بررسی اثربخشی مداخله یکپارچه شناختی– رفتاری گروهی و مثبت اندیشی خانواده بر کیفیت زندگی افراد دارای اعتیاد

نرگس شیخ صادقی[۱]، محمد عسگری[۲]، سید رضا میر مهدی[۳]، فتانه قدیریان[۴]

۱. کارشناسی ارشد، روان شناسی عمومی، مرکز سوء مصرف مواد، الیگودرز، ایران

۲. استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران

۳. استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور گلپایگان، گلپایگان، ایران

۴. استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، تهران، ایران

دوره ششم/ شماره ۳ و۴/ مسلسل ۱۲و۱۳/ پاییز و زمستان ۱۳۹۴

چکیده

زمینه و هدف: طی دهه اخیر اعتیاد به مواد مخدر یکی از مهمترین مسائل بهداشتی و اجتماعی در ایران بوده است و بر این اساس بررسی اثربخشی درمان‌های روانشناختی بر موضوعات سلامتی و اجتماعی این افراد از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. لذا، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی و مثبت اندیشی خانواده بر کیفیت زندگی افراد دارای اعتیاد انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی نیمه تجربی می‌باشد که به روش نمونه‌گیری در دسترس و به صورت تصادفی افراد دارای اعتیاد در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت گروه درمانی شناختی – رفتاری قرار گرفتند. همچنین عضو درجه یک خانواده هر کدام از نمونه‌های مورد پژوهش نیز به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش مثبت اندیشی قرار گرفتند. ابزار بررسی پرسشنامه کیفیت زندگی *SF*-۳۶ بود که قبل و بعد از مداخله توسط واحدهای پژوهش تکمیل گردید. همچنین تست مورفین قبل و بعد از آزمون انجام شد. یافته‌ها با استفاده از نرم افزار *SPSS* نسخه ۱۶ و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: تحلیل واریانس نمرات کیفیت زندگی و نیز زیر مقیاس‌های آن‌ها نشان داد که دو گروه در نمرات کلی کیفیت زندگی (P=۰/۰۰۱) و زیر مقیاس‌های آن (P<۰/۰۵) تفاوت آماری معنادار داشتند.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که مداخله یکپارچه شناختی – رفتاری گروهی و مثبت اندیشی خانواده بر بهبود کیفیت زندگی افراد دارای اعتیاد موثر می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: مداخله شناختی – رفتاری، گروهی، مثبت اندیشی، خانواده، کیفیت زندگی، اعتیاد

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)

پست الکترونیکی: *ghadirian.fataneh@gmail.com*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-10-20]

مقدمه

طی سال‌های اخیر اعتیاد به عنوان سومین چالش ایران پس از فقر و بیکاری مطرح شد. علی رغم نبود مطالعات آماری دقیق در این خصوص لیکن مطالعات اخیر در ایران آمار مبتلایان را ۶ میلیون نفر در سال ۲۰۰۷ و هزینه‌های ناشی از آن را ۲۰۰ هزار بیلیون ریال سالانه ذکر کرده است (۱). برخی مطالعات ۸ درصد افراد بالغ در ایران را مبتلا به سوء مصرف مواد معرفی کرده‌اند. آمارها در ایالات متحده نیز نشان می‌دهد که در سال ۲۰۰۶، ۱۰-۸ درصد افراد بالاتر از ۱۲ سال به نوعی از اختلال سوء مصرف موارد رنج می‌برده‌اند (۲).

ابتلا به سوء مصرف مواد هزینه‌های فردی و اجتماعی بسیاری را به فرد مبتلا تحمیل می‌کند (۳). از جمله این تغییرات ایجاد تغییرات عمده در کیفیت زندگی و نیز روابط اجتماعی و خانوادگی این افراد است. کیفیت زندگی از جمله مفاهیم مهم مطرح در سیاست‌گزاری اجتماعی است که *Phillips* معتقد است فراتر از خوب بودن از منظر روانشناختی است و چگونگی زندگی فرد را از منظر فردی و اجتماعی منعکس می‌کند (۴). مطالعات بسیاری در خصوص کیفیت زندگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و تأثیر مواردی همچون ابتلاء همزمان به اختلالات روانپزشکی همچون افسردگی (۵, ۶)، موضوعات اجتماعی همچون تابوهای اجتماعی و از هم گسیختن شبکه‌های اجتماعی- خانوادگی فرد (۷) و نیز موضوعات اقتصادی (۸) و اثرات آن بر زندگی افراد مبتلا شده است. در این میان مطالعات بسیاری به بررسی مداخلات روانشناختی بر بهبود سلامت جسمی و عاطفی و اجتماعی این افراد پرداخته اند. در بین این مداخلات، درمان شناختی- رفتاری از جمله مداخلات پرکاربرد و مطرح در این زمینه است (۹). مداخله شناختی- رفتاری با ایجاد تغییر در ساخت ذهنی افراد، سعی در ایجاد باورهای منطقی و مبتنی بر تفکر در افراد می‌کند. تغییر در باورهای غلط و جایگزین کردن باورهای مثبت و امید بخش از جمله پیامدهای مهم و مورد انتظار در این مداخله است. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که این مداخله می‌تواند به بهبود خودکارآمدی و کیفیت زندگی (۱۰)، کاهش افسردگی، اضطراب و عود در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد (۱۱،۱۲) کمک کند. از سویی دیگر ارائه این مداخلات در قالب مداخلات گروهی می‌تواند اثربخشی آن‌ها را افزایش دهد. برخی مطالعات نشان می‌دهند که ترکیب مداخله شناختی- رفتاری با روش گروهی می‌تواند از روش تعامل گروهی صرف نیز مؤثرتر باشد (۱۳).

امروزه علم عصب شناختی با طرح این موضوع که مداخله شناختی- رفتاری می‌تواند با ایجاد تسهیل نورونی یادگیری در بهبود اختلالات روانشناختی کمک مؤثری کند، به طرح موضوع توسعه این مداخله پرداخته است (۱۴). از دیدگاه علم عصب شناختی گرچه مکانیسم‌های دقیق اثرگذاری این مداخله هنوز به درستی شناخته نشده است، اما می‌تواند از طریق تأثیرات شناختی و عاطفی اثرگزاری بالایی در درمان افراد مبتلا به اعتیاد داشته باشد (۱۵). نکته قابل تأمل این است که برخی مطالعات نشان می‌دهند علی رغم اثرگذاری مؤثر مداخله شناختی- رفتاری، لیکن مداخلات خانواده محور نتایج بهتری به همراه داشته‌اند (۱۶). برخی از این مطالعات نشان می‌دهند که مداخلات خانواده محور بیشتر از مداخله شناختی- رفتاری می‌توانند از شدت مشکلات سوء مصرف مواد بکاهند و در دوره طولانی‌تری نتایج مثبت مداخله را حفظ خواهند کرد (۱۷). همچنین برخی مطالعات نشان داده‌اند که مداخله شناختی- رفتاری به تنهایی علیرغم تأثیر مثبت بر کاهش مصرف و یا عدم عود در یک بازه زمانی لیکن، قادر نیست تفاوت آماری معنادار در دو گروه کنترل و آزمایش ایجاد کند (۱۸). بر این اساس، مطالعه حاضر به منظور بررسی اثربخشی مداخله یکپارچه شناختی-رفتاری گروهی و مثبت‌اندیشی خانواده بر کیفیت زندگی افراد دارای اعتیاد صورت گرفت.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی به روش نیمه تجربی است که پس از اخذ مجوزهای لازم با روش نمونه‌گیری در دسترس و به صورت تخصیص تصادفی انجام شد. جامعه آماری مطالعه حاضر متشکل از افراد معتاد خود معرف در کلینیک ترک اعتیاد شهر الیگودرز در سال ۱۳۹۱ بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود: دوره سم زدایی

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-10-20]

خود را به اتمام رسانده باشند و حداقل یکبار سابقه بازگشت به مصرف مواد مخدر را دارا باشند. بیمارانی که مبتلا به اختلال روانی بودند و یا بیش از ۲ جلسه غیبت در جلسات گروهی را داشتند از مطالعه حذف شدند. بر این اساس پس از اخذ رضایت نامه آگاهانه، ۳۰ نمونه به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. قبل از انجام مداخلات در گروه مداخله، از هر دو گروه تست غربالگری مرفین صورت گرفت و نیز پرسشنامه کیفیت زندگی تکمیل شد.

گروه مداخله به مدت ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته دو بار در هفته توسط یک کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی تحت درمان گروهی شناختی- رفتاری و یک عضو خانواده درجه یک هر کدام از آنها در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته به صورت دو بار در هفته تحت مداخله مثبت اندیشی قرار گرفتند. در ابتدای این جلسات از نمونه‌ها پیش‌آزمون و در انتهای آن پس‌آزمون گرفته شد. محتوای جلسات شناختی- رفتاری شامل ایجاد اتمسفر گروهی، روش‌های مقابله، تمرکز بر درک، احساس و رفتار میل به مصرف و راهکارهای تغییر آن، شیوه‌های ارتباط و تصمیم‌گیری، مهارت حل مسئله بود و محتوای جلسات مثبت اندیشی خانواده شامل ارزیابی افراد درباره سطح شادی و خشنودی از زندگی، توضیح درباره شادی و شادکامی و مسیرهای سه‌گانه دستیابی به آن، معرفی مثبت خود، شناسایی و استفاده از توانمندی‌های شخصی به عنوان راهی برای دستیابی خشنودی از زندگی، کاشت هیجان‌های مثبت و ذکر نعمت‌ها و امور خوب در زندگی، اهمیت داشتن قصد و هدف و معنی در زندگی، آموزش فن میراث شخصی، آموزش فن نامه نویسی و دیدار تشکرآمیز، روابط مثبت اجتماعی و شادکامی در زندگی، آموزش فن پاسخ‌دهی فعال، توضیح درباره مفهوم *savoring* و نقش آن در شادی و شادکامی و نحوه کار با تأمل و طمأنینه بود. جلسات به صورت سخنرانی، بحث گروهی و نیز انجام تکالیف در خانه صورت گرفت. پس از پایان مداخله مجدداً از نمونه ها در هر دو گروه تست مورفین گرفته شد و پرسشنامه کیفیت زندگی نیز تکمیل شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی (فرم کوتاه ۳۶ سوالی *SF*-۳۶) شامل ۳۶ سوال است که سوالات آن در ۸ خرده مقیاس در دو بعد سلامت جسمانی و سلامت روانی خلاصه می‌گردند. چهار خرده مقیاس اول شامل کارکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد جسمانی و سلامت عمومی در بعد سلامت جسمانی و چهار خرده مقیاس آخر شامل سرزندگی، کارکرد اجتماعی ، نقش هیجان و سلامت روانی در بعد سلامت روانی ترکیب می‌شود. در ایران این فرم توسط منتظری و همکاران (۱۳۸۵) با روش ترجمه مجدد به فارسی برگردانده شده و روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا (میانگین سنی۳۵/۱ سال) که ۵۲ درصد انها زن بودند هنجار یابی شده است. ضریب پایایی گزارش شده برای خرده مقیاس‌ها از ۷۷ ٪ تا ۹۰ ٪ به غیر از خرده مقیاس سرزندگی که ۰/۶۵ بوده است (۱۹). در مجموع یافته‌ها نشان داده‌اند که نسخه ایرانی این پرسشنامه ابزاری مناسب برای اندازه گیری کیفیت زندگی است. در نهایت برای آزمون فرضیه اصلی از نرم افزار *SPSS* نسخه ۱۶ و روش آماری توصیفی و تحلیل واریانس استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که میانگین سنی در گروه مداخله ۱/۵ ± ۳۲/۵ و در گروه کنترل ۰/۵ ± ۳۴ است. هر دو گروه از نظر جنسی مرد بودند و نوع ماده مخدر مصرفی در تمامی واحدهای مورد پژوهش در دو گروه هروئین بود آنالیز آماری تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه از لحاظ توزیع سنی (p=۰/۲)، وضعیت تأهل (p=۰/۵)، سطح درآمد خانواده (p=۰/۵) و شغل (p=۰/۳۵) نشان نداد. یافته‌های توصیفی مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمرات آزمون کیفیت زندگی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش افزایش داشته است و نمره افتراقی (تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون) آن‌ها مثبت است و این بیانگر تأثیر مداخله آموزشی بر کیفیت زندگی آزمودنی‌های پژوهش است. جدول شماره ۱، بیانگر توزیع میانگین و انحراف نمرات مقیاس‌های مختلف کیفیت زندگی نمونه‌های مورد پژوهش در دو گروه پیش و پس از مداخله است.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-10-20]

آزمون آماری تحلیل واریانس یک متغیره برای نمرات افتراقی کیفیت زندگی و مقیاس‌های آن استفاده شد. تحلیل هر یک از متغیرهای وابسته به تنهایی با استفاده از آلفای تعدیل شده بنفرونی نشان داد که برای کیفیت زندگی [η^2 = ۰/۷۲۷ ، P<۰/۰۰۱ ، $F_{(۱و۱۴)}$=۷۴/۵۳۲]، و نیز برای خرده مقیاس عملکرد جسمانی [η^2 = ۰/۴۰۵ ، P<۰/۰۰۱ ، $F_{(۱و۱۴)}$ = ۱۹/۰۹۷]، خرده مقیاس محدودیت سلامت جسمانی [η^2 = ۰/۳۶۳ ، P<۰/۰۰۱ ، $F_{(۱و۱۴)}$=۱۵/۹۲۶]؛ خرده مقیاس محدودیت مشکل هیجانی [η^2 = ۰/۵۷۳، P<۰/۰۰۱ ، $F_{(۱و۱۴)}$=۳۷/۶۰۵]؛ خرده مقیاس خستگی [η^2 = ۰/۴۰۲ ، P<۰/۰۰۱ ، $F_{(۱و۱۴)}$ = ۱۸/۷۹۳]، خرده مقیاس سلامت عاطفی[۰/۳۲۱ = η^2 ، P<۰/۰۰۱ ، $F_{(۱و۱۴)}$ = ۱۳/۲۱۵]، خرده مقیاس عملکرد اجتماعی [۰/۴۴۶ = η^2 ، P<۰/۰۰۱ ، $F_{(۱و۱۴)}$ = ۲۲/۵۵۷]، خرده مقیاس درد [۰/۵۹۳ = η^2 ، P<۰/۰۰۱ ، $F_{(۱و۱۴)}$ = ۴۰/۸۳۱]، و خرده مقیاس سلامت عمومی [۰/۲۶۲ = η^2 ، P<۰/۰۰۱ ، $F_{(۱و۱۴)}$ = ۹/۹۵۸]، در آزمودنی‌های مورد بررسی گروه کنترل و گروه آزمایش تفاوت معنادار وجود داشته است و مداخله باعث افزایش کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های آن در گروه آزمایش شده است. بدین ترتیب فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی مثبت مداخله ترکیبی شناختی – رفتاری گروهی و مثبت اندیشی خانواده بر کیفیت زندگی افراد دارای اعتیاد تأثیر دارد، تأیید می‌شود.

جدول شماره ۱- توزیع میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی نمونه‌های مورد پژوهش در دو گروه پیش و پس از مداخله

گروه/زمان شاخص	گروه کنترل		گروه آزمایش		نمرات افتراقی	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	گروه کنترل	گروه آزمایش
کیفیت زندگی کلی	۲۵۰/۴۰±۴۹/۵۲	۳۰۱/۹۳±۳۰/۸۶	۲۸۴/۴۰±۴۶/۸۰	۵۱۷/۵۰±۸۲/۰۴	-۵۱/۵۳±۵۶/۰۴	۲۳۳/۱۳±۵۹/۱۲
عملکرد جسمانی	۳۹/۶۶±۶/۶۷	۴۹/۸۶±۶/۵۶	۴۴/۶۶±۷/۴۳	۷۱/۳۳±۱۳/۱۵	-۱۰/۲۰±۵/۹۶	۲۶/۶۶±۱۳/۳۱
سلامت جسمانی	۳۱/۶۶±۱۱/۴۴	۳۵/۶۶±۱۵/۵۶	۴۱/۶۶±۱۲/۱۹	۷۳/۳۳±۱۰/۲۹	-۴۰/۰۰±۲۲/۹۲	۳۱/۶۶±۱۳/۹۷
محدودیت مشکل هیجانی	۳۱/۵۳±۲/۱۳	۳۳/۰۰±۰/۰۰۰	۳۷/۶۶±۱۱/۸۶	۶۳/۸۶±۱۵/۲۷	-۱/۴۶±۲/۱۳	۲۶/۲۰±۱۵/۴۷
خستگی	۸/۲۶±۳۰/۲	۳۵/۸۶±۶۱/۸۶	۳۶/۲۶±۱۰/۹۷	۶۱/۰۰±۱۳/۷۳	-۵/۶۶±۹/۶۲	۲۴/۷۳±۱۴/۰۵
سلامت عاطفی	۲۸/۹۳±۸/۷۳	۳۳/۲۳±۴/۵۴	۲۹/۸۰±۸/۲۱	۵۳/۰۰±۱۶/۵۰	-۴/۲۰±۱۱/۸۸	۲۳/۲۰±۱۶/۳۸
عملکرد اجتماعی	۳۰/۴۶±۶/۹۴	۴۲/۶۶±۷/۹۷	۲۹/۹۳±۷/۶۷	۶۵/۱۳±۱۴/۱۲	-۱۲/۲۰±۱۱/۲۸	۳۵/۲۰±۱۴/۹۸
سلامت عمومی	۳۴/۲۶±۸/۴۸	۴۰/۲۰±۷/۸۲	۳۴/۴۶±۱۱/۶۰	۶۲/۰۰±۱۹/۵۷	۱۱/۴۰±۸/۲۱	۱۸/۸۰±۸/۴۶

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-10-20]

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مداخله شناختی- رفتاری گروهی به همراه مثبت اندیشی خانواده برکیفیت زندگی افراد مبتلا به اعتیاد تأثیر مثبت دارد. نتایج این مطالعه همسو با سایر مطالعات است. عیسی زادگان و همکارانش در مطالعه خود بیان کردند که درمان شناختی- رفتاری می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد گردد (۱۰). *Latimer* و همکارانش در سال ۲۰۰۳ بیان کردند که مداخله یکپارچه شناختی رفتاری با درمان خانواده، مداخله بسیار مؤثر در کاهش مشکلات عاطفی و شناختی نوجوانان مبتلا به سوء مصرف مواد است (۲۰).

در خرده مقیاس‌های عملکرد جسمی و سلامت جسمی مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که مداخلات روانشناختی می‌تواند به بهبود عملکرد و وضعیت جسمی در افراد مبتلا به اعتیاد بیانجامد. به عنوان مثال *Williams* و همکارانش در سال ۲۰۰۲ نشان دادند که چگونه یک مداخله مختصر شناختی رفتاری می‌تواند منجر به بهبود وضعیت عملکرد جسمانی گردد (۲۱). در خرده مقیاس‌های عاطفی و هیجانی نیز مطالعات متعدد نشان داده‌اند که مکانیسم‌های شناختی می‌توانند در تنظیم هیجانی کمک مؤثری کنند (۲۲) و مشارکت خانواده در موضوع باز اندیشی می‌تواند کمک موثری در این موضوع باشد (۲۳). در زیر مقیاس‌هایی همچون خستگی، درد و سلامت عمومی مطالعات بسیاری بر این عقیده اتفاق نظر دارند که مداخلات شناختی- رفتاری در احساس خوب بودن و اختلالات وابسته به موضوعات روان تنی مؤثرند. از این جمله مطالعات گسترده‌ای است که بر روی دردها و نیز سندرم‌های خستگی مزمن صورت گرفته است (۲۴،۲۵). برخی مطالعات معتقدند مداخله شناختی- رفتاری با مهار و کنترل افسردگی و یا اضطراب می‌تواند در بهبود سلامت عمومی در افراد مبتلا به اعتیاد کمک کند (۲۶و۲۷). در خرده مقیاس عملکرد اجتماعی، برخی مطالعات معتقدند که مداخله رفتاری- شناختی می‌تواند با آموزش مهارت‌های اجتماعی به بهبود عملکرد اجتماعی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد کمک کند (۲۸). از سویی دیگر مطالعات متمرکز بر خانواده نشان داده‌اند که تغییر در رفتار والدی متعاقب این مداخلات تأثیرات معناداری در رفتارهای نوجوان مبتلا به سوء مصرف مواد در خانواده داشته است (۲۹)

به طور کلی مطالعات در حوزه اعتیاد و افراد مبتلا نشان می‌دهند که مداخله در درمان افراد مبتلا نیازمند مداخلات چند بعدی است تا بتواند به برآیندهای مؤثرتری منجر شود. اگر چه مطالعه حاضر از محدودیت‌هایی نظیر عدم مشارکت همه اعضای خانواده نمونه‌های مورد پژوهش در جلسات و نیز حجم کوچک نمونه‌ها برخوردار است لیکن از جمله مطالعات چند بعدی است که در آن علاوه بر فرد مبتلا به خانواده وی نیز توجه شده است. پیشنهاد می‌شود مداخلات یکپارچه دیگری با در نظر گرفتن سایر ابعاد موضوع و نیز با حجم نمونه بیشتر انجام گردد. در نهایت نتایج نشان داد که مداخله یکپارچه شناختی – رفتاری گروهی و مثبت اندیشی خانواده بر بهبود کیفیت زندگی افراد دارای اعتیاد مؤثر می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم تحقیقات اراک است. بدین وسیله مراتب قدرانی و سپاس خود را از تمامی کسانی که به نحوی در انجام مطالعه ما را یاری کردند اعلام می‌نمایم.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-10-20]

References

1. Moghanibashi-Mansourieh A, Deilamizade A. The state of data collection on addiction in Iran. Addiction. 2014;109(5): 854-854.

2. Khazaei H, Najafi F, Alavi Far A. Substance abuse prevalence and related factors to it, among students of Kermanshah University of Medical Science in 2011 . J Kermanshah Univ Med Sci. 2013; 17(3): 197-205. [In Persian]

3. Chan Y F, Dennis ML, Funk RR. Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. JSAT. 2008. 34(1): 14-24.

4. Phillips D. Quality of life: Concept, policy and practice. United Kingdom: Routledge; 2006. P.288.

5. Saatcioglu O, Yapici A, Cakmak D. Quality of life, depression and anxiety in alcohol dependence. Drug and alcohol review. 2008. 27(1): 83-90.

6. Carpentier PJ, Krabbe PF, Van Gogh MT, Knapen LJ, Buitelaar JK, Dejong CA. Psychiatric comorbidity reduces quality of life in chronic methadone maintained patients. AJA. 2009; 18(6): 470-480.

7. Maeyer JD, Vanderplasschen W, Broekaert E. Exploratory study on drug Users' perspectives on quality of life: more than health-related quality of life? Soc Indic Res. 2009; 90(1): 107-126.

8. Ajilchi B, Naderi A, Ghaemi F. Study the relationship between characteristics of addicted women and social discipline. Journal of security and other police. 2010; 2(4): 49-69. [In Persian]

9. Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MD, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. AJP. 2008; 165(2): 179-87.

10. Issazadegan A, Sheikhi S, Hafeznia M, Kargari B. The effectiveness of cognitive behavior therapy and pharmacological intervention in enhancing self-efficacy and on improving the quality of life of men substance use. Uremia Medical Journal. 2015; 26(1): 74-80. [In Persian]

11. Rasouli Azad M, Ghanbari Hashemabadi B, Tabatabaee M. Effects of group cognitive behavioral therapy on substance abused men wih depressive disorder. JFMH. 2009; 43(3): 195-204. [In persian]

12. Shokhmgar Z. Effects of group cognitive behavior therapy on mental health of self-reffered addicted teenagers to addiction camus in Ghaen. 6th International Congress on Child and Adolescent Psychiatry; 2013 Sep 17-19; Tabriz, Iran.

13. Kaminer Y, Burleson JA, Goldberger R. Cognitive-behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. J Nerv Ment Dis. 2002; 190(11): 737-745.

14. Bryant RA. Cognitive behavior therapy: Implications from advances in neuroscience, in PTSD. NewYork: Springer Pub;2006. P. 255-269.

15. Potenza MN, Sofuoglu M, Caroll KM, Rounsaville BJ. Neuroscience of behavioral and pharmacological treatments for addictions. Neuron. 2011; 69(4): 695-712.

16. Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW, Moring J, Obrien R, et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. AJP. 2001; 158(10): 1706-1713.

17. Liddle HA, Dakof GA, Turner RM, Henderson CE, Greenbaum PE. Treating adolescent drug abuse: A randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. Addiction. 2008; 103(10): 1660-1670.

18. Morgenstern J, Blanchard KA, Morgan TJ, Labouvie E, Hayaki J. Testing the effectiveness of cognitive-behavioral treatment for substance abuse in a community setting: within treatment and posttreatment findings. J Consult Clin. 2001; 69(6): 1007.

19. Montazari A, Gashtasebi A, Vahdani nia S. Translation, reliability and validity of SF-36 questionnaire. Payesh. 2006; 5(1): 49-56. [In persian]

20. Latimer WW, Winters KC, Dzurilla T, Nichols M. Integrated family and cognitive-behavioral therapy for adolescent substance abusers: a stage I efficacy study. JDAD. 2003; 71(3): 303-317.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-10-20]

21. Williams DA, Cary MA, Eroner KH, Chaplin W, Glazer LJ, Rodrigues AM, et al. Improving physical functional status in patients with fibromyalgia: a brief cognitive behavioral intervention. J Rheumatol. 2002; 29(6): 1280-1286.
22. Ochsner KN, Gross JJ. The cognitive control of emotion. TICS. 2005; 9(5): 242-249.
23. Ochsner KN, Bunge SA, Gross JJ, Gabrieli JPE. Rethinking feelings: An fMRI study of the cognitive regulation of emotion. JOCN. 2002; 14(8): 1215-1229.
24. Malouff JM, Thorsteinsson EB, Rooke SE, Bhullar N, Schutte NS. Efficacy of cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome: a meta-analysis. JCPR. 2008. 28(5): 736-745.
25. McCracken LM, Turk DC. Behavioral and cognitive–behavioral treatment for chronic pain: outcome, predictors of outcome, and treatment process. Spine. 2002; 27(22): 2564-2573.
26. Nolen-Hoeksema S, Stice E, Wade E, Bohon C. Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. J Abnorm Psychol. 2007. 116(1): 198.
27. Najavits LM, Weiss RD, Liese BS. Group cognitive-behavioral therapy for women with PTSD and substance use disorder. JSAT. 1996; 13(1): 13-22.
28. Botvin GJ, Wills TA. Personal and social skills training: Cognitive-behavioral approaches to substance abuse prevention. NIDA research monograph. 1985; 63: 8-49.
29. Schmidt SE, Liddle HA, Dakof GA. Changes in parenting practices and adolescent drug abuse during multidimensional family therapy. J Fam Psychol. 1996; 10(1): 12-27.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-10-20]

Assessment of Integrative Intervention of Group Cognitive-Behavioral and Family Positive Thinking on Quality of Life in Addicted Peoples

Sheikh Sadeghi N[1], Asgari M[2], Mir Mahdi R[3], Ghadirian F[4]

1. MSc. in Psychology, Center of Substance Abuse, Aligoodarz, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, University of Malayer, Malayer, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, University of
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Bagyatallah University of Medical Science, Tehran, Iran

Abstract

Background & Aim*: During late decade, addiction was one of the most important social and health issues in Iran. Due to this, it has a significant importance to focus on examine effects of psychosocial treatments on addicted social and health issues. The objective of current study is assessment the effectiveness of integrative intervention of group cognitive-behavioral and family positive thinking on quality of life in addicted peoples.*

Material & Methods*: The study was conducted as clinical trial. According to the convenient sampling, 30 addicted persons allocated randomly into 2 groups of experiment (n=15) and control (n=15). The intervention was 12 sessions' 90-minutes for addicted ones with cognitive-behavioral therapy and 8 sessions' 90-minutes for the first grade family of samples with positive thinking. Collecting data instrument was quality of life SF-36 questionnaire that was filled before and after of intervention in two groups. Findings were analyzed with SPSS, version 16 and by descriptive and inferential statistics.*

Results: *ANOVA findings showed that quality of life scores had significant difference in overall scores (P=0.001), and in subscales (p<0.05) in two groups.*

Conclusion: *Results showed that integrative intervention of group cognitive-behavioral and family positive thinking has positive effects on quality of life in addicted peoples.*

Keywords: *Group cognitive-behavioral intervention, Positive thinking, Family, Quality of life, Addiction, Substance abuse*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2025-10-20]