فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، سال هفتم، شماره بیست و هفتم، پاییز ۱۳۹۲
Quarterly Journal of Research on Addiction, Vol. 7, No. 27, Fall 2013

مقاله پژوهشی

Research

اثر بخشی گروه‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون

فرشته مومنی[۱]، نهاله مشتاق[۲]، عباس پورشهباز[۳]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۳/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۷/۰۱

چکیده

هدف: مداخلات روانشناختی می‌تواند به واسطه ایجاد تغییرات جسمانی، روانی و اجتماعی سهم بسزایی در بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی داشته باشد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. **روش:** این پژوهش به صورت شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری همراه با گروه گواه انجام شده است. آزمودنی‌های پژوهش شامل ۳۶ نفر از معتادان به مواد افیونی شهر تهران بود که به منظور ترک اعتیاد به مرکز ملی مطالعات اعتیاد مراجعه کرده و تحت درمان نگهدارنده با متادون بودند. روش نمونه‌گیری قضاوتی بوده و برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی استفاده شد. درمان شناختی رفتاری طی ۸ جلسه بر روی آزمودنی‌های گروه آزمایش انجام شد و در این فاصله گروه گواه برای انجام مداخله روانشناختی در لیست انتظار قرار گرفت. **یافته‌ها:** میانگین نمرات کیفیت زندگی کلی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون تغییر معناداری را نشان داد، اما در مرحله پیگیری تغییر ایجاد شده معنادار نبود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌ها می‌توان گفت که مداخله اخیر در بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان با متادون در کوتاه مدت اثر بخش بوده اما در طولانی مدت تاثیر چندانی در کیفیت زندگی نداشته است.

کلید واژه‌ها: گروه درمانی، درمان شناختی-رفتاری، معتادان به مواد افیونی

۱. نویسنده مسؤول: دانشجوی دوره دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی. پست الکترونیک: momenipsy@gmail.com
۲. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۳. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

مقدمه

در طی سه دهه اخیر توجه به کیفیت زندگی به عنوان یک عامل مهم در ارزیابی نتایج درمانی و اثربخشی درمان در بیماری‌های جسمانی و روانی افزایش پیدا کرده است (کارو[1] و همکاران، ۲۰۱۰). رویکردهای سنتی برای ارزیابی پیامد درمان یا اثربخشی آن عمدتا متمرکز بر علائم و نشانه‌های بیماری بوده و کمتر به کیفیت زندگی و مفاهیم مرتبط با آن پرداخته‌اند. هر چند تغییر در میزان علایم و نشانه‌های بیماری لزوما نشان دهنده تغییر در بهبودی فرد نیست (مارمانی، پانی، پاسینی و پروگی[2]، ۲۰۰۷).کیفیت زندگی به روش‌های گوناگونی تعریف شده است. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به عنوان ادراک فرد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که فرد در آن زندگی می‌کند در ارتباط با اهداف، انتظارات، معیارها و امور تلقی می‌کند (کاتسچینگ[3]، ۲۰۰۶). کیفیت زندگی مفهومی با دامنه وسیع است که تحت تاثیر مجموعه‌ای گسترده از سلامت فیزیکی شخص، حالات روان شناختی، سطح استقلال روابط اجتماعی و ارتباط آنها با نمودی برجسته در محیط زندگی فرد قرار گرفته است. بنابراین، در مجموع کیفیت زندگی دارای ابعاد مختلف فیزیکی، روانی و اجتماعی است که گستره وسیعی از طیف زندگی فرد را در بر می‌گیرد. طبق نظر فلانگان[4] (۱۹۹۷، به نقل از کاتسچینگ، ۲۰۰۶) تاثیر این ابعاد روی کل کیفیت زندگی به درک منحصر به فرد هر شخص وابسته است. کیفیت زندگی بر اساس شواهد مختلفی که در قسمت‌های مربوط به آن وجود دارد یک ساختار چند بعدی محسوب می‌شود. محققان مختلفی ارتباط میان خصوصیات فردی و کیفیت زندگی از قبیل زندگی خوب، رشد ارزش‌ها، میزان کنترل استرس، نگرانی و یکنواختی را مورد بررسی قرار داده‌اند. نوردون فلتز[5] (۲۰۰۳) کیفیت زندگی را خشنودی از زندگی توصیف نموده است. طبق نظر نوردون فلتز (۲۰۰۳) سنجش خشنودی افراد از طریق بررسی تجربه افراد از میزان حصول به آمال و آرزوهایشان انجام می‌پذیرد. این تجربه ممکن است برای افراد دیگر همین معنا و مفهوم را نداشته باشد. یکی از موارد بسیار مهمی که ارزیابی کیفیت زندگی در آن مطرح می‌شود سوءمصرف مواد می‌باشد. سوءمصرف مواد با

1. Karow 2. Maremmani, Pani, Pacini & Perugi 3. Katsching
4. Flangan 5. Nordonfelts

سال هفتم، شماره ۲۷، پاییز ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 27, Fall 2013

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

پیامدها و عواقب زیادی همراه بوده و شدیدا بر سلامتی جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و زندگی روزمره فرد اثر گذار است. علاوه بر این داشتن سبک زندگی نامناسب از عوامل سوق دهنده فرد به سمت مصرف مواد می‌باشد (بیزاری[1] و همکاران، ۲۰۰۵). در حیطه اعتیاد و سوءمصرف مواد، محققان بر نیاز به مدلی که از آسیب‌های جدی اعتیاد و پیامدهای آن پیشگیری کند، تاکید کرده‌اند.

بدیهی است که این مدل بایستی چند وجهی بوده و ابعاد فیزیکی، روان شناختی، روابط اجتماعی و محیطی را مد نظر قرار دهد (بروگلی، مرسیر، برانیا، پالپ و فرانسو[2]، ۲۰۰۳؛ مورالزف مانیروک[3] و همکاران، ۲۰۰۷؛ واسرمن، سورنسون، دلوچی، ماسون و هال[4]، ۲۰۰۶؛ میلر و میلر[5]، ۲۰۰۹). بنابراین، با توجه به آن‌که اعتیاد پدیده‌ای چند عاملی است به منظور بهبود کامل باید چندین دوره درمانی صورت گیرد. دو مقوله اصلی در درمان اعتیاد، دارو درمانی و روان درمانی است(میلرو فاپا[6]، ۲۰۰۷). در درمان اعتیاد به مواد افیونی، درمان نگهدارنده با متادون[7] به عنوان داروی نگهدارنده بلند مدت یکی از رویکردهای معتبر و شناخته شده در حفظ حالت پرهیز و جلوگیری از بازگشت پس از قطع مصرف مواد است. با وجود آن‌که درمان با متادون یکی از رویکردهای رایج و اثربخش محسوب می‌شود، اما به نظر می‌رسد که این درمان به تنهایی کافی نبوده و باید از سایر درمان‌هایی که ابعاد روان شناختی، روابط اجتماعی و محیطی بیماران را مدنظر قرار می‌دهند استفاده شود. از میان مداخلات ذکر شده، گروه درمانی، درمان انتخابی برای برخی از اختلالات روان شناختی است که دارای مزایایی همچون صرفه‌جویی در وقت و نیرو، آموزش مهارت‌های اجتماعی، اصلاح و بهبود روابط بین فردی است. این مزایا باعث استفاده گسترده از این روش به عنوان درمان انتخابی برای بیماران وابسته به مواد شده است (برینک و هاسن[8]، ۲۰۰۶).

درمان گروهی بسته به اهداف، رویکردهای مختلفی دارد. از جمله رویکردهای رایج در گروه درمانی رویکرد شناختی-رفتاری است که برای دامنه وسیعی از مشکلات انسان به

1. Bizzarry
2. Brogly, Mercier, Bruneau, Palepu & Franco
3. Morales-Manrique
4. Wasserman, Sorensen, Delucchi, Masson & Hall
5. Miller
6. Fapa
7. Methadone
8. Brink & Hassen

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

کاربرده شده است. بر اساس نظریه شناختی رفتاری، وابستگی به مواد مخدر مانند سایر رفتارها، متشکل از یک سلسله رفتارهای یاد گرفته شده‌است که از طریق تقلید از الگوها در اثر پی بردن به نتایج ماده مخدر استفاده شده مانند کاهش اضطراب و افسردگی، تسکین درد و بالا بردن توانایی معاشرت اجتماعی آموخته می‌شود. بنابراین، مهم‌ترین هدف درمان آن است که پیش‌آیندهای مهم را شناسایی و روش‌های موثر تسلط بر آنها را برای گسیختن رابطه با مواد به مراجع آموزش دهد. همچنین، در این درمان بر شیوه‌های مدیریت خلق منفی و اضطراب و کنترل خشم تاکید می‌شود. مطالعات نشان داده است که از میان مداخلات روانشناختی صورت گرفته، رویکرد شناختی-رفتاری[1] از جمله اثر بخش‌ترین رویکردها بوده که نقش مهمی در کاهش عود از طریق کاهش اضطراب و افسردگی، بهبود روابط با اطرافیان، افزایش عزت نفس و به طور کلی کیفیت زندگی داشته است (مارلات و اون[2]، ۲۰۰۱). شواهد زیادی مبنی بر ارتباط کیفیت زندگی بالاتر و درمان موفق‌تر در معتادان به مواد افیونی وجود دارد. به نظر می‌رسد کیفیت زندگی پس از شروع درمان و در طی درمان‌های نگهدارنده بهبود یافته (مارمانی و همکاران، ۲۰۰۷؛ پانیززوسکی و گرینشاپون[3]، ۲۰۰۷) و میزان آن پس از درمان سوءمصرف مواد (درمان نگهدارنده با متادون و مداخلات روانشناختی) در بسیاری از حیطه‌ها افزایش می‌یابد؛ به عنوان مثال، فرد درد جسمانی کمتری را تجربه کرده و یا وقت بیشتری را صرف بودن با اعضای خانواده می‌کند. این امر می‌تواند تاثیر زیادی بر سایر ابعاد زندگی فرد داشته باشد (رنو و آیکن[4]، ۱۹۹۳).

در سال‌های اخیر پیشرفت‌های زیادی در زمینه درمان اختلالات مصرف مواد ایجاد شده و گزارش‌های مختلف اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و برتری آن در مقایسه با عدم درمان، درمان دارویی به تنهایی یا درمان‌های غیر اختصاصی و نیز اثربخشی حداقل برابر آن با سایر مداخلات روان شناختی در درمان اختلالات مختلف اعتیادی در جمعیت‌های مختلف ارایه شده است. به عنوان مثال، مک هاگ، هیرون و اتو[5] (۲۰۱۰) نشان داده‌اند که تکنیک‌های شناختی رفتاری به تنهایی و یا همراه با درمان دارویی نقش مهمی در مدیریت اضطراب و افسردگی و رابطه با اطرافیان داشته و باعث افزایش رضایت فرد از سطح زندگی خویش

1. cognitive-behavioral 2. Marllat & Owen 3. Ponizovsky & Grinshpoon
4. Reno & Aiken 5. McHugh, Hearon & Otto

سال هفتم، شماره ۲۷، پاییز ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 27, Fall 2013

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

می‌شود. همچنین، در مطالعه‌ای سوگرمن، نیک و کارول[1] (۲۰۱۰) نشان داده‌اند که مداخلات شناختی و همچنین رفتاری باعث بهبود علایم خلقی و اضطرابی فرد شده و علاوه بر تاثیر بر روی افزایش تحمل، باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود. در مطالعه دیگری که توسط اوسیلا، هپنر، مانوز، وو و واتکینز[2] (۲۰۰۹) انجام شد، نشان داده شد که مداخلات شناختی رفتاری در تمامی جوانب زندگی فرد اثرمند بوده و باعث بهبود ارتباط با اطرافیان و کاهش علایم افسردگی می‌شود. علاوه بر این، دریسن و هولون[3] (۲۰۱۱) در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری به این نتیجه رسیده‌اند که این مداخله بر تمامی جوانب زندگی فرد اثر گذاشته و در افزایش رضایت از زندگی تاثیر معنادار دارد.

با توجه به آن‌که آمار اعتیاد رو به افزایش بوده و پدیده اعتیاد همان‌گونه که بعنوان بلای قرن از آن یاد شده علاوه بر هزینه مالی فراوان، اثرات زیادی بر همه جوانب زندگی فرد می‌گذارد. بنابراین، مداخلات صورت گرفته باید عمیق و چند وجهی باشد. این نکته مورد توجه است که توجه به جوانب روانشناختی در درمان اعتیاد نقش مهمی در کاهش عود آن، ریزش بیماران از درمان و افزایش سطح تحمل برای ترک شده و باعث بهبود علایم روانشناختی برانگیزاننده فرد به سمت مصرف در طول درمان می‌شود. با در نظر گرفتن موارد فوق انجام مداخلات روانشناختی به منظور بهبود کیفیت زندگی بیماران احساس می‌شود. کیفیت زندگی جوانب مختلفی دارد که به نظر می‌رسد مورد پوشش قرار دادن آن در یک برنامه روان درمانی کاری مشکل است، اما محقق در مقاله حاضر در نظر دارد تا به اثر بخشی درمان گروهی با رویکرد شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون بپردازد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش به صورت شبه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه انجام شد. در این طرح قبل از اجرای متغیر مستقل آزمودنی‌ها در هر گروه بوسیله پیش‌آزمون

1. Sugarman, Nich & Carroll 2. Osilla, Hepner, Muñoz, Woo & Watkins
3. Driessen & Hollon

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرند. جامعه آماری پژوهش تمامی بیماران معتاد به مواد افیونی شهر تهران بوده که در تابستان سال ۱۳۸۷ به منظور ترک مصرف مواد، به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران مراجعه کردند و نمونه پژوهش ۳۶ نفر از معتادان به مواد افیونی مراجعه کننده به مرکز ملی مطالعات اعتیاد بوده که برای ترک، به این مرکز مراجعه و تحت درمان نگهدارنده با متادون بودند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، قضاوتی بوده است. روش نمونه‌گیری قضاوتی به این صورت است که نمونه‌های در دسترس که تمایل به همکاری و شرکت در پژوهش داشته و ملاک‌های لازم برای پژوهش را دارا هستند انتخاب می‌شوند. به این صورت که از بین مراکز ترک اعتیاد در تهران، مرکز درمانی-پژوهشی (مرکز ملی مطالعات اعتیاد) که مایل به همکاری بوده و ملاک‌های لازم برای شرکت در پژوهش را داشته انتخاب شده و در پژوهش شرکت داده شده است.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص اصلی و اولیه وابستگی به مواد افیونی بر طبق ملاک‌های راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی نسخه چهارم تجدید نظر شده، در زمان ورود به درمان با متادون؛ عدم ابتلا به اختلالات روان پزشکی نظیر اختلالات روان‌پریشی، هذیانی، کنترل تکانه و اختلالات ارگانیک؛ مرد بودن؛ دارا بودن حداقل سن ۲۰ و حداکثر ۵۰ سال؛ داشتن حداقل سطح تحصیلات ابتدایی؛ عدم مصرف داروهای ضد روانپریشی در زمان ورود به درمان، سابقه مصرف مواد به صورت تدخینی؛ زندگی در خانواده (بی‌سرپناه نبودن)؛ حداقل مدت زمان ورود به درمان با متادون ۱ روز و حداکثر ۶ ماه.

معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: عدم تمایل برای شرکت در جلسات؛ فرد، متقاضی دریافت کمک‌های دیگری همچون خدمات مددکاری باشد و شرکت همزمان در برنامه‌های درمانی دیگر. در ادامه پس از کسب رضایت‌نامه کتبی، از شرکت کنندگان گروه آزمایش برای شرکت در جلسات گروه‌درمانی دعوت به عمل آمد. با توجه به ریزش موجود در گروه‌های آزمایش و گواه، نهایتا نتایج پژوهش با بررسی روی ۱۵ نفر از گروه آزمایش و ۱۶ نفر از گروه گواه به‌دست آمد. روش‌های مختلف شناختی-رفتاری عمدتا بر اساس رویکرد دکتر کارول و همچنین برنامه‌های شناختی-رفتاری کنترل اضطراب وخلق منفی تنظیم شد.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

درمان گروهی در ۸ جلسه متوالی به صورت هر هفته ۱ جلسه و هر کدام از جلسات به مدت ۱/۵ ساعت برگزار شد. لازم به توضیح است که یک هفته پس از اتمام جلسات از گروه آزمایش و گواه پس‌آزمون به عمل آمد و چهار ماه پس از آن پیگیری مورد آزمون قرار گرفت. شیوه‌های درمانی به کار گرفته شده در جلسات اول تا سوم عمدتا با هدف کاهش اشتیاق به مصرف مواد مخدر بوده و از جلسه چهارم به بعد هدف درمان بر بهبود خلق منفی و کاهش اضطراب متمرکز بود. به این منظور از تکنیک‌های شناختی-رفتاری برای کاهش اضطراب و افسردگی استفاده شد. در جلسه اول بیشتر اهداف گروه، مقررات گروه (مثل عدم خشونت و تهدید، رازداری، ساعات حضور و نظم گروه، وقفه و خروج از جلسات)، تکالیف برون جلسه‌ای و راه‌های مقابله با اشتیاق به مصرف مواد ارایه شد. اهداف عمده در این جلسه بر درک تجربه بیمار از اشتیاق به مصرف مواد و انتقال ماهیت اشتیاق به عنوان یک تجربه طبیعی کوتاه مدت و گذرا و شناسایی نشانه‌ها و برانگیزاننده‌های اشتیاق به مصرف متمرکز بوده است. در جلسه دوم هدف، اجتناب از محرک‌های برانگیزاننده اشتیاق بود. در این جلسه عمدتا بر اجتناب از نشانه‌های اشتیاق و مقابله با میل، تاکید شد. فنون مقابله با میل مثل توجه برگردانی، صحبت کردن در مورد میل و مدارا با آن آموزش داده شد. در جلسه سوم نیز ادامه فنون مقابله با میل شبیه مدارا با میل، یادآوری پیامدهای منفی و استفاده از خودگویی‌ها ارایه شد و در پایان جلسه، مروری مختصر بر کلیه فعالیت‌های انجام شده صورت گرفت. لازم به ذکر است که از جلسه اول به بعد، از افراد گروه آزمایش خواسته شد تا تکالیفی را در منزل انجام داده و آن را همراه با خود به جلسه بعدی بیاورند. از جلسه چهارم تا ششم تمرکز روی کنترل افسردگی بود؛ بدین صورت که روی نظریه شناختی افسردگی و طبقه‌بندی باورها تکیه شد؛ هدف جلسه چهارم شناخت افسردگی و علایم آن و اثرات افسردگی در ابعاد مختلف زندگی فرد بوده است. در جلسه پنجم، هدف شناسایی افکار خودآیند منفی، خطاهای شناختی و انواع آن بوده است. در جلسه ششم، هدف راه‌های کنترل خلق منفی و افسردگی (راهکارهای آنی و پیشگیرانه) بود. در جلسه هفتم هدف، تعریف اضطراب، علایم و نشانه‌های آن و انواع شیوه‌های مقابله با آن (هیجان مدار و مساله‌مدار) بود. در این

سال هفتم، شماره ۲۷، پاییز ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 27, Fall 2013

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

جلسه راهبردهای مقابله‌ای و تغییر نگرش و ادراکات درونی، نحوه تعامل با محیط و افزایش توان جسمی برای مقابله و تغییر محیط مورد بررسی و آموزش قرار گرفت. جلسه آخر به مرور دوباره برنامه و اهداف درمان و ارایه بازخورد در مورد پیشرفت بیماران از دیدگاه درمانگر و دریافت بازخورد از بیماران در مورد جنبه‌های موفق و ناموفق درمان و ارایه نظریات، پیشنهادات و انتقادات در مورد گروه و فعالیت‌های ارایه شده در جلسات پرداخته شد.

ابزار

پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه پس از ادغام برخی از حیطه‌ها و حذف تعدادی از سوالات پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۰۰سوالی) ایجاد شد و در بیش از ۱۵ کشور جهان به صورت همزمان طراحی و به زبان‌های متفاوت ترجمه شد. لذا مفاهیم سوالات در فرهنگ‌های متفاوت یکسان است (بونومی و همکاران، ۲۰۰۰؛ به نقل از مومنی، اشتاد، گوهری، فرجی و محمودی قرائتی، ۲۰۰۸). از طرفی هر سوال بر اساس اظهارات بیماران با شدت بیماری متفاوت، مردم سالم و متخصصان بهداشتی طراحی شده است. در حال حاظر این پرسشنامه در بیش از ۴۰ زبان در دنیا ترجمه و هنجار شده است که این امر همچنان در حال پیشرفت است. این پرسشنامه چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سوال می‌سنجد و هر کدام از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سوال می‌باشد. در این تحقیق اعتبار از طریق بازآزمایی ۰/۸۳ به دست آمد.

یافته‌ها

میانگین (انحراف‌استاندارد) سنی اعضای گروه نمونه ۴۰ (۶/۷) سال بود. در حدود ۷۵ درصد شرکت‌کنندگان در تحقیق متاهل بوده و ۶۰ درصد تحصیلات راهنمایی تا دیپلم داشتند. همچنین، در حدود ۹۰ درصد شرکت‌کنندگان شاغل بوده و از درآمد کافی برخوردار بودند. میانگین مصرف مواد قبل از درمان با متادون ۰/۵±۱/۳ گرم بود. ۲۳ درصد نمونه ۱ بار، ۱۹ درصد ۲ بار و ۵۸ درصد آنها ۳ بار و بیشتر در طول روز از مواد

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

استفاده می‌کردند. همچنین، طول مدت اعتیاد به مواد مخدر در ۷۵ درصد آنها زیر ۱۵ سال بود. مدت درمان با متادون نیز در ۴۰ درصد افراد زیر ۲ ماه و در ۶۰ درصد باقیمانده نیز بین ۴-۲ ماه گزارش شد.

آماره‌های توصیفی کیفیت زندگی به تفکیک گروه و مرحله آزمون در جدول زیر ارائه شده است.

جدول۱: آماره‌های توصیفی کیفیت زندگی به تفکیک گروه و مرحله آزمون

گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۸۱/۳۳	۱۱/۸۷	۸۹/۴۰	۱۶/۷۲	۸۶/۰۶	۱۵/۶۵
گواه	۷۲/۸۷	۱۶/۶۵	۷۳/۴۳	۱۶/۱۳	۷۲/۱۸	۱۶/۰۵

برای بررسی اثربخشی گروه‌درمانی بر کیفیت زندگی و بقای آن در پیگیری از تحلیل کواریانس به شرح زیر استفاده شد.

جدول۲: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی اثربخشی گروه‌درمانی بر کیفیت زندگی و بقای آن در مرحله پیگیری

مراحل	درجه آزادی	آمارهF	معناداری	اندازه تاثیر	توان آماری
پس‌آزمون	۱	۱۱/۱۴۰	۰/۰۵	۰/۲۶	۰/۸۲
پیگیری	۱	۲/۹۵۰	۰/۰۹۷	۰/۰۹۵	۰/۳۸

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود گروه‌درمانی در بهبود کیفیت زندگی گروه آزمایش موثر بوده است ($F=11/140$, $P<0/05$)، اما این اثربخشی در مرحله پیگیری برقرار نیست ($F=2/950$, $P>0/05$).

برای بررسی اثربخشی گروه‌درمانی بر مولفه‌های کیفیت زندگی و بقای آن در پیگیری از تحلیل کواریانس به شرح زیر استفاده شد.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

جدول۳: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی اثربخشی گروه‌درمانی بر مولفه‌های کیفیت زندگی و بقای آن در مرحله پیگیری

مولفه‌ها	مراحل	درجه آزادی	آمارهF	معناداری	اندازه تاثیر	توان آماری
جسمانی	پس‌آزمون	۱	۱۱/۷۵۰	۰/۰۰۲	۰/۲۹	۰/۹۱
	پیگیری	۱	۳/۶۹۰	۰/۰۶۵	۰/۱۱	۰/۴۵
روانی	پس‌آزمون	۱	۶/۵۹۰	۰/۰۱۶	۰/۱۹	۰/۶۹
	پیگیری	۱	۳/۴۱۰	۰/۰۷۵	۰/۱۰۹	۰/۴۳
ارتباطات‌اجتماعی	پس‌آزمون	۱	۱/۹۹۰	۰/۱۶۹	۰/۰۶	۰/۲۷
	پیگیری	۱	۰/۲۷	۰/۶۰	۰/۰۱	۰/۰۷۹
شرایط محیطی	پس‌آزمون	۱	۲/۴۵۰	۰/۱۲۸	۰/۰۸۱	۰/۳۲
	پیگیری	۱	۱/۲۳۰	۰/۲۷	۰/۰۴۲	۰/۱۸

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود گروه‌درمانی در بهبود مولفه جسمانی در پس‌آزمون موثر بوده است (F=۱۱/۷۵۰, P<۰/۰۱)، اما این اثربخشی در مرحله پیگیری برقرار نیست (F=۳/۶۹۰, P>۰/۰۵). همچنین، گروه‌درمانی در بهبود مولفه روانی در پس‌آزمون موثر بوده است (F=۶/۵۹۰, P<۰/۰۵)، اما این اثربخشی در مرحله پیگیری برقرار نیست (>۰/۰۵ , F=۳/۴۱۰P). در نهایت، نتایج نشان می‌دهد در مولفه‌های ارتباطات اجتماعی و شرایط محیطی در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری بین دو گروه وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری در بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان با متادون بوده است. نتایج پژوهش نشان داد که مداخله گروهی با رویکرد شناختی رفتاری توانسته روی کیفیت زندگی معتادان در مرحله پس آزمون اثربخش باشد. این یافته همسو با یافته‌های سوگرمن و همکاران (۲۰۱۰)، اوسیلا و همکاران (۲۰۰۹)، دریس و هولون (۲۰۱۱) و مک هاک و همکاران (۲۰۱۰) در زمینه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی است. در تبیین یافته فوق می‌توان اظهار داشت که کیفیت زندگی مفهومی پیچیده، کلی و چند جانبه است که علاوه بر برداشت ذهنی فرد به شرایط جسمانی و اجتماعی او نیز بستگی دارد. بنابراین، به نظر می‌رسد برای بهبود آن لازم است

سال هفتم، شماره ۲۷، پاییز ۱۳۹۲
Vol. 7, No. 27, Fall 2013

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

که مداخله طولانی مدت و همه جانبه صورت گیرد که نه تنها بر بعد روانی بیمار، بلکه بر ابعاد جسمانی، اجتماعی و محیطی نیز تمرکز کند. در پژوهش حاضر بیشتر بر بهبود وضعیت روان شناختی بیماران تاکید شده و این عامل می‌تواند در تبیین عدم اثر بخشی درمان طولانی مدت (مرحله پی‌گیری) مد نظر قرار گیرد.

همان‌گونه که مشاهده شد درمان گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری توانسته روی بعد جسمانی کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون اثر بخش باشد. بعد جسمانی کیفیت زندگی شامل ارزیابی فرد از دردهای جسمانی خود، نیاز او به درمان پزشکی برای انجام فعالیت‌های روزمره، داشتن انرژی برای انجام فعالیت‌های روزانه، رضایت فرد از وضعیت ظاهری، خواب، توانایی انجام فعالیت‌ها و توانایی اشتغال است. شناخت‌ها، باورها و افکار بنیادین فرد نقش تعیین کننده‌ای در ارزیابی فرد از وضعیت جسمانی‌اش دارد. بنابراین، توجه به دو نکته در این مقوله لازم است: اول آنکه کیفیت زندگی به شرایط فرد و ابعاد جسمانی او بستگی داشته (ارزیابی اولیه) و دوم اینکه کیفیت زندگی به ارزیابی فرد از این شرایط بستگی دارد (ارزیابی ثانویه). درمان‌های نگهدارنده همچون متادون توانسته تا حدی بر مشکلات جسمانی بیماران وابسته به مواد افیونی که در جریان درمان با آن مواجه می‌شوند غلبه کنند که از جمله آن می‌توان به بالا بردن توان و انرژی فرد برای انجام فعالیت‌های روزانه، کاهش مشکلات فیزیولوژیکی ناشی از مصرف مواد و کاهش نشانه‌های جسمانی ترک اشاره کرد. بنابراین، درمان‌های دارویی در کمک به بیماران برای غلبه بر مشکلات جسمانی سودمند هستند. اما بعد دوم، ارزیابی فرد از شرایط جسمانی خود است که این ارزیابی بیشتر جنبه روان شناختی دارد. فردی که دچار خطاهای شناختی باشد، ارزیابی صحیحی از خود و شرایط موجود نداشته و این ارزیابی در همه ابعاد به چشم می‌خورد. بنابراین، می‌توان گفت که مداخلات روان شناختی و بویژه درمان شناختی-رفتاری که تمرکز اصلی آن بر تغییر باورها و افکار فرد است می‌تواند بر بعد جسمانی کیفیت زندگی فرد نیز اثرگذار باشد. در زمینه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر بعد روانی کیفیت زندگی، نتایج نشان دهنده اثربخشی درمان در مرحله پی‌گیری است. این نتیجه با یافته‌های قبلی (مارتیک و هینز ،۱۹۹۳؛ هولن،۱۹۹۳؛ کریس و

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

کریستف، ۱۹۹۶ و مارلات و همکاران،۲۰۰۴؛ به نقل از کونور، ساندرس و فنی[1]، ۲۰۰۶) همسو است. بعد روان شناختی کیفیت زندگی شامل مواردی از قبیل لذت از زندگی، احساس معناداری در زندگی، قدرت تمرکز، رضایت از خود و تجربه حالاتی مثل خلق غمگین، ناامیدی، اضطراب و افسردگی است. از دیدگاه شناختی-رفتاری، سوءمصرف مواد یک الگوی رفتاری آموخته شده است که از طریق تجربه کسب می‌شود و فرایندهای یادگیری نقش بسیار مهمی در ایجاد و تداوم وابستگی به مواد افیونی ایفا می‌کند. اگر مصرف مواد منجر به کسب نتایج مطلوب مانند داشتن احساس خوب و کاهش تنش شود تداوم آن می‌تواند به عنوان یک شیوه ترجیحی برای کسب همان نتایج باشد. هدف این درمان، پاک نگهداشتن بیمار با استفاده از آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و آموزش‌های چند وجهی در زمینه‌های مختلف است. بنابراین، می‌توان گفت که این تکنیک‌ها در بهبود بعد روانی کیفیت زندگی بیماران اثر بخش است.

در مورد اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر بهبود روابط اجتماعی معتادان به مواد افیونی، نتایج نشان می‌دهد که این درمان، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثر بخشی چندانی نداشته است. نتایج پژوهش زابران و فورستی[2] (۲۰۰۹) نشان می‌دهد که مداخلات روان شناختی در بهبود وضعیت روانی اجتماعی نقش مهمی داشته است. اما تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش فوق نشان می‌دهد که افزایش نمرات در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری معنادار نبوده است. سوءمصرف مواد با تخریب شدید کارکرد خانوادگی و اجتماعی همراه است و پیامدهای ناشی از مصرف مواد به روابط اجتماعی فرد نیز لطمه می‌زند. مواردی همچون نگرانی از پی بردن اطرافیان به مصرف مواد در فرد، برچسب خوردن، تهمت‌هایی که بالقوه به فرد معتاد زده می‌شود، تاثیراتی که مصرف مواد بر فرد گذاشته و باعث افزایش تحریک پذیری و بروز خلقیات منفی در او می‌شود، همگی از عواملی هستند که در روابط اجتماعی فرد اختلالاتی را بوجود می‌آورد. فرد در یک چرخه معیوب گرفتار می‌شود، یعنی کم شدن رابطه با اطرافیان او را به سمت مصرف مواد سوق می‌دهد تا از این طریق راهی برای پر کردن خلاءهای عاطفی خود داشته باشد. در درمان شناختی-رفتاری بر بهبود روابط فرد با دوستان، آشنایان، همسر و فرزندان تاکید می‌شود تا منابع حمایتی او از اغنای کافی برخوردار باشد. بنابراین، انتظار می‌رود که

1. Connor, Saunders & Feeney 2. Zubaran & Foresti

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

مداخلات شناختی ـ رفتاری در بهبود روابط اجتماعی اثربخش باشد. اما نتایج یافته‌ها خلاف این امر را نشان می‌دهد. در تبیین این یافته می‌توان به این امر اشاره کرد که با توجه به محدودیت جلسات، امکان کار روی روابط بین فردی میسر نشد. بنابراین، با وجود افزایش نمرات در مرحله پس آزمون و پیگیری، نتایج به طور کلی معنادار نبوده است.

در زمینه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر بهبود شرایط محیطی معتادان باید عنوان شود که بعد شرایط محیطی به مسایلی همچون سالم بودن محیط زندگی فرد، دسترسی به اطلاعات مورد نیاز روزمره، داشتن فعالیت‌های تفریحی، رضایت از شرایط محل سکونت، خدمات بهداشتی-درمانی و شرایط حمل و نقل می‌پردازد.

نتایج حاصل از داده‌ها نشان می‌دهد که نمرات پس آزمون و پیگیری در بعد شرایط محیطی افزایش نشان داده اما این افزایش معنادار نبوده است. در تبیین این یافته می‌توان اشاره داشت که در جلسات گروه درمانی تمرکز عمده بر کاهش اشتیاق و بهبود خلق منفی و اضطراب بوده است و به منظور بهبود شرایط محیطی بایستی مداخلات مددکاری صورت گیرد، زیرا تغییر در ابعادی نظیر محل سکونت و امکانات حمل و نقل و غیره در مداخلات روان درمانی انجام نمی‌شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش تعداد کم آزمودنی‌ها بود که در اغلب پژوهش‌های آزمایشی مشاهده شده و تعمیم نتایج را تا حدی دچار مشکل می‌سازد. علاوه بر این، تعداد کم آزمودنی‌ها توان آماری را پایین آورده و تجزیه و تحلیل نتایج را با دشواری مواجه می‌کند. همچنین، افت آزمودنی‌ها، عدم امکان پیگیری طولانی مدت، استفاده از شیوه خودگزارش دهی به منظور جمع‌آوری اطلاعات و تعداد کم جلسات گروه درمانی نیز از جمله محدودیت‌های دیگر است. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های بعدی با نمونه‌های بیشتری صورت گیرد. همچنین، پیگیری طولانی مدت برای بررسی اثربخشی درمان در طولانی مدت انجام گردد. به منظور تعمیم نتایج به جوامع بزرگ‌تر، لازم است تا مطالعاتی شبیه به این مورد بر روی گروه‌های سنی مختلف و همچنین زنان انجام شود.

References

Bizzarri, J., Rucci, P., Vallotta, A., Girelli, M., Scandolari, A., Zerbetto, E., Sbrana, A., Iagher, C., Dellantonio, E. (2005). Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Substance Use & Misuse, 40*, 1765–1776.

Brink, W. V., Hassen, C. H. (2006). Evidenced-base Treatment of opioid-Dependent patients. Canadian *Journal of psychiatry, 51*, 635-646.

Brogly, S., Mercier, C., Bruneau, J., Palepu, A., Franco, E. (2003). Towards more effective public health programming for injection drug users: development and evaluation of the injection drug user quality of life scale. *Substance Use & Misuse*, *38*, 965–992.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]

Bullinger, M. (2002). Assessing health related quality of life in medicine. An overview over concepts, methods and applications in international research. *Restorative Neurology and Neuroscience, 20*, 93–101.

Connor, J. P., Saunders, J. B., & Feeney, G. F. X. (2006). *Quality of life in substance use disorders*. In H. Katschnig, H. Freeman, & N. Sartorius (Eds.), Quality of life in mental disorders (2nd ed., pp. 199–208). West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

Driessen,E., Hollon, S. D. (2011). Motivational Interviewing From a Cognitive Behavioral Perspective . *Cognitive and Behavioral Practice*, *18*, (1), 70-73.

Karow, A., Reimer, J., Schäfer, I., Krausz, M., Haasen, C., Verthein, U. (2010). Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, *112*, 209–215.

Katschnig, H. (2006*). How useful is the concept of quality of life in psychiatry?* In H. Katschnig, H. Freeman, & N. Sartorius (Eds.), Quality of life in mental disorders. (2nd ed., pp. 3–17). West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

Maremmani, I., Pani, P. P., Pacini, M., Perugi, G. (2007). Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33,* 91– 98.

Marlatt, G.A., and Owen, P. (2001).Should Abstinence be the goal for alcohol treatment? *The American Journal of Addictions, 10,* 286-295.

McHugh, R. K., Hearon, B. A., Otto, M. W. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 33*(3), 511-525.

Miller, M. M., Fappa, F. (2007). Evaluating Addiction treatment outcomes. *Addictive Disorders and their treatment, 6,* 101-106.

Miller, P. G., Miller, W .R. (2009). What should we be aiming for in the treatment of addiction? *Addiction, 104,* 685–686.

Momeni. F., Eshtad, E., Gowhari, Z., Faraji, S., mahmoudi- Gharaei, J. (2008).*Quality of life in parents of children with hematological malignancies and children undergoing hemodialyses*. Proceeding of 20 th international congress of Pediatrics. Iran: Tehran university of Medical science.

Morales-Manrique, C. C., Valderrama-Zurian, J. C., Castellano-Gomez, M., Aleixandre- Benavent, R., Palepu, A. (2007). Cross cultural adaptation of the Injection Drug User Quality Of Life Scale (IDUQOL) in Spanish drug dependent population, with or without injectable consumption: Drug User Quality of Life Scale-Spanish (DUQOL-Spanish). *Addictive Behaviors*, *32*(9), 1913-21

Nordonfelts, S. G. (2003). Childhood socio-emotional characteristics as antecedent's of marital stability and quality. *Journal of Family therapy*, *8*(4), 223-237.

Osilla, K. C., Hepner, K. L., Muñoz,R.F ., Woo, S., Watkins, K. (2009). Developing an integrated treatment for substance use and depression using cognitive–behavioral therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment, 37* (4), 412-420.

Ponizovsky, A.M., Grinshpoon, A. (2007). Quality of life among heroin users on buprenorphine versus methadone maintenance. *Am. J. Drug Alcohol Abuse, 33,* 631–642.

Reno, R. R., & Aiken, L. S. (1993). Life activities and life quality of heroin addicts in and out of methadone treatment. *The International Journal of the Addictions, 28*(3), 211–232.

Sugarman, D. E., Nich, C., Carroll, K. M. (2010). Coping Strategy Use Following Computerized Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychology of Addictive Behaviors, 24*(4), 689-695.

Wasserman, D. A., Sorensen, J. L., Delucchi, K. L., Masson, C. L., Hall, S. M. (2006). Psychometric evaluation of the Quality of Life Interview, Brief Version, in injection drug users. *Psychol. Addict. Behav, 20*, 316–321.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-10-31]