انجام شد و نتایج حکایت از تفاوت دو گروه در ترکیب خطی متغیرها داشت (0/72 = مجذور اتا، $F = 45/39$, $P < 0/001$ ، $\lambda = 0/91$ = لامبدای ویلکز). به منظور بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح جدول ۳ استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری بر انعطاف‌پذیری کنشی و مولفه‌های باورهای فراشناختی در پس‌آزمون

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
انعطاف‌پذیری کنشی	5150/13	45/39	0/0005	0/83	1
باورهای مثبت درباره نگرانی	401/43	176/42	0/0005	0/91	1
باور درباره کنترل ناپذیری	201/77	49/94	0/0005	0/74	1
اطمینان شناختی کم	255/80	64/10	0/0005	0/79	1
نیاز به کنترل افکار	222/47	91/29	0/0005	0/90	1
وقف شناختی	237/18	68/34	0/0005	0/89	1

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود نتایج نشان می‌دهد که گروه‌درمانی فعال‌ساز رفتاری بر همه مولفه‌های انعطاف‌پذیری کنشی و باورهای فراشناختی موثر است. برای بررسی بقای اثربخشی درمان از تحلیل کواریانس چندمتغیری در نمرات پیگیری استفاده شد. نتایج حکایت از تفاوت دو گروه در ترکیب خطی متغیرها داشت (0/48 = مجذور اتا، $F = 31/12$, $P < 0/001$ ، $\lambda = 0/82$ = لامبدای ویلکز). به منظور بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح جدول ۴ استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری بر انعطاف‌پذیری کنشی و مولفه‌های باورهای فراشناختی

در پیگیری

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
انعطاف‌پذیری کنشی	۱۱۰/۳۳	۳۹/۰۱	۰/۰۰۰۵	۰/۶۰	۱
باورهای مثبت درباره نگرانی	۳۸۷/۴۰	۱۶۷/۷۲	۰/۰۰۰۵	۰/۸۷	۱
باور درباره کنترل ناپذیری	۱۹۸/۹۲	۶۸/۳۹	۰/۰۰۰۵	۰/۶۶	۱
اطمینان شناختی کم	۲۴۹/۶۵	۹۴/۸۷	۰/۰۰۰۵	۰/۷۶	۱
نیاز به کنترل افکار	۲۰۱/۱۰	۸۶/۸۷	۰/۰۰۰۵	۰/۷۰	۱
وقوف شناختی	۱۹۷/۵۴	۶۵/۰۹	۰/۰۰۰۵	۰/۶۹	۱

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود نتایج نشان می‌دهد که گروه‌درمانی فعال‌ساز رفتاری بر همه مولفه‌های انعطاف‌پذیری کنشی و باورهای فراشناختی اثربخشی پایدار داشته است. به عبارت دیگر، گروه‌درمانی فعال‌ساز رفتاری با توجه به میانگین انعطاف‌پذیری کنشی و باورهای فراشناختی در معنادین وابسته به مواد افیونی در مرحله پیگیری (یک ماهه) نسبت به میانگین گروه گواه، موجب تداوم افزایش انعطاف‌پذیری کنشی و کاهش باورهای فراشناختی گروه آزمایش شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که گروه‌درمانی فعال‌ساز رفتاری بر انعطاف‌پذیری کنشی و باورهای فراشناختی معنادین وابسته به مواد افیونی تاثیر گذار بود. این یافته با یافته‌ی پژوهش‌های جان (۲۰۱۵)، اندرسون (۲۰۱۵)، ریاضی (۱۳۹۱)، مرادی و همکاران (۱۳۹۲)، خلف بیگی (۱۳۹۱)، همسویی دارد. در تبیین نتایج می‌توان گفت معنادین وابسته به مواد افیونی به دلیل ادراک چالش‌های روانی، تعارضات خود و شرایط استرس‌زا، انعطاف‌پذیری کنشی پایینی در مقابله با چالش‌های زندگی دارند. افراد وابسته به مصرف مواد افیونی از لحاظ عاطفی نابالغ، عصبان‌گر، بی‌قرار و دارای احساسات خصومت‌زا و استرس فراوان هستند و میزان انعطاف‌پذیری کنشی آن‌ها تحت چنین شرایطی پایین است. مداخله گروه‌درمانی فعال‌ساز رفتاری در معنادین وابسته به مواد افیونی به دلیل این که سبب توقف الگوی قدیمی رفتار عدم توان تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری کنشی گردید و شروع رفتار جدید، بر

پایه انگیزش برای تغییر فرد را فراهم نمود، سبب می‌شود تا افراد با توانایی انعطاف و سرسختی بیشتری در فرایند بهبود به صورت فعالانه شرکت کنند. به دلیل این که در این درمان تغییرات کوچک انعطاف‌پذیری پاداش و تقویت می‌شد میزان مقاومت درونی بیشتر شد. در این پروتکل درمان به دلیل این که گروهی اجرا شد افراد از مشکل خود بازخورد مناسبی گرفتند. همچنین آموختند می‌توانند مسئول اعمال خود باشند، و در مقابله با مشکلات خود بازسازی انعطاف‌پذیری کنشی عمیقی داشته و همچنین تکنیک ارتباط موثر و امتناع موثر سبب شد تا معتادین وابسته به مواد افیونی نشانه‌های رفتاری عدم تاب‌آوری در خود را بازشناسی کنند و با تسلط یافتن نقش فعالانه خود در تعدیل مشکلات و استرس‌سورهای وضعیت اعتیاد، مقاومت درونی و کنشی در برابر معضلاتشان افزایش یابد و در این افراد مبارزه‌جویی، احساس مسئولیت و هدفمندی افزایش یافت و حالت انزوا و درماندگی در مقابل مشکلات کاهش یافت.

در نتیجه می‌توان گفت، گروه‌درمانی مبتنی بر فعال‌سازی رفتاری در معتادین وابسته به مواد افیونی که در مرحله آمادگی قرار دارند سبب شناسایی ویژگی رفتاری انعطاف‌پذیری کنشی در برابر مشکلات و چالش‌ها شده و در این درمان افراد به صورت رفتاری انگیزشی سرسختانه به ساخت و ترمیم خویشتن پرداختند و با ارائه تکنیک توسعه برنامه عملی پاداش درونی بر حسب ارائه تحمل بالا انعطاف‌پذیری کنشی افراد افزایش یافت. در نتیجه گروه‌درمانی فعال‌سازی رفتاری بر افزایش انعطاف‌پذیری کنشی معتادین وابسته به مواد افیونی تاثیرگذار است (راسل، ۲۰۱۳).

همچنین گروه‌درمانی فعال‌ساز رفتاری بر باورهای فراشناختی معتادین وابسته به مواد افیونی اثربخش بود. یافته‌های پژوهش با یافته پژوهش‌های، میلز و اندر (۲۰۱۵)، پاتریک (۲۰۱۲)، راسل (۲۰۱۳) همسویی دارد. در تبیین نتیجه می‌توان گفت معتادین وابسته به مصرف مواد افیونی به دلیل اضمحلال وضعیت روانی، جسمانی و عدم انسجام کامل هیجانی باورهای ناکارآمد و فراشناختی منفی درباره بهبود دارند. بر اساس نظریه کنش اجرایی خودنظم‌بخش، اختلالات روان‌شناختی بیماران وقتی تداوم می‌یابند که باورهای غیرمنطقی از دانش فراشناختی فرد ناشی شود و در موقعیت‌های مشکل‌زا فعال شده و

پردازش شود. اما در این پژوهش مشخص شد، گروه‌درمانی فعال‌ساز رفتاری بر کاهش باورهای فراشناختی باور مثبت درباره نگرانی، باور درباره کنترل‌ناپذیری، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی معتادین وابسته به مواد افیونی اثربخش است. می‌توان اذعان داشت گروه‌درمانی فعال‌ساز رفتاری در معتادینی که در مرحله نگهداری قرار دارند، پیامدهای تفکر منفی در مورد عدم توانمندی در بهبودی کامل را با ارائه تکنیک‌های مربوط به کنترل افکار مزاحم و ارائه تکنیک‌های حل مسئله رفتاری-انگیزشی کاهش می‌دهد. درمان گروهی مبتنی بر فعال‌ساز رفتاری در این افراد با ارائه افزایش کارآمدی رفتاری، تقویت مثبت و احساس شدید خودکنترلی رفتار، کانون توجه معتادین را نسبت به ذهن و رفتار منفی خود را تغییر داده و با برقراری آرامش فرد در موقعیت باعث می‌شود تا این افراد با توجه به وضع جسمانی و روانی که دارند، رفتار و احساسات مثبت و آگاهی بالایی از وضعیت حال نسبتاً سالم خود داشته باشند. به دلیل اجرای گروهی درمان و بازخوردهای مشابه بیماران نسبت به هم باعث می‌شود بیماران باورهای توانمندی مناسب تری از خود و فعال شدن رفتارشان بر پایه دریافت پاداش درونی در جامعه ادراک کنند. به دلیل این که معتادین وابسته به مواد افیونی نقشی رفتاری را که در آن مشکل دارند و تمرین‌های مناسب فعال‌ساز رفتاری به این افراد ارائه می‌شود، باعث شده تا معتادین باورهای فراشناختی که سبب تداوم نگرانی‌ها می‌شوند را کمتر نشان دهند و سبب شده در معتادین خودارزیابی‌های منفی، تجربه احساسات منفی مانند اضطراب و افسردگی، شرایط غیرقابل کنترل و باورهای منفی کاهش یابد و باورهای خودپذیری، اهداف و همچنین رشد شخصی افزایش یابد، و این درمان بر پایه ایجاد و رشد انگیزش موجب شد اشتغال‌های فکری همراه با نگرانی انتقاد از خود کاهش یابد. همچنین می‌توان اذعان داشت گروه‌درمانی مبتنی بر فعال‌ساز رفتار در معتادین وابسته به مواد افیونی با توجه به ارائه تکنیک‌ها سبب می‌شود فرد استعداد ذاتی برای تغییر رفتاری در خود را کشف کند و موجب می‌شود تا این افراد با دریافت انگیزش درونی، خود را مسئول تغییر حالت بدانند و باورهای نگرانی درباره از دست دادن زمان بهبودی‌شان، نگرانی شدید ناشی از افکار،

تصورات منفی و نسبتاً غیرقابل کنترل، اطمینان شناختی کم، نیاز به کنترل افکار و وقوف شناختی را کاهش دهند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش تفاوت‌های فردی و ذاتی در میزان تأثیر درمان و همچنین شرایط روحی و روانی واحدهای پژوهش در هنگام تکمیل پرسش‌نامه که در نمره پس‌آزمون آن‌ها ممکن است تأثیر بگذارد که خارج از کنترل پژوهشگر بود. همچنین محدود بودن زمان مداخله و عدم مقایسه با درمان‌های دیگر می‌باشد. در نهایت با توجه به این که فعال‌ساز رفتاری باعث کاهش باورهای فراشناختی معتادین وابسته به مواد افیونی می‌شود و این رویکرد درمانی بر کاهش آسیب‌های روان‌شناختی معتادین اثربخش است و می‌تواند در کنار درمان‌های سم‌زدایی در کاهش باورهای فراشناختی معتادین وابسته به مواد افیونی به کار برده شود. پیشنهاد می‌شود با برنامه‌ریزی‌های مناسب افراد معتاد به دلیل مشکلات هیجانی و رفتاری و جسمانی که دارا می‌باشند از انعطاف‌پذیری کنشی پایینی برخوردارند و نوع باورهای آن‌ها مخدوش است. مداخله‌های فعال‌ساز، درمانی مناسب برای تعدیل مشکلات‌شان می‌تواند باشد. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران و درمانگران راهبردهای معنویت‌درمانی را به عنوان روش محافظتی در مداخلات پیشگیرانه و درمانی در مراکز درمانی ترک اعتیاد مورد توجه قرار دهند.

۳۰۰
300

منابع

- پورنامداریان، سینا؛ بیرشک، بهزاد و اصغرنژاد، فرید (۱۳۹۱). تبیین سهم باورهای فراشناختی در پیش‌بینی علایم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران، *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۳(۳)، ۸۷-۹۴.
- حسینی، ساره (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین تاب‌آوری و فرسودگی شغلی با تعهد سازمانی پرستاران شهر شیراز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی ارسنجان.
- خلف بیگی، شیرین (۱۳۹۱). تأثیر گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری بر ادراک استرس و اضطراب افراد مبتلا به سوء مصرف مواد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم تحقیقات رضوی.
- ریاضی، مریم (۱۳۹۱). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر تاب‌آوری و استرس بیماران وابسته به مواد افیونی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم تحقیقات خوزستان.

- زمانزاده، مریم (۱۳۹۲). مقایسه رابطه هوش معنوی و باورهای فراشناختی با بهزیستی روانشناختی پرستاران/هواز. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم تحقیقات خوزستان.
- فرطوسی، مریم؛ طالبی، فریبا و کرمی، مهناز (۱۳۹۲). مقایسه باورهای فراشناختی زنان معتاد و زنان عادی. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت.
- کانتز، ج.؛ بوش آن و راش لورا (۲۰۰۵). فعال‌ساز رفتاری. ترجمه میرزایی و فریدونی. (۱۳۹۱). تهران: انتشارات ارجمند.
- محمدی فر، محمدعلی؛ کافی انارکی، ملیکا؛ و نجفی، محمود (۱۳۹۳). نقش فراشناخت و هیجان‌ات منفی در پیش‌بینی رفتار سوء مصرف مواد. *اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۸(۲۹)، ۶۵-۷۶.
- American psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed, Text Revision, DSM-5)*. Washington DC. Author.
- Anderson, L. H. (2015). The effect of behavioral activation group therapy on the resilience, quality of life and perceived stress in abusing in drug abuser patient. *American journal of Orthodontics Orthodontics*, 131(5), 571-572.
- Cartwright, D., Hatton, S. & Wells, A. (2011). Beliefs about worry and intrusion: The meta cognitions questionnaire. *Journal Anxiety Disorder*, 11, 279-315.
- Dallas, T. X., & David, W. (2013). Staley behavioral neuroscience of drug addiction. *Biosocieties*, 39, 22-26.
- Dawe, S., & Loxton, N.J. (2014). Abuse and dysfunctional eating in adolescent girls: The influence of individual differences in sensitivity to reward and punishment. *International Journal of Eating Disorder*, 29, 455-462.
- Diener, E. J. (2013). *Wellbeing for policy*. New York: Oxford University Press.
- Dimidjian, S., Brrera, M., Martell, C.R., Munoz, R.F., Lewinshon, P. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of clinical psychology*, 7, 1-38.
- Giyung, H. K. (2013). The Comparison meta cognitive belief and mental health of addicts to opiate and normal. *International Journal of Stress*, 59(1), 90-110.
- Jan, S. (2014). The effect of behavioral activation group therapy on the stress and anxiety of abusing in drug abuser. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 55-76.
- Kanter, J.W., Womanos, R., Bowe, W.M., Baruch, D.E., Busch, A.M., Rusch, LC. (2012). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30, 608-620.

- Miles, H., Andr, J. S. (2015). The effect of behavioral activation group therapy on the meta cognitions of abusing in drug abuser. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 80-93.
- Patric, P. (2012). *The effect of behavioral activation group therapy on the stress and obsessive rumination of abusing in drug abuser*. *Drug and Alcohol, Dependence*, 48, 119-126.
- Rasel, H. (2013). The effect behavioral activation group therapy on the meta cognitive beliefs of abusing in drug abuser. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 401-409.
- Scragg, P. (2014). *Metacognitive therapy Developed by Adrian Wells*. Trauma clinic LTD & university collage, London.
- Yilmaz, E.A., Gencoze, T., Wells, A. (2014). *The causal role of meta cognitions in the development of anxiety, stress and depression: prospective study*. Paper presented at the World Congress of Cognitive and Behavior Therapy, Barcelona, Spain.