

تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت بر علایم افسردگی، سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی

جعفر حسنی¹؛ هادی پرهون¹؛ خدامراد مومنی^{2*}

چکیده

زمینه: افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی همبود با اختلال سوء مصرف مواد است. این پژوهش با هدف بررسی اثر درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت بر علایم افسردگی، سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی انجام شد.

روش‌ها: در قالب یک طرح شبه‌آزمایشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، 24 بیمار مصرف‌کننده مواد افیونی انتخاب و به‌صورت تصادفی به گروه آزمایش و کنترل گماشته شدند. گروه آزمایش طی دو ماه تحت درمان قرار گرفتند و نمرات پرسشنامه‌های افسردگی بک، سلامت روان و کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله و در مرحله پیگیری دو ماهه در هر دو گروه جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس مختلط مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت به‌طور معناداری موجب کاهش نشانه‌های افسردگی ($P < 0/01$) و افزایش سلامت روان ($P < 0/01$) در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده اما روی بهبود کیفیت زندگی ($P > 0/05$) آن‌ها تأثیر معناداری نداشته است.

نتیجه‌گیری: درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت در کاهش شدت نشانه‌های افسردگی و افزایش سلامت روان بیماران مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: فعال‌سازی رفتاری، سلامت روان، سوء مصرف مواد، افسردگی، کیفیت زندگی

«دریافت: 1393/9/10 پذیرش: 1394/2/22»

1. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

2. گروه روان‌شناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

* عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، دانشگاه رازی، دانشکده علوم اجتماعی و تربیتی، تلفن: 09181323767

Email: khmomeni2000@yahoo.com

مقدمه

تقلیل در ارزش‌های اجتماعی و اخلاقی و افزایش رفتارهای مجرمانه به‌عنوان یکی از مهم‌ترین موضوعات مرتبط با سلامت مورد بحث است (2). در طول دهه گذشته، نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که اختلال‌های روانی با افزایش خطر مصرف مواد در افراد مبتلا به این اختلال‌ها همراه است (3-5). به‌طوری‌که اختلال‌های روان‌پزشکی همراه با اعتیاد، تأثیرات مخربی را بر سلامت جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی مبتلایان دارد و پیامدهای این بیماری، هزینه‌های بسیار گزافی را برای

وابستگی به مواد مخدر یکی از بارزترین آسیب‌های روانی اجتماعی است که به‌راحتی می‌تواند بنیان زندگی فردی و خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی یک جامعه را از بین برده و پویایی و فعالیت انسان‌ها، نیروی کار، انگیزه و علائق افراد را به مخاطره اندازد و امکانات مادی و معنوی افراد و جوامع را صرف ارایه خدمات به افراد وابسته و بازپروری آن‌ها کند (1). امروزه، مصرف مواد مخدر با کاهش کیفیت زندگی، افزایش میزان مرگ و میر،

تماس فرد را با پیوستگی‌های تقویتی (contingency reinforcement) محیطی زیادتر می‌کند. این فرایند منجر به بهبودی خلق، تفکر و کیفیت زندگی فرد می‌شود. هرچند اصول زیربنایی این درمان بر فعال‌سازی رفتاری متمرکز می‌باشد، اما در آن فرایندهای شناختی و انگیزشی نیز نادیده گرفته نشده است (17). بر اساس این دیدگاه رفتار افسرده‌وار، راهبردهای مقابله‌ای برای اجتناب از شرایط محیطی است که برای بیمار، تقویت اندک یا آزارندگی بالایی تولید می‌کند از این‌رو درمان فعال‌سازی رفتاری راه‌اندازهای افسردگی را در زندگی فرد می‌بیند نه در کاستی‌های درون‌فردی. از جمله مهم‌ترین خصوصیات این درمان، مقرون به صرفه بودن از نظر زمان، هزینه، امکانات و سهولت در اجرا، داشتن راهنمای درمانی و منطبق بودن پروتکل درمان با ویژگی‌های فردی بیمار می‌باشد. اثربخشی این درمان در جمعیت‌های بالینی متفاوتی به اثبات رسیده است (18-23).

افزون بر این، یکی دیگر از پیامدهای ناخوشایند سوء مصرف مواد، کاهش رضایت و کیفیت زندگی است که می‌تواند اثرات عمده‌ای در زندگی داشته باشد (24). کیفیت زندگی مفهومی فراگیر است که از سلامت جسمانی، رشد شخصی، حالات روان‌شناختی و روابط اجتماعی تأثیر می‌پذیرد و بر ادراک فرد مبتنی است (25). بیماری‌های مزمن مانند اعتیاد، مدام در زندگی مبتلایان بحران ایجاد می‌کنند و می‌توانند منجر به کاهش کیفیت زندگی آن‌ها در ابعاد مختلف جسمانی و روانی شوند (24، 26 و 27). برخلاف قرن بیستم، چالش اصلی قرن حاضر نه زنده ماندن بلکه زندگی با کیفیت بهتر است. مطالعات نشان می‌دهند که بیش از هر چیز، مشکلات روانی و عاطفی موجب کاهش کیفیت زندگی افراد می‌شوند (28). بنابراین توجه و رسیدگی خاص به بهداشت روانی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و اقدامات درمانی مناسب، مسأله‌ای است که باید با دقت بیشتری به آن پرداخت. به‌طور کلی مطالعات انجام‌شده در مورد مصرف‌کنندگان مواد طی چهل سال گذشته نشان می‌دهد

دولت‌ها بر جای خواهد گذاشت. افسردگی یکی از رایج‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی در میان افراد مبتلا به سوء مصرف مواد است (8-6). افسردگی با ایجاد علایمی چون درماندگی، مانعی برای ترک اعتیاد و استفاده از منابع مقابله‌ای موجود می‌شود. از طرف دیگر، عود مصرف یکی از معضلات اصلی در درمان افراد وابسته به مواد است به‌طوری‌که نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد بیشتر افرادی که تحت درمان دارویی سوء مصرف مواد مانند درمان نگه‌دارنده و سم‌زدایی قرار گرفته‌اند پس از ترخیص از درمان دچار عود شده‌اند (11-9). این مسأله در حالی مطرح می‌شود که نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهد، درمان اختلال‌های خلقی همراه با اعتیاد ممکن است شروع و عود مجدد بیماری را کاهش دهد (12) و (13). در زمینه درمان مشکلات هیجانی بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد مانند اختلال افسردگی، رویکردهای مختلفی، از جمله روان‌درمانی و دارودرمانی مورد توجه قرار گرفته‌اند (10). درمان‌های روان‌شناختی، دارای حداقل عوارض ناخواسته هستند (14). از طرفی داروها در درمان بیماری‌های روانی، زیاد مؤثر واقع نشده‌اند و بعد از قطع دارو، میزان عود بالا می‌باشد. بنابراین نقش یک روان‌درمانگر را با هیچ دارویی نمی‌توان جایگزین کرد (15). توجه به روان‌درمانی‌ها در درمان بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد که دارای علایم افسردگی هستند، امری اجتناب‌ناپذیر است. از طرفی دیگر در طول چند دهه گذشته، روش‌های روان‌شناختی متعددی برای درمان افسردگی به‌کار رفته است. از جمله آن‌ها می‌توان به رفتاردرمانی، روان‌درمانی بین‌فردی و شناخت‌درمانی اشاره نمود. هرچند همه این درمان‌ها دارای اثربندی هستند اما در میان آن‌ها تفاوت‌هایی از نظر میزان اثربندی و با صرفه بودن نیز وجود دارد (16). یکی از مداخلات روان‌شناختی جدید در درمان افسردگی، درمان فعال‌سازی رفتاری (Behavioral activation treatment) کوتاه‌مدت است. درمان فعال‌سازی رفتاری فرایندی درمانی است که به‌طور ساختاریافته‌ای باعث افزایش رفتارهایی می‌شود که

پژوهش به چهار گروه (سیکل، دیپلم، فوق‌دیپلم و لیسانس و بالاتر) تقسیم شدند که بیشترین فراوانی مربوط به سطح تحصیلاتی دیپلم با 9 نفر و کم‌ترین فراوانی به گروه فوق‌دیپلم با 3 نفر اختصاص داشت. سطوح سیکل و لیسانس و بالاتر که هرکدام 6 نفر بودند، در دامنه میانی قرار داشتند. از طرف دیگر، از نظر متغیر جمعیت‌شناختی شغل، 14 نفر بیکار و 10 نفر شاغل بود. همچنین 12 نفر از افراد انتخاب‌شده مجرد، 9 نفر متأهل و 3 نفر مطلقه بودند. پس از تهیه کتابچه راهنمای درمان فعال‌سازی رفتاری، ارزیابی‌های اولیه و انتخاب آزمودنی‌ها و اختصاص آن‌ها به گروه آزمایشی و گروه کنترل، برای هر کدام از آن‌ها کد مشخص در نظر گرفته شد. سپس از همه آزمودنی‌ها رضایت کتبی برای شرکت در پژوهش، انجام پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پذیرش ملاک‌های پژوهش گرفته شد (اگر کسی دو جلسه پشت سر هم یا سه جلسه به‌صورت متناوب غیبت می‌کرد، از گروه خارج می‌شد). گروه آزمایش علاوه بر درمان دارویی 10 جلسه درمان فعال‌سازی رفتاری را به‌صورت هفتگی و هر جلسه به‌مدت 60 دقیقه دریافت کردند. این در حالی بود که گروه کنترل هیچ مداخله روان‌شناختی را دریافت نکرد و تنها تحت درمان نگاه‌دارنده قرار گرفتند و در جلسات ارزیابی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه شرکت نمودند. ملاک‌های ورود شامل داشتن نشانه‌های افسردگی، موافقت برای شرکت در پژوهش و رضایت‌نامه کتبی، داشتن تحصیلات حداقل سال سوم راهنمایی، عدم مصرف داروهای ضدافسردگی از حداقل یک ماه قبل از ارزیابی، داشتن سن بالاتر از 18 و کم‌تر از 60 سال بود و ملاک‌های خروج نیز شامل وجود سایر اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد محرک، ابتلا به اختلال خلقی دوقطبی، وجود عقب‌ماندگی ذهنی، ابتلاء به بیماری جسمی که افسردگی قابل‌انتساب به عوارض آن باشد و وجود تشنج و بیماری‌های نورولوژیک بود.

تحلیل داده‌های این پژوهش براساس نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای افسردگی،

که آن دسته از روش‌های درمانی می‌تواند موجب بهبود طولانی‌مدت در این بیماران شود که انگیزش بیمار را برای درمان افزایش دهد، از مشارکت بیمار در درمان استفاده کند، به اختلال‌های روان‌پزشکی همراه با مواد توجه نماید، شبکه حمایت اجتماعی بیمار را به خدمت گیرد و رفتارهای روزانه بیمار را مورد توجه قرار دهد. یکی از روش‌هایی که دارای این ویژگی‌ها است درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت می‌باشد. بنابراین، از آنجایی که درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت اخیراً در پژوهش‌های روان‌شناختی وارد شده و در ایران اثربخشی این روش درمانی در زمینه درمان افسردگی بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد مورد ارزیابی قرار نگرفته، هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت بر علائم افسردگی، سلامت روان و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر در قالب یک طرح شبه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی مراجعه‌کننده به مرکز درمان سوء مصرف مواد گلستان آرا تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی ایران در نیمه اول سال 1393 بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از میان مراجعین 24 نفر بر اساس تشخیص قبلی موجود در پرونده، ملاک‌های ورود، دامنه نمرات افسردگی و مصاحبه ساختاریافته انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند، بدین‌صورت که به هرکدام از گروه‌ها 12 نفر تعلق گرفت. نمونه پژوهش از لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی سن، جنس، تحصیلات و شغل هم‌تا شدند. دامنه سنی افراد انتخاب‌شده از 22-57 سال و میانگین سنی آن‌ها 34/96 سال با انحراف استاندارد (SD=9/12) بود. از نظر متغیر جمعیت‌شناختی سطح تحصیلات، نمونه مورد

شده و شامل 4 خرده‌مقیاس و 28 سؤال است. سؤال‌ها به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماه اخیر می‌پردازد. هر خرده‌مقیاس دارای 7 سؤال است که به ترتیب مربوط به خرده‌مقیاس‌های علایم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. تمام سؤالات دارای چهار گزینه است که در مقیاس 4 درجه‌ای (3-0) نمره‌گذاری می‌شود و نمره‌گذاری به روش لیکرت انجام می‌گیرد (31). در این مطالعه از فرم 28 سؤالی استفاده شد. از مجموع 4 زیرمقیاس، یک نمره کلی به دست می‌آید، به‌طورکلی، نمره آزمون از 0-84 متغیر است و نقطه برش این آزمون 23 در نظر گرفته می‌شود. همچنین نمرات 21-14 به‌عنوان اختلالات شدید، 13-7 به‌عنوان مشکل متوسط و نمره 6-0 به‌عنوان فرد سالم در نظر گرفته می‌شود. ضریب پایایی کلی این آزمون 0/88 و ضریب پایایی خرده‌آزمون‌های آن 0/88-0/50 گزارش شده است. ابراهیمی و همکاران (32) ضریب روایی ملاکی این آزمون را 0/87، ضریب پایایی تنصیف را 0/90 و آلفای کرونباخ آن را 9/97 در جمعیت ایرانی بیان کرده‌اند.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): این پرسشنامه، فرم کوتاه پرسشنامه 100-WHOQOL است، که بعد از ادغام برخی از حیطه‌ها و حذف تعدادی از سؤالات آن، تدوین شده و شامل 26 سؤال است (33). اسکوینگتون (Skevington) و همکاران (34) ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار را در 24 شهر از کشورهای مختلف بررسی کردند. آلفای کرونباخ برای سلامت جسمانی 0/82، سلامت روانی 0/81، سلامت محیط 0/80 و برای روابط اجتماعی 0/68 به دست آمد. روایی این ابزار با استفاده از دو روش روایی اقتراقی و روایی ساختاری بررسی و قابل قبول گزارش شد. نجات و همکاران (35) به ترجمه و استانداردسازی این ابزار پرداختند. این محققان پایایی مقیاس را با استفاده از روش بازآزمایی و نیز ثبات درونی مورد بررسی قرار دادند. در روش بازآزمایی، شاخص همبستگی درون‌خوشه‌ای هر

سلامت روان و کیفیت زندگی صورت گرفت. در این پژوهش از محاسبه شاخص آمار توصیفی همچون میانگین و انحراف معیار برای آرایه اطلاعات توصیفی استفاده شد. به‌منظور بررسی تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت روی علایم افسردگی، سلامت عمومی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی از روش آماری تحلیل واریانس مختلط استفاده گردید. در این آزمون زمان (نمرات آزمودنی‌ها در جلسات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به‌عنوان عامل درون‌آزمودنی و گروه (آزمایش و کنترل) به‌عنوان عامل بین‌آزمودنی وارد مدل شدند. مفروضه‌های آزمون تحلیل واریانس مختلط یعنی نرمال بودن توزیع، همگنی واریانس‌ها، فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه‌گیری و انتخاب مستقل آزمودنی‌ها رعایت شد.

ابزارهای پژوهش:

پرسشنامه‌ی افسردگی بک ویرایش دوم (Beck Depression Inventory-Second Edition): این پرسشنامه شکل بازنگری‌شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (29). این ویرایش در مقایسه با نسخه اول با معیارهای DSM-IV همخوانی بیشتری دارد و همانند BDI و BDI-II نیز 21 سؤال است و تمام عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی بک مورد پوشش قرار می‌دهد. این پرسشنامه با مقیاس درجه‌بندی هامیلتون، همبستگی 0/71 دارد و پایایی بازآزمایی یک‌هفته‌ای آن 0/91 می‌باشد، همسانی درونی این پرسشنامه نیز 0/91 گزارش شده است (29). مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه در یک نمونه 94 نفری در ایران بررسی شده و ضریب آلفا 0/91، ضریب همبستگی میان دو نیمه 0/89 و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته، 0/94 بوده است (30).

پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (General Health Questionnaire): پرسشنامه سلامت عمومی به‌منظور سنجش سلامت عمومی افراد به‌کار برده می‌شود. این پرسشنامه در سال 1979 توسط گلدبرگ و هیلر ساخته

اصلاً=1 تا کاملاً=5، سؤال 15 از بسیار بد=1 تا بسیار خوب=5، سؤالات 25-16 از بسیار ناراضی=1 تا بسیار راضی=5 و سؤال 26 از همیشه=1 تا هرگز=5 پراکنده است. در نهایت، کم‌ترین نمره‌ای که فرد می‌تواند به دست آورد 26 و بالاترین نمره 130 است. نمره بیشتر نشان از کیفیت زندگی بهتر و بالاتر دارد.

درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت: درمان فعال‌سازی رفتاری، شیوه مداخله‌ای کوتاه‌مدت است که 10 جلسه درمانی را مبتنی بر راهنمای عملی نسخه تجدیدنظرشده لیجوز و همکاران (36)، شامل می‌شود (جدل 1).

چهار حیطة این مقیاس بالای 0/7 گزارش شد. آلفای کرونباخ همه حیطة‌ها نیز، جز حیطة روابط اجتماعی با آلفای 0/55، بالای 0/7 بود که روی هم‌رفته این پرسشنامه از روایی و پایایی خوب و قابل قبولی برای ایرانیان برخوردار است. این پرسشنامه، وضعیت آزمودنی‌ها را با مقیاس لیکرت 5 درجه‌ای می‌سنجد. در سؤال 1، کیفیت زندگی آزمودنی از بسیار بد=1 تا بسیار خوب=5 و در سؤال 2 سلامتی آزمودنی از بسیار ناراضی=1 تا بسیار راضی=5 درجه‌بندی می‌شوند. در سؤالات 9-3 دامنه پاسخ‌ها از بسیار زیاد=1 تا اصلاً=5 گسترده است. سؤالات 5، 6، 7، 8 و 9 به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه پاسخ‌های سؤالات 14-10 از

جدول 1 - محتوای جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت

جلسات	محتوای جلسات
اول	معرفی/مقدمه، تشریح افسردگی؛ معرفی منطق درمان، معرفی فرم بازبینی روزانه (فرم 1)؛ درجه‌بندی لذت و اهمیت؛ تکلیف: انجام فرم بازبینی روزانه.
دوم	بازبینی روزانه: بررسی تکلیف (فرم 1)؛ رفع اشکال: منطق درمان، نکات مهم در مورد ساختار درمان؛ اجرای سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم 2)؛ تکلیف: تکمیل فرم بازبینی روزانه (فرم 1)، بررسی سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم 2).
سوم	بررسی تکلیف فرم بازبینی روزانه (فرم 1)؛ بررسی تکلیف سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم 1)؛ انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها (فرم 3)؛ تکلیف: بازبینی روزانه (فرم 1)، ادامه بررسی و تغییر سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم 2)، بررسی و تغییر انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها.
چهارم	بررسی تکلیف فرم بازبینی روزانه (فرم 1)؛ بررسی تکلیف فرم بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها (فرم 1)؛ تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها برای هفته آینده (فرم 1).
پنجم	بررسی تکلیف فرم بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها (فرم 1)؛ قراردادهای (فرم 4)؛ تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها برای هفته آینده (فرم 1)؛ ادامه افزودن/اصلاح قراردادهای (فرم 4).
ششم	بررسی تکلیف فرم بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها (فرم 1)؛ بررسی تکلیف قراردادهای (فرم 4)؛ بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها برای هفته آینده (فرم 1)؛ تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها برای هفته آینده (فرم 1)، تداوم افزودن/تغییر قراردادهای (فرم 4).
هفتم	بررسی تکلیف فرم بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها (فرم 1)؛ مرور و بازنگری مفاهیم سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم 2)؛ تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها برای هفته آینده (فرم 1)، تداوم افزودن/تغییر قراردادهای (فرم 4).
هشتم	بررسی تکلیف فرم بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها (فرم 1)؛ انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم 3)؛ بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها برای هفته آینده (فرم 1)؛ تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها برای هفته آینده (فرم 1)، تداوم افزودن/تغییر قراردادهای (فرم 4).
نهم	بررسی تکلیف فرم بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها (فرم 1)؛ مرور و بازنگری مفاهیم قراردادهای (فرم 4)؛ بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها برای هفته آینده (فرم 1)؛ تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها برای هفته آینده (فرم 1)، تداوم افزودن/تغییر قراردادهای (فرم 4).
دهم	بررسی تکلیف فرم بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها (فرم 1)؛ بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها برای هفته آینده (فرم 1)؛ آمادگی برای خاتمه (پایان‌دهی)؛ تکلیف: بازبینی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها برای هفته آینده (فرم 1)، تداوم افزودن/تغییر قراردادهای (فرم 4).

یافته‌ها

که نتایج در ادامه آمده است.

نتایج آزمون چندمتغیره اثر هتلینگ نشان می‌دهد حداقل در یکی از متغیرهای وابسته هم در بعد زمان ($P<0/01$, $F=26/07$) و هم در بعد تعامل زمان و گروه ($P<0/01$, $F=13/91$) تفاوت معناداری وجود دارد. جدول 3 بدین معنی که هم از مرحله پیش‌آزمون تا پیگیری و هم در پیش‌آزمون تا پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد که نشان‌دهنده اثربخشی برنامه درمانی حداقل در یکی از متغیرهای وابسته است.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در جلسات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در پرسشنامه‌های افسردگی بک، کیفیت زندگی و سلامت روان، محاسبه و مقایسه شد (جدول 4-2).

بین میانگین دو گروه در زمان‌های مختلف اجرا در سه متغیر تفاوت وجود دارد (جدول 2). برای بررسی تفاوت میانگین‌ها و آزمون فرضیه‌ها با توجه به وجود سه مرحله اندازه‌گیری در دو گروه و همچنین وجود چندین متغیر وابسته، از تحلیل واریانس مختلط چندمتغیره استفاده شد

جدول 2- میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی بک، کیفیت زندگی و سلامت روان

گروه	مقیاس	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		SD	M*	SD	M	SD	M
آزمایش	افسردگی بک	7/35	27/83	3/31	12/92	3/87	14/58
	سلامت روان	4/90	25/58	5/06	14/83	4/88	17/58
	کیفیت زندگی	8/80	71/92	7/79	76/08	9/47	79/75
کنترل	افسردگی بک	6/60	29/25	8/86	28/08	8/43	26/17
	سلامت روان	6/11	25/08	4/35	22/23	5/11	23/58
	کیفیت زندگی	11/78	72/67	10/37	74/25	10/47	71/33

* M میانگین و SD انحراف استاندارد است.

جدول 3 - خلاصه نتایج آزمون‌های مختلف چندمتغیره

منبع	آزمون	Value	F	Df	Sig	اندازه اثر
زمان	اثر هتلینگ	9/20	26/07	6	0/001	0/90
زمان*گروه	اثر هتلینگ	4/91	13/91	6	0/001	0/83

جدول 4 - نتایج تفاوت‌های بین گروهی برای افسردگی بک، سلامت روان و کیفیت زندگی

منبع پراش	آزمون	SS	Df	MS	F	Sig	اندازه اثر
زمان	افسردگی بک	1051/03	2	525/51	64/27	0/01	0/74
	کفیت زندگی	181/69	2	90/85	6/44	0/01	0/23
	سلامت روان	619/75	2	309/87	16/77	0/01	0/53
زمان*گروه	افسردگی بک	610/53	2	305/26	37/33	0/01	0/63
	کفیت زندگی	20/03	2	10/01	0/71	0/43	0/03
	سلامت روان	190/75	2	95/37	5/16	0/01	0/29

طبیعی در منزل می‌ماند، لاجرم وقت بیشتری به فعالیت‌های منفعلانه از جمله خوابیدن، فکر کردن به مواد، یادآوری و مرور خاطرات گذشته، نشخوار فکری منفی، احساس تنهایی کردن و عدم احساس کارایی و کفایت اختصاص خواهد داد. از سوی دیگر، قرار گرفتن در این شرایط نافع‌الی منجر به قرار گرفتن فرد وابسته به مواد افیونی در دام اجتناب می‌شود و اجتناب کردن منجر به تشدید نافع‌الی می‌شود و این نافع‌الی در شکل‌گیری بسیاری از علائم افسردگی مانند اختلال خواب (بی‌خوابی یا پرخوابی)، نشخوارهای فکری منفی، اشکال در تفکر یا تمرکز و تصمیم‌گیری، احساس انزوا و تنهایی، غمگینی، لذت نبردن از زندگی و کاهش شرکت در فعالیت‌های لذت‌بخش نقش دارد. برنامه‌ریزی فعالیت یک درمان رفتاری برای افسردگی است که در آن بیماران از یک سو بازبینی خلق و فعالیت‌های روزانه خود و از سوی دیگر افزایش تدریجی و نظام‌دار فعالیت‌های لذت‌بخش و تعاملات مثبت با محیط‌شان را می‌آموزند (40).

بر اساس نظریه‌های رفتاری، یکی از علل رفتاری افسردگی به هم خوردن نظم و ترتیب در فعالیت‌های روزانه می‌باشد (36) که در اینجا درمان فعال‌سازی رفتاری موجب مرتب شدن فعالیت‌های روزانه می‌شود و این امر باعث تنظیم خواب و بیداری بیمار افسرده می‌گردد و این موضوع همچنین منجر به افزایش فعالیت‌های بیمار و مشارکت او در جامعه می‌شود. بنابراین بدین وسیله یکی از مهم‌ترین علائم افسردگی یعنی اختلال خواب و عدم علاقه به شرکت در فعالیت‌های فردی و اجتماعی مفید و لذت‌بخش از بین می‌رود. با توجه به این که افراد افسرده، اغلب برای انجام فعالیت‌های مختلف، احساس خستگی و فقدان انگیزه می‌کنند، این درمان باعث انرژی بیشتر و مثبت‌اندیشی در آن‌ها می‌شود. در چنین شرایطی بیماران قادر به انجام فعالیت‌هایی می‌شوند که قبلاً آن‌ها را نادیده گرفته یا قادر به انجام آن نبوده‌اند. نتیجه پژوهش حاضر با تحقیقاتی که نشان داده‌اند فعال‌سازی رفتاری، روشی مؤثر در درمان

اثر عامل زمان بر متغیرهایی افسردگی ($F=64/27$ ، $P<0/01$)، کیفیت زندگی ($F=6/44$ ، $P<0/01$) و سلامت روان ($F=16/77$ ، $P<0/01$) معنادار بوده است (جدول 4). به عبارت دیگر، افسردگی از پیش‌آزمون تا پیگیری کاهش معناداری داشته است، درحالی‌که کیفیت زندگی و سلامت روان افزایش داشته است. اثر تعامل زمان با گروه در افسردگی ($F=37/33$ ، $P<0/01$) و سلامت روان ($F=5/16$ ، $P<0/01$) معنادار است. اما اثر تعامل زمان و گروه بر کیفیت زندگی ($F=0/71$ ، $P>0/05$) معنادار نبوده است. به عبارت دیگر، بین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای افسردگی و سلامت تفاوت معناداری بوده است اما بین این دو گروه در کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود نداشته است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت بر علائم افسردگی، سلامت روان و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت موجب کاهش نشانه‌های افسردگی و بهبود سلامت عمومی در این افراد می‌شود. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های زیادی که نشان داده‌اند مداخلات روان‌شناختی موجب بهبود علائم در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی می‌شود، مطابقت دارد (1، 8 و 39-37). همان‌طور که یافته‌ها نشان داد بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی در گروه تحت درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت تفاوت معنادار مشاهده شد و این درمان موجب کاهش نشانه‌های افسردگی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی گردید. بر اساس نظریه‌های رفتاری جدید، علت عمده اکثر اختلال‌های روانی به‌ویژه افسردگی، اجتناب از شرکت در فعالیت‌های فردی و اجتماعی مهم می‌باشد. نافع‌الی فردی و اجتماعی می‌تواند منجر به افزایش میزان ساعت‌های حضور در خانه شود و فردی که بیش از حد

گروه آزمایش، احساس نشاط و سرزندگی در آنها بیشتر شده است. به طور کلی می‌توان گفت در این پژوهش، بیماران افسرده در ابتدای پژوهش به دلیل وجود برخی از علائم و نشانه‌های افسردگی مانند خلق پایین و عدم احساس لذت از زندگی، برآورد خوبی از سلامت خود نداشته‌اند. اما در پایان مداخلات به دلیل افزایش خلق و میزان فعالیت‌های لذت‌بخش، سلامت روان خود را بهتر ارزیابی کرده‌اند. در ارتباط با متغیر کیفیت زندگی، تفاوت معنادار بین دو گروه مشاهده نشد اما در مرحله پیگیری دومه‌ماه نمره کیفیت زندگی در گروه تحت درمان رو به افزایش بود. کیفیت ذهنی سازه‌ای است که زمان زیادی لازم دارد تا تغییر کند. عوامل مختلفی از جمله شرایط اقتصادی، اشتغال، تحصیلات، تفریح، اوقات فراغت و تعلق اجتماعی بر کیفیت زندگی اثرگذارند. بنابراین احتمالاً دو ماه حضور در جلسات روان‌درمانی نمی‌تواند تغییرات زیادی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد ایجاد کند.

نتیجه‌گیری

درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت در کاهش شدت علائم افسردگی و افزایش سلامت روان بیماران وابسته به مواد افیونی، درمانی مؤثر و کاراست. به نظر می‌رسد استفاده از این روش درمانی می‌تواند برای سیستم‌های ارابه‌دهنده خدمات روان‌شناختی به این افراد فواید زیادی در بر داشته باشد.

تشکر و قدردانی

از همکاری صمیمانه مدیریت و کارکنان محترم مرکز درمان سوء مصرف مواد گلستان‌آرا تشکر و قدردانی می‌شود.

افسردگی است و می‌تواند کاهش قابل توجه و سریعی در علائم افسردگی به وجود آورد (16، 21، 41 و 42) همسو است.

همچنین نتایج نشان دادند که گروه آزمایشی پس از درمان، بهبود بیشتری نسبت به گروه کنترل در متغیر سلامت روان نشان داده است. سلامت روان دارای شاخص‌هایی مانند سرزندگی و نشاط، عملکرد اجتماعی مناسب، ایفای مناسب نقش عاطفی و هیجانی است (33). بعضی از علائم افسردگی رابطه معکوسی با این شاخص‌ها دارند، به‌عنوان مثال افسردگی باعث افت عملکرد اجتماعی فرد می‌شود و افراد افسرده دردهای جسمانی بیشتری تجربه می‌کنند (43). در این پژوهش نیز افراد گروه مداخله به دلیل این که خودخواسته و بر طبق برنامه‌های منطبق با شرایط خودشان، بر میزان فعالیت‌های خود افزودند، علاوه بر افزایش خلق خود و احساس لذت بیشتر، توانستند بیشتر نقش جسمانی خود را در محیط ایفا کنند. در نتیجه این شاخص سلامت روان در آنها افزایش یافت. همچنین با توجه به این که افسردگی به‌طور فراوانی با ادراکات و افکار منفی در مورد سلامتی در ارتباط است می‌توان چنین تبیین کرد که در گروه آزمایش پس از کاهش افسردگی افراد، افکار مثبت و مثبت‌اندیشی در آنها بیشتر شده و سلامتی خود را بهتر ارزیابی می‌کنند و در نتیجه نمره آنها نیز در این شاخص افزایش می‌یابد. از دیگر شاخص‌های سلامت روان، نشاط و سرزندگی است که رابطه معکوس با احساس غمگینی و ناامیدی دارد. با توجه به این که یکی از مهم‌ترین علائم افسردگی، احساس غمگینی و ناامیدی و احساس خستگی و کاهش انرژی است (44) بیمار هرچه احساس افسردگی بیشتری داشته باشد، احساس نشاط و سرزندگی کم‌تر خواهد داشت. در نتیجه می‌توان گفت در این پژوهش به موازات کاهش شدید علائم افسردگی

References

1. Farahani A, Rahmani MA, Tizdast T. [The Effectiveness of cognitive-behavioral Group therapy on irrational beliefs and quality of life of people dependent on amphetamines (Persian)]. Quarterly Journal of Research on Addiction, 2014;7(28):119-29.

2. Becker WC, Sullivan LE, Tetrault JM, Desai RA, Fiellin DA. Non-medical use, abuse and dependence on prescription opioids among U.S. adults: psychiatric, medical and substance use correlates. *Drug Alcohol Depend.* 2008;94(1-3):38-47.
3. Swendsen J, Conway KP, Degenhardt L, Glantz M, Jin R, Merikangas KR, et al. Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *J Addict.* 2010;105(6):1117-28.
4. Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addict Behav.* 2012;37(1):11-24.
5. Brady KT, Verduin ML, Tolliver BK. Treatment of patients comorbid for addiction and other psychiatric disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2007;9(5):374-80.
6. Roberts RE, Roberts CR, Xing Y. Comorbidity of substance use disorders and other psychiatric disorders among adolescents: evidence from an epidemiologic survey. *Drug Alcohol Depend.* 2007; 88 (11):S4-13.
7. Astals M, DíazL, Domingo A, Santos A, Bulbena A, Torrens M. Impact of co-occurring psychiatric disorders on retention in a methadone maintenance program. *J Environ Public Health,* 2009;16:2822-32.
8. Lotfi Kashani F, Mojtabai M, Alimehdi M. [Comparison of the effectiveness of cognitive – behavior therapy, methadone therapy, and the combination method on reducing depression in addicts (Persian)]. *Knowledge & Research in Applied Psychology,* 2013;14(4):19-26.
9. Galanter M, Kelebr D, Herbert L. Textbook of substance abuse treatment. Washington DC. INC.S: American Psychiatric Publishing, 2004; 240-46.
10. McKay JR. Lessons learned from psychotherapy research. *Alcohol Clin Expres,* , 2007; 31:48-54.
11. Roozen HG, de Waart R, van der Windt DA, van den Brink W, de Jong CA, Kerkhof AJ. A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2006;16(5):311-23.
12. Fitzsimons HE, Tuten M, Vaidya V, Jones HE. Mood disorders affect drug treatment success of drug-dependent pregnant women. *J Subst Abuse Treat,* 2007; 32(1):19-25.
13. Dolan SL, Martin RA, Rohsenow DJ. Self-efficacy for cocaine abstinence: pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addict Behav Rep,* 2008;33(5):675-88.
14. Ahmed I, Taketishta J. Late -life depression. *Generation,* 1997;20(4-17).
15. Pournaghash Tehrani S. [Drugs and behavior (Persian)]. Tehran; sammt, 2001; 150-160.
16. Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK, et al. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol,* 1996; 64(2):295-304.
17. Hopko DR, Sanchez L, Hopko SD, Dvir S, Lejuez CW. Behavioral activation and the prevention of suicidal behaviors in patients with borderline personality disorder. *J Pers Disord,* 2003;17(5):460-78.
18. Daughters SB, Braun AR, Sargeant MN, Reynolds EK, Hopko DR, Blanco C, et al. Effectiveness of a brief behavioral treatment for inner-city illicit drug users with elevated depressive symptoms: the life enhancement treatment for substance use (LETS Act!). *J Clin Psychiatry,* 2008;69(1):122-9.
19. Ruggiero KJ, Morris TL, Hopko DR, Lejuez CW. Application of behavioral activation treatment for depression to an adolescent with a history of child maltreatment. *Clin Case Stud,* 2007;6:64–78.
20. Harris S, Farrand P, Dickens C. Behavioural activation interventions for depressed individuals with a chronic physical illness: a systematic review protocol. *Syst Rev,* 2013;2:105.
21. Gawrysiak M, Nicholas C, Hopko DR. Behavioral activation for moderately depressed university students: Randomized controlled trial. *J Couns Psycho,* 2009;56(3):468-75.
22. Hopko DR, Bell JL, Armento MEA, Hunt MK, Lejuez CW. Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy (Chic),* 2005;42:236–43.
23. Armento MEA, Hopko DR. Behavioral activation of a breast cancer patient with co-existent major depression and generalized anxiety disorder. *Clin Case Stud,* 2009;8:25–37.
24. Spilková J, Džúrová D. The quality of life and risk behavior of teenagers in the mirror of the ESPAD Data. *Procedia Soc Behav Sci,* 2012;35(1):237- 44.
25. Puigdollers E, Domingo-Salvany A, Brugal MT, Torrens M, Alvaros J, Castillo C, et al. Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: quality of life and gender. *Subst Use Misuse,* 2004;39(9):1353-68.
26. Preau M, Protopopescu C, Spire B, Sobel A, Dellamonica P, Moatti JP, et al. Health related quality of life among both current and former injection drug users who are HIV-infected. *Drug Alcohol Depend,* 2007;86(3):175-82.
27. Bizzarri J, Rucci P, Vallotta A, Girelli M, Scandolari A, Zerbetto E, et al. Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Subst Use Misuse,* 2005;40(12):1765-76.
28. Michalos A, Orlando J. A note on student quality of life. *Soc Indic Res,* 2006;79(1):51-9.
29. Beak AT, steer RA, Brown G k. Beck depression inventory for measuring depression . *Arch Gen psychology,* 1996;4:561-71.

30. Fata L, Birashk B, Atif Waheed MK, Dobson K. [By means of this scheme, the state of emotional and cognitive processing of emotional information (Perssion)]. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 2005;2:20-5.
31. Tait RJ, Hulse GK, Robertson SI. A review of the validity of the general health questionnaire in adolescent populations. *Aust N Z J Psychiatry*, 2002;36(4):550-57.
32. Ebrahimi A, Maovlavi H, Mosavi GH, Bornamanesh AL. [Psychometric properties, factorial structure, the clinical cut-off point, the sensitivity and specificity of the- 28 item General Health Questionnaire (GHQ - 28) in Iranian patients with psychiatric disorders(Persian)]. *Journal of Behavioral Sciences*, 2008;5(1):5-12.
33. World Health Organization. Health communications and public relations available at <http://C/TEMP/fact130.html>. Accessed November 2009.
34. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The world health organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial: A report from the WHOQOL Group. *Qual Life Res*, 2004;13:299-310.
35. Nejat S, Montazeri A, Halakoi K, Kazem M. [Standard of the world health organization quality of life questionnaire (WHOQOL-BREF): translation and psychometric Iranian species(Perssion)]. *Journal of Public Health and Institute of Public Health Research*, 2007;4(4):1-12.
36. Lejuez CW, Hopko DR, Acierno R, Daughters SB, Pagoto SL. Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. *Behavior modification*, 2011;35(2):111-61.
37. Dean AJ, Bell J, Christie MJ, Mattick RP. Depressive symptoms during buprenorphine vs. methadone maintenance: findings from a randomised, controlled trial in opioid dependence. *Eur Psychiatry*, 2004;19(8):510-3.
38. Goodarzi N, Besharat M, A, Rostami R, Bahrami H, Golamali Lavasani M. The effectiveness of group contracting and behavioral activation therapy on opioid substance use disorders. *Contemp Psychol*, 2012;3(1):3-14.
39. Marlatt GA, Blume AW, Parks GA. Integrating harm reduction therapy and traditional substance abuse treatment. *J Psychoactive Drugs*, 2001;33(1):13- 21
40. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 2007;27(3):318-26.
41. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol*, 2006;74(4):658-70.
42. Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Gallop RJ, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *J Consult Clin Psychol*, 2008;76(3):468-77.
43. Santiago-Rivera A, Kanter J, Benson G, Derose T, Illes R, Reyes W. Behavioral activation as an alternative treatment approach for latinos with depression. *Psychotherapy (Chic)*, 2008;45(2):173-85.
44. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2007. 236-9.