

## سنجش کارایی و اثربخشی شناخت درمانی بر باورهای ناکارآمد مرتبط با مواد مخدر در ابعاد مثبت و منفی در گروه دریافت‌کننده آموزش

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۴/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۵/۲۰

کد مقاله: ۷۶۱۳۱

علی نصیریان\*

### چکیده

امروزه مسأله‌ی اعتیاد به عنوان یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین آسیب‌های اجتماعی در تمام جوامع بشری محسوب می‌شود و یکی از جدی‌ترین معضلات بشر است. به همین منظور تحقیق حاضر با هدف سنجش کارایی و اثربخشی شناخت درمانی بر باورهای ناکارآمد مرتبط با مواد مخدر در ابعاد مثبت و منفی در گروه دریافت‌کننده آموزش صورت گرفت. تحقیق حاضر از نوع نیمه تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بوده است و جامعه‌ی آماری این تحقیق شامل ۴۰ نفر از افراد دچار سوءمصرف مواد مخدر مراجعه‌کننده به مراکز اعتیادشهرستان ارومیه، که به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری قرار داده شدند بود. در این تحقیق به منظور جمع‌آوری اطلاعات از دو پرسشنامه‌ی باورهای مرتبط با مواد مخدر و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد استفاده شد و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از نرم‌افزار spss20 و تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج بررسی‌های صورت گرفته نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گواه در مرحله پیگیری از لحاظ باورهای مرتبط با مواد و نگرش‌های ناکارآمد وجود دارد. از میان متغیرهای جمعیت شناختی تحصیلات و میزان درآمد با نگرش ناکارآمد و باورهای مرتبط با مواد دارای رابطه بودند.

واژگان کلیدی: شناخت درمانی، باورهای مرتبط با مواد مخدر، باورهای ناکارآمد

اعتیاد و مصرف مواد، یکی از معضلات و نگرانی‌های عمده‌ی جهان امروز است و اعتیاد به مواد مخدر از مهم‌ترین و شایع‌ترین آسیب‌های اجتماعی در تمام جوامع محسوب می‌شود و افراد بدون آگاهی نسبت به عواقب خانمان‌سوز این معضل، به دنبال آن می‌روند؛ لذا برداشتن قدم‌های جدی و محکم در جهت ریشه‌یابی این مسئله از اهمیت اساسی برخوردار است. در سالیان اخیر در زمینه سوءمصرف مواد مخدر در سطوح مختلف سبب‌شناسی، تشخیص و درمان، پیشرفت‌های چشمگیری به دست آمده و در درمان از رویکردهای چند رشته‌ای و الگوهای زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی بهره گرفته شده است. یکی از ابزارهای به کار گرفته شده توسط درمانگران شناخت درمانی می‌باشد که به‌طور گسترده‌ای در درمان بیماری‌هایی روانی موثر واقع گردیده و از آنجا که سوءمصرف مواد جزو اختلالات روانی محسوب می‌شود امید است این درمان دارای اثربخشی در درمان اعتیاد به مواد مخدر نیز واقع گردد. شناخت درمانی یا به‌طور دقیق‌تر، درمان شناختی یکی از روش‌های درمان روان‌شناختی است که هم‌اکنون در سرتاسر جهان به عنوان یکی از گونه‌های استاندارد درمانی برای بسیاری از اختلالات روان‌شناختی به کار می‌رود. در این روش فرض بر این است که یکی از علل بسیاری از اختلالات روان‌شناختی اشکال در فکر یا باورهای بیمار است و با اصلاح این باورها می‌توان به بیمار کمک کرد. این درمان بر تغییر رفتاری متناسب با فکر درست‌تر هم تأکید دارد. در این روش روان‌شناختی، درمان‌گر در طول جلسات ملاقات خود با بیمار تلاش می‌کند تا افکار و باورهای او را مورد بررسی قرار دهد. اغلب افرادی که سوءمصرف مواد را تجربه می‌کنند، دارای افکار و باورهای مخربی هستند که به عنوان علت احساسات ناخوشایند بیمار به شمار می‌روند. به‌طور کلی این افراد باورهایی دارند که عزت نفس آن‌ها را مرتب در هم می‌کوبد و وجود آن‌ها را سرزنش می‌کند. در این حالت شناخت، درمان‌گر تلاش می‌کند با استفاده از تکنیک‌های مختلف به بیمار نشان دهد که این باورها، خطاهای شناختی هستند و در همه حال نمی‌توانند صحت داشته باشند، شناخت درمان‌گر به فرد کمک می‌کند تا به این نکته ایمان پیدا کند که همیشه همه‌ی انسان‌ها مطابق میل آن‌ها رفتار نمی‌کنند و یا همیشه همه امور مطابق میل آن‌ها پیش نمی‌رود. این امر به فرد کمک می‌کند تا شناخت‌های خود را تغییر دهد. لذا براساس تحقیقات و بررسی‌های انجام شده، فرآیندهای اعتیاد تحت تأثیر باورها و نگرش‌های فرد است، نگرش‌هایی که گاهاً و اغلب نادرست می‌باشند، نگرش‌های ناکارآمد فرض‌ها و باورهای جهت‌گیرانه‌ای هستند که فرد نسبت به خود، جهان، اطراف و آینده دارد. این نگرش‌ها موجب جهت‌گیری فهم و ادراک فرد از رویدادها شده و احساسات و رفتارها را تحت تأثیر قرار می‌دهند و فرد را مستعد افسردگی و سایر آشفتگی‌های روان‌شناختی می‌کنند. از این‌رو از میان متغیرهای فردی تأثیرگذار بر مصرف مواد مخدر می‌توان به نگرش‌های ناکارآمد و باورهای مرتبط با مواد مخدر اشاره نمود که دو متغیر اصلی در نظر گرفته شده‌ی تحقیق حاضر می‌باشند. در این زمینه تحقیقات مختلفی انجام شده است که از آن جمله می‌توان به تحقیقی که توسط سهرابی و همکارانش انجام شده اشاره کرد. آن‌ها در این تحقیق به مقایسه نگرش‌های ناکارآمد در افراد وابسته به مواد و افراد عادی، پرداختند و نشان دادند بین افراد وابسته به مواد و افراد عادی در نگرش‌های ناکارآمد از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد. سترگ و همکارانش نیز تحقیقی را با هدف اثر بخشی درمان شناختی بر عقاید وسوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد در بیماران وابسته به مواد صنعتی انجام دادند. نتایج بررسی‌های آن‌ها نشان داد که درمان شناختی در اصلاح عقاید وسوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد در هر دو گروه وابسته به مواد کراک هرویین و شیشه تأثیر معناداری دارد. همچنین، اثربخشی این درمان در پیگیری دو ماهه از ثبات برخوردار بود. به عبارت دیگر شناخت متغیری میانجی و مهم در پیشگیری، کنترل و درمان وابستگی به مواد صنعتی نوین محسوب می‌شود. صالح‌زاده و همکارانش نیز در تحقیقی به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در اصلاح نگرش‌های ناکارآمد بیماران پرداختند و نتایج بررسی‌های آن‌ها نشان داد که میانگین نمرات مقیاس نگرش‌های ناکارآمد در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس از آزمون و پیگیری کاهش معناداری دارد؛ و به‌طور کلی درمان شناختی رفتاری در اصلاح نگرش‌های ناکارآمد بیماران کارایی قابل ملاحظه‌ای دارد. در این راستا با توجه به رابطه‌ای که بین سوگیری توجه، تلقین به خود، باورها با ایجاد وسوسه مصرف ماده مخدر در فرد وابسته به مصرف مواد وجود دارد، انجام مداخله‌ای مبتنی بر درمان شناختی جهت تعدیل وسوسه مصرف مواد و تغییر نگرش‌ها و باورهای در این دسته از افراد ضروری به نظر می‌رسد و با توجه به این که در مطالعات قبلی نمی‌توان پژوهشی را پیدا نمود که به سنجش کارایی و اثربخشی شناخت درمانی بر باورهای ناکارآمد مرتبط با مواد مخدر پرداخته باشد لذا این نیاز احساس می‌شد که پژوهشی در جهت به کارگیری درمان مبتنی بر مدل شناختی در نگرش‌های ناکارآمد و باورهای مرتبط با مواد مخدر برای درمان وابستگان به مواد صورت گیرد. بنابراین این تحقیق با هدف سنجش کارایی و اثربخشی شناخت درمانی بر باورهای ناکارآمد مرتبط با مواد مخدر در ابعاد مثبت و منفی در گروه دریافت‌کننده آموزش صورت گرفت. به عبارتی تحقیق حاضر در نظر داشت که با اجرای برنامه آموزشی و براساس مدل شناختی به بررسی کارایی آن در تغییر نگرش‌های منفی و ناکارآمد، و باورهای مرتبط با مواد در گروه مورد و شاهد بپردازد تا مشخص شود که آموزش تا چه حد در نحوه نگرش و باور افراد نسبت به پدیده سوءمصرف مواد مخدر اثر دارد.

## ۲- روش تحقیق

طرح تحقیق حاضر نیمه آزمایشی بصورت پیش آزمون پس آزمون می‌باشد. در پیش آزمون ممکن است صرف نظر از این که آیا متغیر مستقل X به کار برده شده است یا خیر به عنوان یک تجربه یادگیری عمل کند و در نهایت باعث شود که آزمودنی‌ها نسبت به پاسخ‌های موجود در پس آزمون آگاهی پیدا کنند. همچنین اجرای پیش آزمون در قبل و بعد از اجرای تحقیق می‌تواند آزمودنی‌ها را نسبت به متغیر مستقل یا عواملی آگاه نماید که در حالت طبیعی متوجه آن نیستند. آزمودنی‌های این تحقیق به صورت در دسترس انتخاب شدند، و پس از اجرای آزمون‌ها و قبل از دخالت متغیر مستقل، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و شاهد جای گرفتند. جامعه آماری تحقیق حاضر را کلیه افراد دارای سوء مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تشکیل می‌دهند، افراد دچار سوء مصرف مواد با مراجعه به مراکز ترک اعتیاد شناسایی و پس از جلب نظر آن‌ها جهت همکاری انتخاب می‌گردند. با توجه به این که تعداد اصلی کل جامعه در دست نیست لذا نمونه‌ها از جامعه آماری انتخاب شده به صورت در دسترس گزینش شدند. لذا با استفاده از جدول مورگان تعداد ۴۰ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب گردید، از آن‌جا که پژوهش حاضر به صورت شبه آزمایشی (تجربی) است، تعداد در نظر گرفته شده در قالب ۲ گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) تقسیم شدند. ابزار اندازه‌گیری در تحقیق حاضر، پرسشنامه بود. در این تحقیق از دو پرسشنامه‌ی استاندارد که شامل پرسشنامه‌ی مقیاس باورهای مرتبط با مواد و همچنین پرسشنامه‌ی مقیاس نگرش ناکارآمد بود، استفاده شد.

جدول ۱- سؤالات و شاخص‌های مربوط به هر کدام از متغیرهای پژوهش

| متغیر  | شاخص                     | سؤالات   |
|--|--------------------------|----------|
| نگرش‌های ناکارآمد<br>(یک و همکاران، ۱۹۸۳)        | کمال طلبی                | ۱ تا ۱۰  |
|  | نیاز به تایید            | ۱۱ تا ۲۰ |
|  | نیاز به راضی کردن دیگران | ۲۱ تا ۳۰ |
| باورهای مرتبط افراد به مواد<br>(رایت و بک، ۱۹۹۳) | آسیب پذیری               | ۳۱ تا ۴۰ |
|  | پیامدهای مثبت            | ۱ تا ۱۰  |
|  | پیامدهای منفی            | ۱۱ تا ۲۰ |

جدول ۲- پایایی پرسشنامه به تفکیک هر متغیر در تحقیق حاضر

| متغیر / زیر مقیاس                       | ضریب آلفای کرونباخ |
|---|--------------------|
| کمال طلبی                               | ۰/۸۹               |
| نیاز به تایید                           | ۰/۸۵               |
| نیاز به راضی کردن دیگران                | ۰/۸۶               |
| آسیب پذیری                              | ۰/۸۱               |
| کل پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد           | ۰/۸۶               |
| پیامدهای مثبت                           | ۰/۸۵               |
| پیامدهای منفی                           | ۰/۹۱               |
| کل پرسشنامه باورهای مرتبط افراد به مواد | ۰/۸۸               |

ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه نگرش‌های ناکارآمد مقدار (۰/۸۶) و برای پرسشنامه باورهای مرتبط افراد به مواد (۰/۸۸) به دست آمد، و با توجه به این که پایایی هر متغیر و همچنین پایایی کل پرسشنامه بالاتر از ۰/۷ می‌باشد (حداقل مقدار مجاز) لذا می‌توان مدعی شد که پرسشنامه این تحقیق از پایایی کافی برخوردار می‌باشد.

با توجه به ماهیت موضوع، پژوهش حاضر از جمله طرح‌های شبه تجربی با پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل می‌باشد. که به دو گروه ۲۰ نفری از افراد دچار سوء مصرف مواد تقسیم شدند. گروه آزمایش ضمن امضای برگه رضایتنامه کتبی، در فضایی که جهت آموزش به عنوان کلاس در نظر گرفته شده بود، دور هم جمع شده، و طی هشت جلسه مورد آموزش قرار گرفتند. آزمودنی‌ها برای کنترل می‌بایست معیارهای زیر را می‌داشتند:

- عدم دریافت هر گونه درمان روان شناختی قبلی.
- رد کردن شرایط زیستی و جسمانی تأثیرگذار در اختلال (به‌طور مثال، اختلال غده‌ی تیروئید).
- داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن.

البته مواردی نظیر نوع ماده مصرفی، تعداد دفعات بازگشت (عود مجدد نیز مدنظر پژوهشگر قرار داشت که به عنوان معیار ورود به مطالعه در نظر گرفته شود، ولی به دلایل خارج از کنترل بودن این متغیرها و تاثیر آن بر کم شدن تعداد افراد گروه، از این موارد صرف نظر گردید، ضمن این که در راستای رعایت اخلاق پژوهشی، حفظ اطلاعات شخصی و اسامی و مسائل مطروحه در پرونده پزشکی و روان شناختی افراد، در سرلوحه کار و مورد تاکید پژوهشگر بود، و موارد لازم رعایت گردید. افراد منتخب که جهت همکاری و شرکت در کلاس آموزشی، آماده شده بودند، به تصادف در دو گروه جای داده شدند و شیوهی درمان بر روی آن‌ها اجرا شد. تعداد جلسات آموزشی برای گروه آزمایش، هشت جلسه‌ی یک ساعت و نیم (۹۰ دقیقه) بود که در هفته یک بار برگزار شد. تکالیف خانگی در انتهای هر جلسه تعیین می‌شد (برای نمونه شناسایی و ثبت افکار ناکارآمد در زمان بروز هیجانات منفی) غمگینی، ناامیدی، تمرین جانشین‌سازی افکار تحریف‌آمیز با باورهای مثبت و واقع‌گرایانه و ثبت در برگه‌های ویژه تکالیف خانگی، انجام تمرین‌های تن آرامی در فاصله جلسات و دادن بازخورد طی جلسات، شناسایی سبک اسنادی خود در رویدادهای روزمره و ثبت آن-ها در فاصله بین جلسات و بحث پیرامون آن در جلسات درمانی، شناسایی فرصت‌های افراد معتاد برای فعالیت‌های کاری موفقیت-آمیز به منظور بهبود خلق و برنامه‌ریزی برای مشارکت فرد در این فعالیت‌ها در طول روز و دریافت بازخورد طی جلسات بررسی تکالیف خانگی و رفع ابهامات مربوط به درمان در دستور کار هر جلسه قرار داشت. به منظور رعایت جنبه اخلاقی، افراد گروه گواه نیز در جلسات گروهی مشاوره معمولی (بدون تکنیک) شرکت نمودند که البته به دلیل محدودیت فضا و امکانات تنها دو جلسه برای این گروه تشکیل گردید. پس از پایان مرحله ارزیابی در جلسه پیگیری، بروشورها و خلاصه آموزش مباحث و تکنیک‌ها که طی جلسات درمانی به گروه آزمایش ارائه شده بود به گروه گواه نیز داده شد. به منظور ارزیابی میزان پایداری تأثیرات درمانی در طول زمان (پیگیری)، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد، دو ماه بعد از اتمام جلسات درمانی برای هر دو گروه آزمایش و گواه تکمیل گردید. چهارچوب جلسات درمانی به طور مختصر به این شرح، در جدول زیر نشان داده شده است.

جدول ۳- شرح جلسات آموزش شناخت درمانی در کاهش نگرش‌های ناکارآمد و باورهای مرتبط با مصرف مواد

| ردیف       | هدف جلسه   | محتوی آموزشی جلسه   |
|------------|--|---|
| جلسه اول   | معرفه، آشنایی و توجیه گروه   | ۱. ایجاد جو آموزشی درمانی مناسب و آگاه نمودن افراد با ساختار و قوانین جلسات درمان. ۲. جلب اعتماد و همکاری هر یک از آنها به درمان و فراهم نمودن شرایطی برای بیان احساسات منفی و نحوه مقابله آن‌ها با شرایط رنج آور و همچنین تعیین اهداف درمانی و انعقاد قرارداد درمانی با همکاری و مشارکت اعضای گروه |
| جلسه دوم   | آشنایی شرکت کنندگان با رفتارهای پرخطر، علل و پیامدهای آن افزایش مهارت شرکت کنندگان در شناسایی توالی راه انداز- پاسخ- پیامد آموزش عادات‌های رفتاری سالم | ۱. آموزش رفتارهای پرخطر ۲. آموزش راه‌اندازهای رفتارهای پرخطر و پیامدهای آن ۳. مشخص کردن انتظارات مراجع از درمان ۴. مرور زنجیره توالی راه انداز- پاسخ- پیامد ۵. توصیه‌هایی برای انجام فعالیت به شیوه سالم  |
| جلسه سوم   | آموزش راهبردهای شناسایی افکار  | ۱. آموزش روش‌های ارزیابی و اصلاح افکار ناکارآمد با استفاده از تکنیک‌های موجود مثل پرسشگری سقراطی، فلش رو به پایین، ۲. آموزش اصول برنامه ریزی فعالیت و تنظیم وقت و تشویق به از سرگیری فعالیت‌های راکد مانده و آموزش فنون آرمیدگی و اجرای گروهی آن  |
| جلسه چهارم | آشنایی شرکت کنندگان با ارتباط افکار و رفتار و احساسات و آموزش توانایی بازسازی افکار ناکارآمد   | ۱. آموزش ارتباط افکار و رفتارها ۲. آموزش شناسایی افکار خودکار ۳. شناسایی خطاهای شناختی ۴. آموزش توانایی بازسازی افکار ناکارآمد  |
| جلسه پنجم  | آموزش مهارت‌های پاسخگویی به فکر یا احساس ناخوشایند. افزایش مهارت خودکنترلی شرکت کنندگان افزایش فعالیت‌های بهبود بخش خلق                                | ۱. آموزش کنترل تکانه ۲. آموزش مهارت‌های خودکنترلی ۳. آموزش مهارت‌های بهبود دهنده خلق ۴. توصیه‌هایی برای افزایش فعالیت‌های لذت بخش   |
| جلسه ششم   | افزایش عزت نفس شرکت کنندگان کسب مهارت‌های حل مسئله و مدیریت استرس  | ۱. آموزش مفهوم عزت نفس ۲. آزمایش صحت خودارزیابی منفی توصیه‌هایی برای افزایش عزت نفس ۳. توضیح مفهوم استرس ۴. آموزش مهارت‌های مدیریت استرس  |
| جلسه هفتم  | جلوگیری از بازگشت  | ۱. برنامه ریزی برای جلوگیری از بازگشت ۲. آموزش مواجهه با موقعیت‌های پرخطر ۳. آموزش نکاتی برای مواجهه موفق ۴. بررسی پیشرفت شرکت کنندگان. ۵. تداوم استفاده از مهارت‌های آموزش داده شده  |
| جلسه هشتم  | جمع بندی و اجرای پس آزمون  | ۱. ارزیابی کاملی از نتایج جلسات قبلی و پرسش و پاسخ و بیان نقطه نظرات و دیدگاه‌های افراد آموزش دیده. ۲. قدردانی و تشکر از افراد شرکت کننده در جلسات و اجرای پس آزمون.  |

همچنین در این تحقیق، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss20 انجام گرفته، که در دو سطح توصیفی و استنباطی داده‌های بدست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند، در سطح توصیفی با رسم جداول توزیع فراوانی و نمودار بیان شده، همچنین در قالب جداول توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد هر کدام از متغیرها و زیر مقیاس‌های آن محاسبه گردیده است. جهت کاوش دقیق‌تر، برای هر دو گروه به‌طور جداگانه، تحلیل واریانس به عنوان آزمون آماری تکمیلی محاسبه گردید. برای بررسی نرمال بودن توزیع‌ها نیز از آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک متغیری به استفاده شد. جهت تبیین فرضیات و نشان دادن تفاوت آماری نمرات دو گروه، قبل و پس از آموزش و مقایسه آن‌ها با هم از تحلیل کواریانس استفاده شد. این تحلیل ترکیبی از تحلیل واریانس و تحلیل رگرسیون است و زمانی قابل استفاده است که در آن متغیر وابسته کمی بوده، چند متغیر مستقل کمی و کیفی وجود داشته باشد. چراکه این آزمون، جزو روش‌های آماری است که اجازه می‌دهد اثر متغیر مستقل بر متغیر وابسته مورد بررسی قرار گیرد، در حالی که اثر متغیر دیگر را حذف کرده یا از بین می‌برد. بنابراین قبل از انجام تحلیل، ابتداء فرضیات این آزمون که شامل، همگنی رگرسیون، ارتباط خطی، همگنی ماتریس‌های واریانس - کواریانس، یکسانی واریانس‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد.

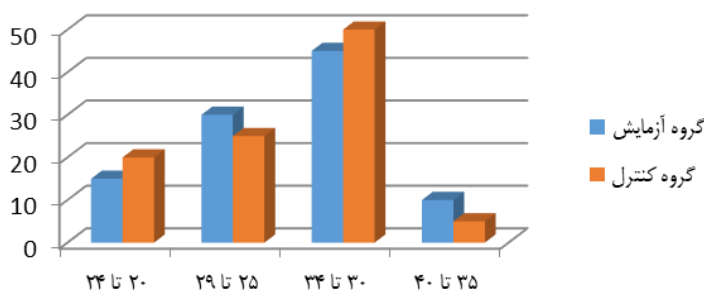
### ۳- یافته‌ها

#### الف: آمار توصیفی

در این بخش خصوصیات و ویژگی‌های دموگرافیک پاسخگویان (گروه آزمایش و گروه کنترل) از قبیل: سن، تحصیلات، شغل و... در قالب جداول توزیع فراوانی و محاسبه درصد و رسم و نمودار نمایش داده شده است.

جدول ۴\_ جدول توزیع فراوانی و درصد سن گروه‌های مورد مطالعه

| گروه سنی     |          | گروه آزمایش |         | گروه کنترل |         |
|--------------|----------|-------------|---------|------------|---------|
| مقادیر       | گروه سنی | درصد        | فراوانی | درصد       | فراوانی |
| ۲۰ تا ۲۴ سال | ۳        | ۱۵          | ۴       | ۲۰         | ۲۰      |
| ۲۵ تا ۲۹ سال | ۶        | ۳۰          | ۵       | ۲۵         | ۲۵      |
| ۳۰ تا ۳۴ سال | ۹        | ۴۵          | ۱۰      | ۵۰         | ۵۰      |
| ۳۵ تا ۴۰ سال | ۲        | ۱۰          | ۱       | ۵          | ۵       |
| جمع          | ۲۰       | ۱۰۰         | ۲۰      | ۱۰۰        | ۱۰۰     |

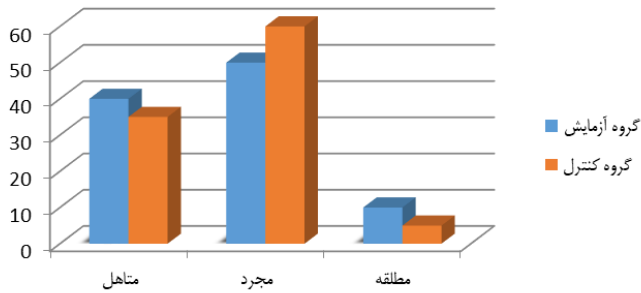


داده‌های جدول بالا بیان‌گر این است که ۶۵ درصد افراد سالم و ۴۲/۵ درصد افراد دچار سوء مصرف مواد در گروه سنی ۱۸ تا ۲۱ سال بوده و ۳۵ درصد افراد سالم و ۵۷/۵ درصد افراد دچار سوء مصرف مواد در گروه سنی ۲۲ تا ۲۵ سال قرار داشتند.

نمودار ۱- نمودار توزیع فراوانی و درصد سن گروه‌های مورد مطالعه

جدول ۵\_ جدول توزیع فراوانی و درصد وضعیت تاهل در گروه‌های مورد مطالعه

| وضعیت تاهل       |            | گروه آزمایش |         | گروه کنترل |         |
|------------------|------------|-------------|---------|------------|---------|
| مقیاس‌ها         | وضعیت تاهل | درصد        | فراوانی | درصد       | فراوانی |
| متاهل            | ۸          | ۴۰          | ۷       | ۳۵         | ۳۵      |
| مجرد             | ۱۰         | ۵۰          | ۱۲      | ۶۰         | ۶۰      |
| مطلقه / فوت همسر | ۲          | ۱۰          | ۱       | ۵          | ۵       |
| جمع              | ۲۰         | ۱۰۰         | ۲۰      | ۱۰۰        | ۱۰۰     |

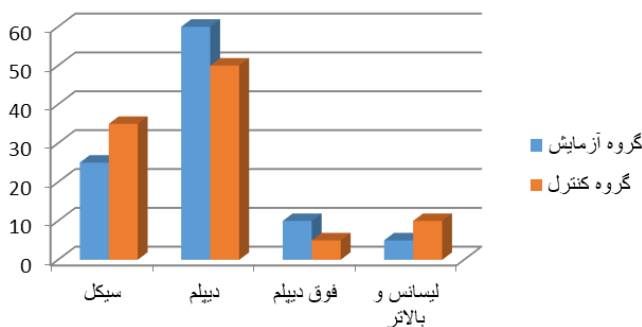


نمودار ۲- نمودار توزیع فراوانی و درصد وضعیت تاهل گروه‌های مورد مطالعه

با توجه به جدول بالا، در زمینه وضعیت تاهل افراد دو گروه، به ترتیب ۴۰ درصد از افراد گروه آزمایش و ۳۵ درصد از گروه کنترل متأهل بوده، ۵۰ درصد افراد گروه آزمایش و ۶۰ درصد از افراد گروه کنترل مجرد بوده، همچنین ۱۰ درصد از افراد گروه آزمایش و ۵ درصد از افراد گروه کنترل نیز مطلقه یا همسر خود را از دست داده بودند.

جدول ۶- توزیع فراوانی تحصیلات گروه‌های مورد مطالعه

| گروه کنترل |         | گروه آزمایش |         | سطح تحصیلات<br>مقادیر |
|------------|---------|-------------|---------|-----------------------|
| درصد       | فراوانی | درصد        | فراوانی |                       |
| ۳۵         | ۷       | ۲۵          | ۵       | سیکل و پایین‌تر       |
| ۵۰         | ۱۰      | ۶۰          | ۱۲      | دیپلم                 |
| ۵          | ۱       | ۱۰          | ۲       | فوق دیپلم             |
| ۱۰         | ۲       | ۵           | ۱       | لیسانس و بالاتر       |
| ۱۰۰        | ۲۰      | ۱۰۰         | ۲۰      | جمع                   |



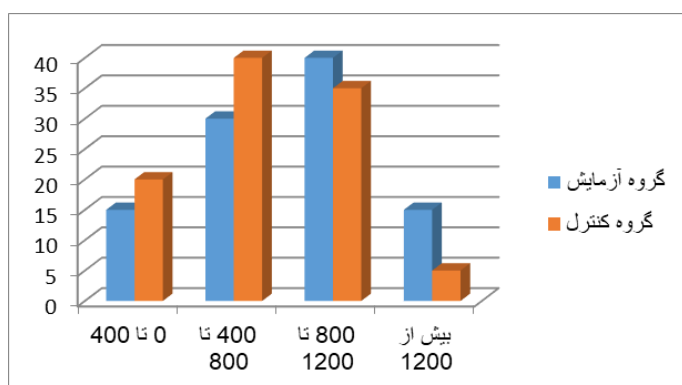
نمودار ۳- نمودار فراوانی و درصد تحصیلات گروه‌های مورد مطالعه

جدول بالا نشان داد ۲۵ درصد افراد گروه آزمایش و ۳۵ درصد افراد گروه کنترل، تحصیلاتی در سطح سیکل یا پایین‌تر داشته، ۶۰ درصد افراد گروه آزمایش و ۵۰ درصد افراد گروه کنترل دارای مدرک دیپلم، ۱۰ درصد افراد گروه آزمایش و ۵ درصد افراد گروه کنترل دارای مدرک فوق‌دیپلم و ۵ درصد افراد گروه کنترل و ۱۰ درصد افراد گروه کنترل نیز دارای مدرک لیسانس و یا بالاتر بودند.

جدول ۷- توزیع فراوانی میزان درآمد گروه‌های مورد مطالعه

| گروه کنترل |         | گروه آزمایش |         | میزان درآمد<br>مقادیر |
|------------|---------|-------------|---------|-----------------------|
| درصد       | فراوانی | درصد        | فراوانی |                       |
| ۲۰         | ۴       | ۱۵          | ۳       | ۰ تا ۴۰۰              |
| ۴۰         | ۸       | ۳۰          | ۶       | ۴۰۰ تا ۸۰۰            |
| ۳۵         | ۷       | ۴۰          | ۸       | ۸۰۰ تا ۱۲۰۰           |
| ۵          | ۱       | ۱۵          | ۳       | بیش از ۱۲۰۰           |
| ۱۰۰        | ۲۰      | ۱۰۰         | ۲۰      | جمع                   |

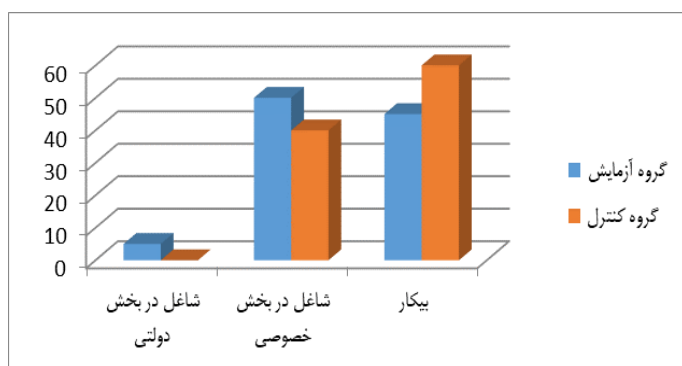
نتایج حاصل از جدول بالا بیان‌گر این است که ۱۵ درصد افراد گروه آزمایش و ۲۰ درصد افراد گروه کنترل، درآمدی بین (۰ تا ۴۰۰) هزار تومان داشتند، ۳۰ درصد افراد گروه آزمایش و ۴۰ درصد افراد گروه کنترل درآمدی بین ۴۰۰ تا ۸۰۰ هزار داشتند، ۳۵ درصد افراد گروه آزمایش و ۳۰ درصد افراد گروه کنترل درآمدی بین ۸۰۰ تا ۱,۲۰۰ را گزارش کردند و ۱۵ درصد افراد گروه آزمایش و ۵ درصد افراد گروه کنترل درآمد خود را بیش از ۱,۲۰۰ گزارش نمودند.



نمودار ۴- نمودار توزیع فراوانی میزان درآمد گروه‌های مورد مطالعه

جدول ۸- جدول توزیع فراوانی وضعیت شغلی گروه‌های مورد مطالعه

| مقادیر | گروه آزمایش |      | گروه کنترل |      | وضعیت شغلی        |
|--------|-------------|------|------------|------|-------------------|
|        | فراوانی     | درصد | فراوانی    | درصد |                   |
| ۱      | ۱           | ۵    | ۰          | ۰    | شاغل در بخش دولتی |
| ۱۰     | ۱۰          | ۵۰   | ۸          | ۴۰   | شاغل در بخش خصوصی |
| ۹      | ۹           | ۴۵   | ۱۲         | ۶۰   | بیکار             |
| ۲۰     | ۲۰          | ۱۰۰  | ۲۰         | ۱۰۰  | جمع               |



نمودار ۵- نمودار توزیع فراوانی وضعیت شغلی گروه‌های مورد مطالعه

نتایج جدول بالا نشان داد که ۵ درصد افراد گروه آزمایش شاغل در بخش دولتی بوده که این در حالی است هیچ یک از افراد گروه کنترل در بخش دولتی شاغل نبودند، همچنین ۵۰ درصد افراد گروه آزمایش در بخش خصوصی مشغول به کار بودند در مقابل افراد گروه کنترل ۴۰ درصد در بخش خصوصی شاغل بودند و از میان گروه آزمایش ۴۵ درصد بیکار بوده در حالی که ۶۰ درصد از افراد گروه کنترل ادعان داشتند که در حال حاضر بیکار بوده و شغلی ندارند.

#### الف- ۱- آزمون همسانی واریانس‌ها

جدول بالا بیان‌گر این است که سطح معناداری همهی F های محاسبه شده بیشتر از ۵٪ است لذا تفاوت واریانس‌ها از نظر آماری معنادار نیست و فرض تساوی واریانس‌ها برقرار است. از طرفی نتایج حکایت از برابری واریانس‌های خطا در پس آزمون و پیگیری دارد.

جدول ۹- آزمون لوین برای بررسی یکسانی واریانس

| متغیر                      | F     | dF1 | dF2 | Sig   |
|----------------------------|-------|-----|-----|-------|
| نگرش‌های ناکارآمد          | ۹/۵۰۶ | ۲   | ۲۰  | ۰/۱۲۲ |
| باورهای مرتبط با مصرف مواد | ۲/۸۳۲ | ۲   | ۲۰  | ۰/۱۰۸ |

جدول ۱۰- نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع ها در متغیرهای مورد مطالعه

| متغیرها                    | نوع آزمون | مقدار آماره کولموگروف -اسمیرنوف | معناداری |
|----------------------------|-----------|---------------------------------|----------|
| نگرش‌های ناکارآمد          | پیش آزمون | ۰/۷۳۰                           | ۰/۶۵۴    |
|                            | پس آزمون  | ۰/۶۳۲                           | ۰/۸۱۲    |
|                            | پیگیری    | ۰/۵۱۴                           | ۰/۹۵۲    |
| باورهای مرتبط با مصرف مواد | پیش آزمون | ۰/۶۴۰                           | ۰/۸۰۶    |
|                            | پس آزمون  | ۰/۸۱۲                           | ۰/۵۱۲    |
|                            | پیگیری    | ۰/۹۳۲                           | ۰/۴۴۰    |

همان‌طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود، نتایج حکایت از برقراری پیش شرط نرمال بودن توزیع‌ها در هر سه مرحله سنجش دارند. بنابراین، با توجه به برقراری پیش شرطها تحلیل کواریانس در ادامه جهت بررسی اثربخشی شناخت درمانی بر نگرش‌های ناکارآمد و باورهای مرتبط با مواد انجام گرفت.

### الف- ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات نگرش‌های ناکارآمد در گروه‌ها

داده‌ها و نتایج به دست آمده در محاسبه میانگین‌ها نشان دهنده‌ی این مسأله است که میانگین نمرات نگرش‌های کارآمد در پیش آزمون بیشتر از پس آزمون بود و افرادی که آموزش دیده‌اند پس از جلسات آموزشی، نگرش ناکارآمد آن‌ها به طرز چشمگیری کاهش یافته است.

جدول ۱۱- میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات نگرش ناکارآمد در دو گروه

| گروه   | تعداد | پیش آزمون |                  | پس آزمون |                  | پیگیری  |                  |
|--------|-------|-----------|------------------|----------|------------------|---------|------------------|
|        |       | میانگین   | انحراف استاندارد | میانگین  | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| آزمایش | ۲۰    | ۸۰/۴۲     | ۱۹/۱۲            | ۵۷/۰۴    | ۱۶/۱۲            | ۵۸/۷۰   | ۱۴/۳۲            |
| کنترل  | ۲۰    | ۸۰/۸۶     | ۲۳/۳۸            | ۸۱/۷۴    | ۲۱/۶۲            | ۷۹/۱۶   | ۱۹/۵۲            |

### الف- ۳- میانگین و انحراف معیار نمرات باورهای مرتبط با مواد در گروه‌ها

داده‌ها و نتایج به دست آمده در محاسبه میانگین‌ها نشان دهنده‌ی این مسأله است که میانگین نمرات باورهای مرتبط با مواد در پیش آزمون بیشتر از پس آزمون متفاوت بوده و افرادی که آموزش دیده‌اند پس از جلسات آموزشی، باورها آن‌ها به طرز چشمگیری تغییر یافته است.

جدول ۱۲- میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات باورهای مرتبط با مواد در دو گروه

| گروه   | تعداد | پیش آزمون |                  | پس آزمون |                  | پیگیری  |                  |
|--------|-------|-----------|------------------|----------|------------------|---------|------------------|
|        |       | میانگین   | انحراف استاندارد | میانگین  | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| آزمایش | ۲۰    | ۶۰/۴۰     | ۱۸/۴۳            | ۴۹/۷۲    | ۲/۲۶             | ۵۱/۵۳   | ۲/۳۸             |
| کنترل  | ۲۰    | ۶۹/۵۳     | ۸/۳۲             | ۶۱/۲۵    | ۲/۳۴             | ۶۳/۹۲   | ۲/۴۶             |

### ب: آمار استنباطی

در این بخش با استفاده از آزمون‌های تحلیل کواریانس و ضریب همبستگی پیرسون به بررسی و تبیین فرضیات، تأیید و یا رد آن‌ها و تفسیر فرضیات پرداخته می‌شود:

فرضیه اول: شناخت درمانی در کاهش نگرش‌های ناکارآمد تأثیر معنادار دارد.



جدول ۱۳- نتایج تحلیل کواریانس تأثیر شناخت درمانی بر میزان نمرات نگرش ناکارآمد پس از آزمون و پیگیری

| منبع تغییرات | آماره    | مرحله | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F      | معناداری (P) | میزان تاثیر | توان آماری |
|--------------|----------|-------|------------|-----------------|--------|--------------|-------------|------------|
| پیش آزمون    | پس آزمون | ۱     | ۱          | ۸۲۱۸/۴۹۲        | ۷۲/۹۰۰ | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۰۲       | ۱          |
|              | پیگیری   | ۱     | ۱          | ۵۵۹۹/۹۲۶        | ۴۵/۸۸۶ | ۰/۰۰۱        | ۰/۵۹۶       | ۱          |
| عضویت گروهی  | پس آزمون | ۱     | ۱          | ۴۳۸۶/۱۱۶        | ۳۸/۹۰۶ | ۰/۴۴۰        | ۰/۵۵۲       | ۱          |
|              | پیگیری   | ۱     | ۱          | ۲۹۱۵/۶۳۲        | ۲۳/۸۹۰ | ۰/۴۳۸        | ۰/۴۳۰       | ۰/۹۹۷      |

نتایج جدول بالا بیان گر این است که نمرات پیش آزمون رابطه معناداری با نمرات پس آزمون و پیگیری دارد اما این رابطه کنترل شده است. همچنین، با کنترل اثر نمرات پیش محاسبه شده، تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات F آزمون و با توجه به ضریب آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری وجود دارد ( $p < ۰/۰۱$ ) لذا فرضیه پژوهش تأیید شده و با توجه به میانگین‌های دو گروه مندرج در جدول بالا نتیجه گرفته می‌شود که آموزش شناخت درمانی، باعث کاهش نمرات نگرش‌های ناکارآمد در مراحل پس آزمون و پیگیری شده است؛ میزان تفاوت حاکی از آن است، که آموزش مذکور در پس آزمون ۵۶ درصد و در مرحله پیگیری ۴۳ درصد از تفاوت در نمرات نگرش ناکارآمد را موجب شده است. توان آماری یک و ۰/۹۹۷ حاکی از دقت آماری بسیار بالای این آزمون و کفایت حجم نمونه است. چنانچه مشاهده می‌شود به‌طور کلی میانگین نمرات نگرش ناکارآمد گروه آزمایشی به‌طور معنی داری کمتر از گروه کنترل است.

فرضیه دوم: شناخت درمانی بر باورهای ناکارآمد مرتبط بر مواد مخدر تأثیر معنادار دارد.

جدول ۱۴- نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی اثربخشی شناخت درمانی بر باورهای مرتبط با مواد

| منبع تغییرات | آماره    | مرحله | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F     | معناداری (P) | میزان تاثیر | توان آماری |
|--------------|----------|-------|------------|-----------------|-------|--------------|-------------|------------|
| پیش آزمون    | پس آزمون | ۳۹    | ۳۹         | ۷۳۰/۵۸          | ۸/۶۳۴ | ۰/۰۰۱        | ۰/۲۸        | ۰/۹۵       |
|              | پیگیری   |       |            | ۷۴۶/۴۲۰         | ۸/۸۲۰ | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۰        | ۰/۹۶       |

نتایج جدول بالا حکایت از آن دارد که شناخت درمانی توانسته است باورهای مرتبط با مواد را اصلاح کند. همچنین، نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که درمان این متغیر پایدار بوده است و فرضیه دوم پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد.

فرضیه سوم: بین متغیرهای زمینه‌ای (جمعیت‌شناختی) با نگرش‌های ناکارآمد ارتباط معنادار وجود دارد.

جدول ۱۵- ضریب همبستگی بیرسون بین باورهای مرتبط با مواد و نگرش‌های ناکارآمد با عوامل زمینه‌ای (متغیرهای دموگرافیک)

| متغیرها                    | سن    |      | تحصیلات |      | وضعیت شغلی |       | تاهل   |      | درآمد |       |
|----------------------------|-------|------|---------|------|------------|-------|--------|------|-------|-------|
|                            | r     | Sig  | r       | Sig  | r          | Sig   | r      | Sig  | r     | Sig   |
| نگرش‌های ناکارآمد          | ۰/۱۰۲ | ۰/۶۴ | -۰/۱۱۲  | ۰/۰۱ | ۰/۵۲۰      | ۰/۰۰۰ | -۰/۹۸  | ۰/۵۲ | ۰/۷۱۸ | ۰/۰۰۰ |
| باورهای مرتبط با مصرف مواد | ۰/۹۴  | ۰/۰۵ | -۰/۸۴   | ۰/۰۱ | ۰/۴۱۲      | ۰/۰۰۰ | -۰/۱۱۲ | ۰/۸۶ | ۰/۳۸۶ | ۰/۰۰۰ |

با توجه به جدول بالا، ضریب همبستگی متغیرهای دموگرافیک شامل سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، درآمد با باورهای مرتبط با مواد و نگرش‌های ناکارآمد نشان داد که تنها وضعیت شغلی و درآمد با این دو متغیر دارای ارتباط معنادار می‌باشند و سن، تحصیلات و بین متغیرهای وضعیت تأهل با نگرش‌های ناکارآمد و باورهای مرتبط با مصرف مواد ارتباط معناداری وجود نداشت.

#### ۴- بحث و نتیجه‌گیری

امروزه اختلالات‌های مصرف مواد و پیامدهای ناخوشایند ناشی از آن یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌رود. با توجه به هزینه‌ها و آسیب‌های فردی اجتماعی و اقتصادی سوءمصرف مواد لازم است از درمان‌های مقرون به صرفه‌تر و پیشگیری استفاده شود. مهم‌ترین مداخلات برای اختلالات سوءمصرف مواد، مداخلات دارویی، روان‌شناختی و اجتماعی است. تا کنون راهکارهای مداخله‌ای متعددی برای درمان وابستگی به مواد مطرح شده است. در این میان با وجود کارآمدی نسبی اغلب شیوه‌های درمانی در کاهش آسیب‌های ناشی از این اختلال و کمک در زمینه بهبودی آن، هنوز کاستی‌هایی وجود دارد که به تبع آن مدل‌های نظری جایگزین در حال شکل‌گیری هستند و درمان‌های جدیدی نیز به کار گرفته شده‌اند. گرچه قضاوت درباره اندازه اثر و کارآمدی روش‌های مختلف درمانی مرتبط با اختلال وابستگی به مواد بسیار زود است، با این همه به نظر می‌رسد که به کارگیری درمان شناختی در جهت اختلال وابستگی به مواد با توجه به تأثیرگذاری‌اش در مقایسه با سایر مدل‌های نظری در وضعیت مناسب‌تری قرار دارد. رویکرد شناختی به ویژه به علت نوع نگاه حاکم بر آن، روشی کارآمد است که برای مجموعه‌ی وسیعی از مشکلات کاربرد دارد. این رویکرد، از یک طرف با ایجاد تغییرات رفتاری مطلوب بر روی آنچه که افراد انجام می‌دهند، متمرکز می‌شود و از طرف دیگر با تأکید بر فرایندهای روانی، افراد را هدایت می‌کند تا احساسات و باورهایی را که موجب مشکلات رفتاری می‌شود تغییر دهند. شناخت درمانی توجه بسیار زیادی به احساسات دارد و از کانال احساسات به افکار دست می‌یابد. شناخت درمانی شیوه‌هایی را عرضه می‌کند تا مراجعان برای رهایی از احساسات پریشان‌کننده و اندوهناک که به تغییر شناخت‌ها یا افکاری بپردازند که موجب پایدار شدن این احساسات می‌شوند. بسیاری از شناخت‌درمانگران بر این باورند که واکنش‌های هیجانی و رفتاری به وسیله‌ی فرآیندهای شناختی راه اندازی می‌شوند. از این رو افکار، باورها و سایر فرآیندهای شناختی تعیین‌کننده‌ی اصلی خلق و هیجان می‌باشند. یافته‌های حاصل از این تحقیق در چارچوب اثربخشی درمان شناختی بر اصلاح باورهای مرتبط با مواد، با نتیجه به دست آمده از پژوهش ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۶) گاوین و الینوود (۱۹۹۸) که نشان داده‌اند وجود نقایص شناخت باعث شکل‌گیری تعاملات شناختی و رفتاری غیرمؤثر در افراد می‌شود و با ضعیف ساختن مهارت‌های مقابله‌ای، زمینه استفاده از مواد را فراهم می‌کند، همسو است. در تبیین این نتیجه، می‌توان بیان کرد که با توجه به ماهیت هر یک از اختلالات روان‌شناختی، نواقص شناخت و افکار ناکارآمد در هر اختلال حاصل می‌شود و به عنوان شیوه‌ای برای مقابله و عملکرد اجرایی خود تنظیمی در بیماران عمل می‌کند. با این‌که این افکار همیشه به‌طور داوطلبانه به وجود نمی‌آیند، ادامه آن‌ها تابع کنترل داوطلبانه است و با باورهای مثبت درباره مفید بودن راهبردهای شناختی ارتباط دارد. اما این افکار ناکارآمد، خود تمرکزی، نشخوار و کنترل‌ناپذیری آن‌ها، نه تنها باعث منحرف کردن توجه از راهبردهای مقابله‌ای سازگار می‌شود، بلکه در عدم کارآمدی شناخت‌ها نیز سهیم هستند و باعث می‌شوند که افراد انعطاف خود را در پردازش مؤثر و کارا از دست بدهند. باورهای مرتبط با مواد برای مثال: بدون مصرف مواد، نمی‌توانم اجتماعی باشم و یا مصرف مواد، تنها راه بالا بردن خلاقیت و باروری من است از جمله باورهای ناکارآمد هستند که می‌توانند به عنوان تعاملات شناختی ناشی از نواقص شناختی و حتی به دنبال مصرف مواد، به عنوان یک نقص شناختی مثبت ایجاد شوند. این باورها چون باعث تداوم مصرف به عنوان یک رفتار مقابله‌ای ناسازگار می‌شوند، به عنوان یک عامل مهم در عدم موفقیت درمان و بازگشت به شمار می‌آیند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی همچنان که در تحقیق حاضر مشخص شد، موجب آگاهی بیماران از فرایند سیستم پردازش شناختی می‌شود، وضعیت ذهن را تغییر می‌دهد و تفکر را کنترل می‌کند و می‌تواند در کاهش باورهای مرتبط با مواد مؤثر باشد. زیرا این درمان، توجه را از توقف بر روی باورهای ناکارآمد مرتبط با مواد از جمله «تنها راه مقابله با خشم، مصرف مواد است و بدون مصرف مواد» منحرف کرده و به سمت یادگیری این موضوع هدایت می‌کند که این افکار الزاماً به عمل ختم نمی‌شوند. در واقع، افراد با ایجاد آگاهی شناختی، باورهای خود را درباره مصرف مدیریت و کنترل می‌کنند. برای مثال در می‌یابند، در لحظات عصبانیت و یا لحظات کسل‌کننده زندگی، مصرف مواد را به عنوان راهبرد مقابله‌ای در پیش نگیرند. افراد معتاد دارای نگرش‌های ناکارآمد بسیاری هستند و به واسطه‌ی داشتن همین نگرش‌ها، در مواجهه با موقعیت‌های زندگی، دچار احساسات و هیجانات منفی می‌شوند که این‌گونه هیجانات، مهم‌ترین محرک‌های سوء مصرف مواد و به دنبال آن وابستگی به مواد هستند. در مجموع باید اذعان داشت که فرآیندهای شناختی، از قبیل باورهای مرتبط با مواد، نگرش‌های ناکارآمد و... نقش بسیار مهمی در سوءمصرف و وابستگی به آن دارند. بنابراین، و وجود تحریفات شناختی را در میان معتادان به مواد مخدر، بیشتر از افراد بهنجار نشان می‌دهد. هر چند نتایج این تحقیق نشان داد که این رویکرد درمانی می‌تواند در بهبود وضعیت شناختی و افکار افراد معتاد تأثیر گذاشته و گامی جهت ترک مصرف مواد توسط آن‌ها برداشته شود، ولی با این حال، در کنار این قبیل روش‌های درمانی و آموزشی لازم است که به زوایایی دیگر زندگی این افراد نیز توجه شود، چنان‌که ککس و کلینگر (۱۹۹۹) معتقدند که اگرچه روش‌های درمانی موجود در کمک به افراد سوءمصرف‌کننده مواد برای توقف موقتی عادت‌شان مؤثر هستند، اما آن‌ها باعث درمان دائمی نمی‌شوند. نتایج تحقیقات آن‌ها نشان می‌دهد که بهبودی سوءمصرف‌کنندگان مواد بوسیله درجه رضایت‌مندی‌شان از زندگی حاصل می‌شود و این که پس از درمان، عوامل مربوط به زندگی افراد سوءمصرف‌کننده

مواد از قبیل پیگیری مشوقها و انگیزه‌های سالم و مثبت به عنوان جایگزین برای مخدرها و اجتناب از انگیزه‌های منفی، در پرهیز طولانی از مواد و حفظ دوره پاکی موثر هستند. بنابراین، درمانی می‌تواند برای اختلال مصرف مواد موثر واقع شود که در زندگی افراد منابع شادی بخش را به جای مصرف مواد، جایگزین کند. به همین دلیل، اخیراً، درمان‌های انگیزشی در حوزه پژوهشی توجه زیادی را به خود جلب کرده‌اند. با وجود نتایج اثربخش شیوه شناخت درمانی بر سوءمصرف‌کنندگان مواد، برای قضاوت قطعی، نیاز به تکرار مطالعه‌های دیگر با گروه‌های مختلف می‌باشد. با توجه به مداخله بسیاری از عوامل زمینه ساز اعتیاد، مانند اختلالات شخصیتی، نوع و شدت مشکلات روان‌شناختی همبود، مشکلات خانوادگی و اجتماعی، که در این تحقیق امکان بررسی و کنترل آن‌ها فراهم نبود، لازم است در تعمیم نتایج به دست آمده احتیاط شود، همان‌طور که گفته شد افراد معتاد دارای نگرش‌های ناکارآمد بسیاری هستند و به واسطه‌ی داشتن همین نگرش‌ها، در مواجهه با موقعیت‌های زندگی، دچار احساسات و هیجانات منفی می‌شوند که این‌گونه هیجانات، مهم‌ترین محرک‌های سوءمصرف مواد و به دنبال آن وابستگی به مواد هستند. در مجموع باید ادعان داشت که فرآیندهای شناختی، از قبیل باورهای مرتبط با مواد، نگرش‌های ناکارآمد و ... نقش بسیار مهمی در سوءمصرف و وابستگی به آن دارند.

## ۵- پیشنهادها

با توجه به یافته‌های به دست آمده از تحقیق حاضر و بررسی یافته‌ها، می‌توان مواردی را جهت بهبود وضعیت برنامه‌های درمانی و به خصوص جهت کاهش و کنترل سوءمصرف مواد بر اساس متغیرهای بررسی شده، ارائه نمود که در قالب پیشنهادهای کاربردی و پژوهشی بیان می‌شوند:

### الف: پیشنهادات کاربردی

با توجه به یافته‌های این پژوهش لازم است مشاوران، درمانگران و حتی متخصصان بهداشت روانی هنگام پیگیری و درمان به تغییر نگرش‌های ناکارآمد، جهت کاهش نگرش‌های منفی و باورهای مرتبط با مصرف مواد به تقویت راهبردهای مقابله فرد نیز توجه کنند. چراکه در صورت بروز افکار منفی در ذهن فرد و باور به نیاز به مصرف مواد، راهبردهای مقابله‌ای است که می‌تواند به عنوان سدی در مقابل تمایلات منفی فردی عمل نماید.

با توجه به این‌که اقدام به مصرف مواد با حالات هیجانی و انگیزشی فرد ارتباط مستقیم دارد پیشنهاد می‌گردد درمان‌های انگیزشی نظام‌دار نیز در سرلوحه کار روان‌شناسان، درمانگران و پژوهشگران قرار گیرد، درمان انگیزشی نظام‌دار، بیشتر مشکلات روان‌شناختی از جمله سوءمصرف مواد را ناشی از اختلال در انگیزش می‌داند، یعنی روش‌های ناکارآمدی که افراد بر اساس آن اهداف خود را تعقیب می‌کنند.

### ب: پیشنهادات پژوهشی

با توجه به این‌که بیشتر افراد شرکت‌کننده در این تحقیق، سطح تحصیلات و موقعیت اجتماعی فرهنگی نسبتاً پایینی داشتند، احتمال تأثیرپذیری آن‌ها از مفاهیم شناخت درمانی نسبتاً مناسب بوده است که همین عامل می‌تواند بر نتیجه درمان اثر داشته باشد. بنابراین، یافته‌های این تحقیق را نمی‌توان به سایر موارد (افراد از طبقات و با تحصیلات بالاتر) تعمیم داد و برای قضاوت قطعی در این زمینه، پژوهش‌های بیشتری نیاز است.

انجام مداخلات درمانی و شناختی بر روی دو گروه در حال سم‌زدایی و درمان نگه‌دارنده متادون.

اجرای برنامه آموزش به روش شناختی بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد و باور نسبت به مواد بر روی افراد دانشجو و دارای تحصیلات بالا، به منظور تعیین رابطه این نوع درمان با سطح دانش و آگاهی و موقعیت اجتماعی فرد، همچنین اجرای این آموزش بر روی افراد در معرض خطر (افراد سیگاری).

اطلاعات کسب شده از پژوهش حاضر مؤید این نکته است که آموزش شناخت درمانی به عنوان یک استراتژی کنترل‌کننده نگرش‌های ناکارآمد و باورهای مرتبط با سوء مصرف مواد عمل نموده، با این حال پیشنهاد می‌گردد در کنار اجرای این‌گونه آموزش‌ها و با گنجانیدن برنامه‌هایی به افزایش آگاهی و تصحیح نگرش و همچنین ترویج فرهنگ ضد مصرف مواد، جهت کاهش تقاضای مصرف، به اجرا در آورد.

## منابع

۱. حاجی علی‌زاده، کبری؛ بحرینیان، سیدعبدالمجید؛ نظیری، قاسم و مدرس غروی، مرتضی، (۱۳۹۱)، نقش متغیرهای شناختی، ابعاد شناختی و هیجانات در رفتار سوء مصرف مواد، مجله تازه‌های علوم شناختی، ۷۰-۸۴.
۲. حاجی علی‌زاده، کبری؛ بحرینیان، سیدعبدالمجید؛ نظیری، قاسم و مدرس غروی، مرتضی، (۱۳۹۰)، مقایسه نگرش‌های ناکارآمد در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد عادی و پیامدهای روانشناختی آن، فصلنامه علمی- پژوهشی اعتیاد پژوهی، ۶۷-۷۸.
۳. سترگ، صحرا؛ کاظمی، حمید و ریسی، زهره، (۱۳۹۶)، اثربخشی درمان شناختی بر عقاید وسوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد در بیماران وابسته به مواد صنعتی، فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی، ۱۴۷-۱۶۲.
۴. سهرابی، فرامرز؛ اعظمی، یوسف و دوستیان، یونس، (۱۳۹۳)، مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد در افراد وابسته به مواد و افراد عادی، فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان شناختی، ۷۲-۵۹.
۵. صالح زاده، مریم؛ نجفی، محمدرضا و ابراهیمی، امراله، (۱۳۹۰)، اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مبتلا به صرع، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۳۸۷-۳۷۷.
6. Brook, D. W., & Spitz, H. I. (2016). The group therapy of substance abuse. CRC Press.
7. Liu, Y. L. (2017). The role of perceived social support and dysfunctional attitudes in predicting Taiwanese adolescents' depressive tendency.