اثربخشی درمان شناختی رفتاری و مداخلات دارویی بر افزایش خودکارآمدی و بهبود کیفیت زندگی مردان با سوءمصرف مواد

علی عیسی‌زادگان[۱]، سیامک شیخی[۲]*، محمد حافظ‌نیا[۳]، بهروز کارگری[۴]

تاریخ دریافت 1393/09/02 تاریخ پذیرش 1393/11/15

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: اعتیاد، بیماری جسمی، روانی و اجتماعی است که نه‌تنها عوامل فردی، بین فردی، محیطی و اجتماعی در پیدایش آن دخالت دارند، بلکه آن عامل بیماری‌های دیگری نیز هست. پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری به همراه با مداخلات دارویی بر افزایش خودکارآمدی و بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سوءمصرف مواد مخدر پرداخته است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به روش توصیفی-تحلیلی و به‌صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد که به‌صورت مقطعی در شهرستان سلماس در سال ۱۳۹۲ انجام شده است. نمونه شامل ۴۰ نفر مرد مبتلا به سوءمصرف مواد بودند که به روش نمونه در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های خودکارآمدی و فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHO) استفاده شد. هر دو گروه تحت مداخلات دارویی زیر نظر پزشک بودند؛ اما گروه آزمایشی علاوه بر دارودرمانی هشت جلسه درمان شناختی رفتاری را دریافت کردند. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس(انکوا) با سطح معناداری ۰/۰۱ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین معنی که درمان شناختی رفتاری موجب تغییراتی در افزایش خودکارآمدی و بهبود کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است ($P< ۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر مشخص می‌کند که درمان شناختی رفتاری می‌تواند به همراه با مداخلات دارویی در میزان خودکارآمدی و بهبود کیفیت زندگی افراد وابسته به سوءمصرف مواد اثرگذار باشد.

کلیدواژه: سوءمصرف مواد، کیفیت زندگی، خودکارآمدی، درمان شناختی رفتاری

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و ششم، شماره اول، ص 80-74، فروردین 1394

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پزشکی، تلفن: ۰۹۳۰۱۴۷۰۰۶۵

Email: heikhi@umsu.ac.ir

مقدمه

امروزه مشکل اعتیاد معضلی است که حتی آمار مستندی حاکی از پژوهش عملی درباره تعداد معتادان و اشکال آن در دسترس نیست. تعداد معتادان بین ۸۰۰۰۰۰ تا ۲۵۰۰۰۰۰نفر تخمین زده می‌شود و این گستره‌ی برآوردها حاکی از ناآگاهی از ابعاد واقعی این مشکل است(۱). جدیدترین آمارهای ارائه‌شده حاکی از آن است که دو میلیون معتاد وابسته و شش میلیون معتاد تفننی در ایران وجود دارد. ولی با توجّه به شواهد موجود برآورد می‌شود که تعداد معتادان بیشتر از این باشد و اگر میانگین بعد خانوار را در ایران پنج نفر در نظر بگیریم حداقل ۱۰ میلیون نفر در معرض گرایش به اعتیاد قرار دارند. اگر هر فرد حداقل ۱۰۰۰ تومان صرف مواد مخدر کند خسارت وارده به کشور در هرروز دو میلیارد تومان خواهد بود (۲). ۹۵ درصد معتادین را مردان و ۵ درصد را زنان تشکیل می‌دهند. میانگین سنی ۱۸ سالگی برای شروع مواد مخدر زنگ خطری برای جامعه می‌تواند باشد.

[۱] دانشیار روان شناسی دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

[۲] استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

[۳] کارشناس ارشد روانشاسی بالینی

[۴] پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی، ارومیه، ایران

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

این پدیده از جنبه‌های بسیار زیادی بر زندگی، سلامتی افراد، توسعه سیاسی و اقتصادی اثر می‌گذارد(۳). پژوهش‌های اخیر بر عوامل خطرساز و سبب‌شناسی چندگانه اعتیاد متمرکز شده است. اگرچه بر عوامل اجتماعی در گرایش به مواد مخدر تأکید بسیار می‌شود اما سوءمصرف مواد می‌تواند با فرایندهای زیستی و روان‌شناختی همراه باشد (۴). یکی از این متغیرهای روان‌شناختی خودکار آمدی می‌باشد که یکی از سازه‌های مهم در نظریه شناختی و اجتماعی بندورا است و به معنی اطمینان و باورهای فرد نسبت به توانایی‌های خود در کنترل افکار، احساس‌ها، فعالیت‌ها و نیز عملکرد مؤثر او در موقعیت‌های استرس‌زا است(۵)؛ و در این میان رویکردهای روان‌شناختی که می‌تواند خودکارآمدی افراد مبتلا به سو مصرف مواد مخدر را افزایش دهد، درمان شناختی رفتاری می‌باشد. محققین اشاره می‌کنند که درمان شناختی – رفتاری باعث افزایش احساس کنترل درد، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مثبت و کاهش افسردگی و حالات هیجانی منفی در بیماران می‌شود (۶). مدل‌های شناختی –رفتاری در اصلاح باورها و رفتارهای مرتبط و نیز رفع عوامل خطر بسیار مفیدند(۷). در پژوهشی که روی افراد وابسته به کراک انجام‌شده نشان می‌دهد که خودکار آمدی در این افراد پایین است و آن‌ها نگرش منفی به زندگی دارند و درمان شناختی –رفتاری درمان سودمندی است(۸). در مطالعه‌ای دیگر نتایج حاکی از این است که افراد وابسته به اعتیاد، خودکار آمدی ضعیفی دارند و سطح باورهای ناکارآمد هم در آن‌ها بالاست و رویکرد شناختی –رفتاری به دلیل بازسازی شناختی قوی درمان ایده آلی به شمار می‌رود(۹). در مطالعه دیگر بر روی افراد وابسته به کوکایین نتایج نشان می‌دهد که درمان شناختی –رفتاری می‌تواند خودکار آمدی این افراد را بالابرده و اختلالات خلقی را بهبود بخشد(۱۰). مطالعات دیگر هم بر اثربخشی درمان شناختی –رفتاری بر افزایش خودکار آمدی افراد وابسته به اعتیاد تأکید دارند (۱۱،۱۲). متغیر دیگری که در ارتباط با اعتیاد بررسی می‌شود کیفیت زندگی آن‌هاست. محققین معتقدند که کیفیت مطلوب زندگی باعث بهبود عملکرد ارتباطی و بهبود سلامتی جسمانی و انطباق‌پذیری می‌شود(۱۳)؛ اما محققین بر نامطلوب بودن کیفیت زندگی در افراد وابسته به اعتیاد همچنان تأکید می‌کنند(۱۵،۱۴). در مطالعه‌ای نشان داده شده است که کیفیت زندگی در افراد وابسته به اعتیاد، پایین بوده و درمان‌های شناختی در بهبود آن نقش به سزایی دارند(۱۶،۱۷). نتایج دیگر مطالعات هم بر اثربخشی مدل‌های شناختی بر بهبود کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد تأکید کردند(۲۰-۱۸)؛ بنابراین با توجه به اینکه خودکار آمدی سازه‌ی مهمی در جلوگیری یا عود وابسته به مواد محسوب می‌شود که افراد وابسته به اعتیاد از کمبود آن رنج می‌برند و به‌تبع آن کیفیت زندگی را در آن‌ها کاهش داده و اختلالات خلقی را افزایش می‌دهد، پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی رویکرد درمانی شناختی –رفتاری بر خودکار آمدی و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد پرداخته است.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهشی بکار گرفته‌شده در این تحقیق با توجه اهداف، ماهیت و موضوع پژوهش در حیطه مطالعات نیمه آزمایشی از نوع بیش آزمون –پس‌آزمون با گروه کنترل قرار می‌گیرد. با مراجعه به مرکز ترک اعتیاد (گونش) سلماس افرادی که دچار اعتیاد به سوءمصرف مواد مخدر بودند به روش نمونه در دسترس انتخاب شدند، ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: دامنه سنی بین ۲۵ تا ۶۰ سال، سطح تحصیلات سیکل به بالا و نداشتن بیماری‌های مزمن روان‌پزشکی. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از ابتلا به بیماری جسمی حاد یا مزمن، اخذ درمان‌های غیر روان‌پزشکی در زمان مطالعه، سابقه دریافت آموزش‌های شناختی رفتاری. افراد مبتلا به سوءمصرف مواد ۸ جلسه یک‌ساعتی تحت درمان شناختی –رفتاری قرار گرفتند. با توجه به اینکه در مطالعات نیما آزمایشی ۱۵ شرکت‌کننده کفایت می‌کند در این پژوهش ۲۰ شرکت‌کننده در نظر گرفته شد. حجم نمونه ۴۰ نفر بود که به‌صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری جایگزین شدند به‌نحوی‌که گروه آزمایش تحت درمان شناختی –رفتاری قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از انجام مداخلات آزمون‌های بکار رفته مجدداً روی هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. لازم به ذکر است که هر دو گروه تحت درمان دارویی زیر نظر پزشک بودند. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد و اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار spss-16 تحلیل شدند.

ابزارهای پژوهش: پرسشنامه خودکار آمدی شرروومادوکس: این پرسشنامه توسط شرر و همکارانش (۱۹۸۲) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۷ ماده بوده و دارای پنج گزینه با امتیازات ۱ تا ۵ برای گزینه‌های کاملاً مخالف، مخالف، بی‌نظر، موافق و کاملاً موافق به دست می‌آید . نمره‌های بالاتر بیانگر خودکار آمدی قوی‌تر و پایین بیانگر خودکار آمدی ضعیف‌تر می‌باشد. این مقیاس توسط بختیاری به روش محاسبه همبستگی بین مقیاس خودکار آمدی و کنترل درونی و بیرونی ۰/۷۹ به دست آمد. آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۷۱ گزارش شده است(۲۱). پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی فرم کوتاه(WHOQOL-BRIEF)[1]

[1] .WHO quality of life-brief form questionnaire

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی به دو صورت فرم کوتاه و فرم ۱۰۰ سؤالی وجود دارد. در این مطالعه فرم کوتاه به علت کم بودن سؤالات و راحتی استفاده انتخاب‌شده است. این پرسش‌نامه چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۶ آیتم می‌سنجد. به هر سؤال از ۱ تا ۵ نمره داده می‌شود. نجات و همکاران (۱۳۸۵) پایایی این مقیاس را در حیطه سلامتی فیزیکی ۰/۷۷، سلامتی روانی ۰/۷۷، در حیطه روابط اجتماعی ۰/۷۵ و درنهایت در حیطه سلامت محیط برابر ۸۴ /۰ به دست آورد. اعتبار سازه این پرسشنامه در این مطالعه نیز قابل‌قبول گزارش گردید به نحوی این آزمون در ۸۰ در صد موارد قادر به تشخیص افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، غیر مزمن و افراد سالم می‌باشد (۱۳).

محتوای پروتکل درمانی:

جلسه اول: شامل معارفه و بحث راجع به مواد مخدر و شناساندن عوارض آن در کاهش توانمندی خودکار آمدی و آموزش تن آرامی بود. جلسه دوم و سوم: ارتباط بین افکار و احساسات، راه‌های شناخت افکار غیرمنطقی و توضیح درباره خطاهای پردازش، آموزش ارزیابی مجدد افکار و چالش آن‌ها به‌عنوان راهکارهایی جهت تغییر افکار غیرمنطقی افراد وابسته به مواد بحث شد. جلسه چهارم: نقش اختلالات خلقی در اثر مواد در کاهش سلامت روانی و به‌تبع آن نامطلوب بودن کیفیت زندگی، جلسه پنجم و ششم: آموزش شیوه حل مسئله، روابط . اجتماعی و میان فردی و نقش فعالیت‌های جسمانی در افزایش احساس خودکنترلی، خودکار آمدی و کیفیت زندگی، جلسه هفتم: راهکارهایی برای ایجاد باورهای خودکار آمدی در موقعیت‌های استرس‌زا و ایجاد کیفیت زندگی مطلوب جلسه هشتم: مرور کلی و تمرین مهارت‌های آموخته‌شده در جلسات برای بیماران بود. درمانگر در هر جلسه ابتدا موارد بحث را به بیماران آموزش می‌داد و تکالیفی را برای اجرا در فاصله بین جلسات برای آن‌ها معین می‌کرد. پژوهش درمانی بر اساس کتاب دکتر بخشی (راهنمای درمان شناختی در افراد وابسته به اعتیاد) و هم‌چنین کتاب مایکل فری استفاده شد.

یافته‌ها

برحسب سن،۳۰ درصد(۱۲ نفر) از شرکت‌کنندگان در رده سنی ۲۵ تا ۳۰ سالگی،۳۷/۵ درصد(۱۵ نفر) در رده سنی میان ۳۱ الی ۴۰ و ۳۲/۵ درصد(۱۳ نفر) در حدود ۴۱ الی ۵۰ سال بودند. همچنین ازنظر سطح تحصیلات، ۴۷/۵ درصد(۱۹ نفر) از آن‌ها سواد راهنمایی،۳۵ درصد(۱۴ نفر) سواد دبیرستانی و ۱۷/۵درصد(۷ نفر) دیپلم یا بالاتر از دیپلم بودند . در ادامه، در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار متغیر خودکار آمدی در هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل بررسی می‌گردد

جدول (1): میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های خودکارآمدی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خودکارآمدی	کنترل	۱۸/۴۱	۲۹/۱۰	۲۰/۳۲	۲۵/۱۶
	آزمایش	۱۹/۶۰	۲۸/۴۶	۳۸/۵۶	۱۴/۸۱

طبق جدول (۱) میانگین خودکار آمدی گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب ۱۸/۴۱ و ۲۰/۳۲ بود. درصورتی‌که این مقادیر برای گروه آزمایش ۱۹/۶۰ و ۳۸/۵۶ بود.

بر اساس نتایج آزمون لون(P=۰/۲۷ F,=۱۲/۸۵) مبنی بر برقراری پیش‌فرض‌های مربوط به نرمال بودن تقریبی و همسانی واریانس‌ها، شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس وجود داشت.

جدول(2): نتایج تحلیل کوواریانس خودکارآمدی در گروه آزمایشی و کنترل

متغیرها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۱	۳۰۲۱۲/۲۱۹	۲۸۵/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱
عضویت گروهی	۱	۳۱۵۸/۴۴	۶۶/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۱

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر درمان شناختی رفتاری بر خودکار آمدی در جدول ۲ ارائه‌شده است. آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P‹۰/ ۰۰۱F= ۲۸۵/۱۵) به‌طوری‌که درمان شناختی رفتاری توانست باعث افزایش میانگین خودکار آمدی در گروه آزمایش شود. توان آماری برابر با ۱ است، یعنی دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنادار ۱۰۰ درصد می‌باشد. در این تحلیل تأثیر پیش‌آزمون مهار شده است. همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین باقیمانده نمرات خودکار آمدی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل پس از مهار تأثیر پیش‌آزمون معنادار است. میزان این تأثیر گروهی ۳۶ درصد بوده است؛ به‌عبارت‌دیگر ۳۶ درصد تفاوت نمرات خودکار آمدی دو گروه مربوط به درمان شناختی رفتاری است.

جدول (3): میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	کنترل	۱۳/۸۵	۲۶/۳۰	۱۵/۲۱	۲۱/۳۰
	آزمایش	۱۴/۲۸	۲۳/۶۲	۴۰/۱۲	۱۵/۴۱

طبق جدول ۳میانگین کیفیت زندگی گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون به ترتیب ۱۳/۸۵و ۱۵/۲۱ بود. درحالی‌که این مقادیر برای گروه آزمایشی ۱۴/۲۸ و ۴۰/۱۲ بود. بر اساس نتایج آزمون لون(F,=۱۴/۸۰ P=۰/۳۱) مبنی بر برقراری پیش‌فرض‌های مربوط به نرمال بودن تقریبی و همسانی واریانس‌ها، شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس وجود داشت.

جدول(4): نتایج تحلیل کوواریانس خودکارآمدی در گروه آزمایشی و کنترل

متغیرها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۱	۲۹۸۱۶/۳۱۶	۱۶۴/۱۱۳	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱
عضویت گروهی	۱	۱۴۲۰/۲۱۸	۱۴/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۱

نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی در جدول ۴ ارائه‌شده است. آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P‹۰/۰۰۱F= ۱۶۴/۱۱۳) به‌طوری‌که درمان شناختی رفتاری توانست باعث افزایش میانگین کیفیت زندگی در گروه آزمایش شود. توان آماری برابر با ۱ است، یعنی دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنادار ۱۰۰ درصد می‌باشد. در این تحلیل تأثیر پیش‌آزمون مهار شده است. همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین باقیمانده نمرات کیفیت زندگی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل پس از مهار تأثیر پیش‌آزمون معنادار است. میزان این تأثیر گروهی ۲۹ درصد بوده است؛ به‌عبارت‌دیگر ۲۹ درصد تفاوت نمرات کیفیت زندگی دو گروه مربوط به درمان شناختی رفتاری است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که مداخلات درمان‌های روان‌شناختی ازجمله درمان شناختی-رفتاری باعث افزایش میزان خودکار آمدی و بهبود کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد می‌شود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی، رفتاری موجب تغییراتی در ابعاد روان‌شناختی بیماران مبتلا به اعتیاد مواد مخدر می‌شود. یافته‌های به‌دست‌آمده با نتایج برخی تحقیقات ازجمله نتایج گینا (۸)، جوزف(۹)کاتلن و کارول (۱۰)، جان و همکاران(۱۱)، متیل و همکاران(۱۲) هم‌سویی دارد. مولایی و همکارانش (۲۲) در پژوهشی که روی افراد وابسته به مواد در تهران انجام دادند عنوان کردند که خودکار آمدی در جلوگیری و یا عود اختلال در افراد وابسته به مواد مخدر سازه

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

کلیدی می‌باشد. در پژوهشی دیگر کمرزین و همکاران(۲۳) مدعی شدند که اگر بتوان خودکار آمدی و خودکنترلی را در افراد وابسته به اعتیاد افزایش داد می‌توان در جهت بهبود علائم اعتیاد گام برداشت. در بعد کیفیت زندگی هم نتایج پژوهش حاضر با نتایج کلبر(۱۴)، استرین (۱۵)، آیکور و همکاران(۱۶)، مارتین(۱۷)، لینه(۱۸)، لیدل(۱۹) و هوگ (۲۰)همسو می‌باشد. در واقع اعتیاد بیماری جسمی، روانی و اجتماعی است که نه‌تنها عوامل فردی، بین فردی و محیطی و اجتماعی در پیدایش آن دخالت دارند، بلکه آن خود عامل بیماری‌های دیگری نیز هست . محققان و کارشناسان معتقدند که الگوی ویروس ایدز در کشور ما متفاوت است و برآورد می‌شود که ۳۱ درصد از موارد ابتلا به ایدز در ایران از طریق اعتیاد تزریقی است. طبق گزارش مدیریت مبارزه با بیماری‌های بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۵ حدود ۱۳۳۵۷ نفر مبتلا به HIV و ایدز در ایران وجود دارند که از این تعداد ۷۸۸ نفر آن‌ها مبتلا به ایدز بوده و ۸۶۵۰ نفر از آن‌ها از طریق تزریق مواد مخدر به این بیماری دچار شدند و به گزارش سازمان جهانی بهداشت استفاده از مواد مخدر تزریقی مهم‌ترین راه انتقال HIV در ایران است(۲۴). همچنین بر پایه‌ی گزارش سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸)۷۰درصد مرگ‌ها به دنبال رفتارهایی رخ می‌دهند که در نوجوانی روی داده و قابل اصلاح بودند که یکی از علل آن گسترش مواد مخدر در بین نوجوانان و جوانان بوده است(۲۵). از طرف دیگر با توجه به اینکه در درمان این دسته افراد همیشه دارودرمانی خط مقدم درمانی بوده است و افراد مبتلا به سوءمصرف هم با دارودرمانی با عود اختلال مواجه می‌شوند لذا درمان‌های روان‌شناختی به خصوص رویکرد شناختی –رفتاری با توجه به اینکه به بازسازی شناختی افراد می‌پردازد رویکردی ایده آل محسوب می‌شود. چون درمان‌های دارویی با وجود اینکه در بهبود علائم اعتیاد اثر مثبت دارند اما قادر نیستند احساس منفی بیمار را نسبت به بیماری خود تغییر دهند و نقش بیمار گونه را از فرد بستانند. اجرای مداخله‌های روان‌شناختی با تمرکز بر اصلاح سبک‌های اسنادی، چالش با باورهای غیرمنطقی، آرام سازی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای ازجمله راهبردهای درمانی مبتنی بر رویکردهای شناختی رفتاری است که نه‌تنها پیامدهای عاطفی منفی افراد وابسته به مواد را تخفیف می‌بخشد بلکه به افزایش سطح پایبندی به توصیه‌های درمانی هم کمک می‌کند. چنین گمانه زنی می‌توان کرد که درمان شناختی رفتاری کمک می‌کند آزمودنی‌ها شیوه‌های کاهش یا تغییر واکنش‌هایشان را یاد بگیرند، این یادگیری احتمالاً توجه فرد را نسبت به وضعیت و نوسانات روزمره تسهیل می‌کند. لذا درمان شناختی رفتاری می‌تواند در افزایش میزان خودکارآمدی و بهبود کیفیت زندگی نقش آفرینی بهتری داشته باشد . افزایش خودکارآمدی باعث می‌شود در واقع افراد وابسته به مواد، احساس رضایت درونی کرده و این به نوبه خود موجب افزایش شادکامی، بهزیستی روانی و کیفیت زندگی می‌شود. عدم امکان پیگیری طولانی تر از شش ماه و نیز عدم امکان نمونه گیری جامع از کلیه مناطق شهری و محدود شدن آن فقط به یک شهرستان ازجمله محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌رود. پیشنهاد می‌گردد که این طرح پژوهشی در حجم نمونه بزرگ‌تر انجام گیرد تا نتایج با احتمال بیشتری به جامعه تعمیم داده شود، همچنین پیشنهاد می‌شود که در مورد زنان هم انجام گیرد. توصیه می‌شود کارگاه‌هایی از سوی دست اندرکاران سلامت در ارتباط با اجرای مداخلات روان‌شناختی در جهت ارتقاء خودکارآمدی و بهبود کیفیت زندگی در مراکز ترک اعتیاد صورت گیرد تا بتوان از درمان محوری به سمت رویکرد سلامت محور گام برداشت و از هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی صرفه جویی به عمل آید.

References:

1. Tofangchi M. The reaserch reasen of addiction to substance abuser.dissertation. Tehran: University of Tehran; 2007. (Persian)
2. Sharg A .Important factors on view drug addiction centers in 88 Westazarbayejan. J Urmia Univ Med Sci 2008; (5):15-25. (Persian)
3. Farjad MH .Social and psychological causes of relapse to substance abuse. Office of drug presidential campaign; 1995.
4. Khosravikabir Z, Mousavi S.V, Yousefi A. Comparison of emotional intelligence and mental health in Addicted and normal individuals. J Guilan Univ Med science 2009; (70):9-16. (Persian)
5. Salami SO, Ogundokun MO. Emotional intelligences and self efficacy as predictors of academic performance. Perspective Educ 2009; (3): 175-85.
6. Clark M, Hampson SE. Implementing a cognitive – behavior. Therapy intervention to improve life

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

style self – management inpatients with type 2 diabetes. Educouns 2003; (42):245-56.

7. Geleilnse JM, Kok FJ, Grobbee DE. Impact of cognitive – behavior therapy on life style of hypertention in western population. Eur J public health 2006; (3): 235-9.
8. Gina M, Coon M,DavidP,Paul A. Self – efficacy and substance abuser: Assessment suing a brief phone interview. J Substance abuser Treatment 2009; (15): 385-91.
9. Joseph A, Yinfrah K. Self – efficacy as a predictor of Treatments out com in adolescent substance abuser. Addictive behavior 2005; (30): 1751-64.
10. kathleen M. Cognitive-behavior therapy for substance abuse and mood dis orders. Biol psychology 2004; (56)778-784.
11. John F. Karen C, John E. Group and family cognitive behavior therapy for adolescent depression, anxiety and substance abuse. Cognitive and Behavioral practice 2002; (8):367-76.
12. Drapkin ML, Tate SR, McQuaid JR, Brown SA. Does initial treatment focus influence outcomes for depressed substance abusers? J Subst Abuse Treat 2008;35(3):343–50.
13. Sheykhi S,Issazadegan A,khademi A, Hafeznia M.Comparison psychological and quality of life in patients with and without asthma. J Med Sci Urmia 2013; 24(7): 519-26. (Persian)
14. Kleber H. Diagnosis and symptoms depression and quality of life in substance abusers. J psychiatry 2009; (39): 156-61.
15. Strain E, Stizer M. Quality of life and depressive symptoms in opiate addicts. J Nervous and mental Disease 2010; (179): 215-21.
16. Icor M, Pier P. Cognitive behavior therapy for quality of life in substance abuse. J Subst Abuse Treat 2007; 91-8.
17. Martin R. Cognitive behavior therapy for quality of life and depression in adolescent substance abuse. J Subst Abuse Treat 2008; 135-56.
18. Line M. Cognitive behavior therapy for quality of life in substance abuse. New York: Guilford press: 2005.
19. Lidell H.A. Cognitive behavior therapy for quality of life and in adolescent drug abuse. J psychology 2008; 197-213.
20. Hogue A. Psychosocial intervention for quality of life in substance abuse. J addiction 2011; (197): 868-76.
21. Mardani M, sharaki A. The relationship between mental health and quality of life in cancer patients. J Med Sci Yazd 2010; (2) 111-7. (Persian)
22. Molaie A, Shahidi S, Vazitch S, Bagherian S. Comparison the effectiveness of cognitive behavioral therapy and movie therapy on improving abstinence self -efficacy in Iranian substance dependent adolescent. Soc Behav Sci 2010; (5)1180-4. (Persian)
23. Kamarzin H, Zare H, Milan H. cognitive – behavior therapy on self – efficacy and improving sign of addiction on substance abuse. J Res Addictive 2012; (16): 75-85.
24. JavadiA A. Related to the duration and frequency of imprisonment with hepatitis B, and HIV infection in prisons in Iran. J Med Council Tehran 2009; (8):32-41.
25. Rajay A. Adiction, reason, treatment. Jl of mental health 2001; (2): 1-12.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

Original Article

THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY AND PHARMACOLOGICAL INTERVENTION IN ENHANCING SELF-EFFICACY AND ON IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF MEN WITH SUBSTANCE USE

Ali Issazadegan[1], Siamak Sheikhi[2], Mohammad Hafeznia[3], Behrouz Kargari[4]*

Received: 23 Nov, 2014; Accepted: 4 Feb, 2015

Abstract

Background& Aims: Addictions affect an individual mentally, physically and socially. There are personal, interpersonal and social and environmental causes that interact in its development. The present study aimed to examine the effectiveness of cognitive behavior therapy and pharmacological intervention on increasing efficacy and improving the quality of life in men with substance use.

Materials & Methods: This descriptive-analytical study was conducted on 40 men with substance selected by available sampling method and were divided into an experimental (n=20) and a control group (n=20). Pre-test and post-test was carried out and the data were collected using self-efficacy and World Health Organization Quality of Life Questionnaire. . Pharmacological interventions in both groups were under medical supervision, however, the experimental group received eight sessions of cognitive-behavioral therapy. The mean score of the two groups were compared by covariance analysis (ANCOVA).

Results: The results of study showed significant differences between the mean scores of the pre-test and post-test of the experimental and control groups. Cognitive therapy had enhancing in self-efficacy and quality of life mean score in the experimental group. (p<0/001).

Conclusion: The present findings indicate that pharmacological intervention with cognitive behavioral therapy can be useful in increasing self-efficacy and improving life quality in people with substance use.

Keywords: Substance use, Quality of life, Self-efficacy, Cognitive behavior therapy

Address: Psychology Department, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran
Tel: +98 9301470065
Email: s.sheikhi@umsu.ac.ir

SOURCE: URMIA MED J 2015: 26(1): 80 ISSN: 1027-3727

[1] *Associate Professor, Education & Psychology Faculty, Urmia University, Urmia, Iran*
[2] *Assistant Professor, Psychology Department, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)*
[3] *Master in Clinical Psychology*
[4] *General Practitioner, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran*

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]